



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ANAI ADARIO HUNGARO**

**FATORES DE PROTEÇÃO PARA O USO DE DROGAS DE ABUSO EM UMA  
COMUNIDADE VULNERÁVEL**

**MARINGÁ**

**2014**



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ANAI ADARIO HUNGARO**

**FATORES DE PROTEÇÃO PARA O USO DE DROGAS DE ABUSO EM UMA  
COMUNIDADE VULNERÁVEL**

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

Área de Concentração: Gestão do Cuidado em Saúde.

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

**MARINGÁ**

**2014**

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

Hungaro, Anai Adario

H936f Fatores de proteção para o uso de drogas de abuso em uma comunidade vulnerável / Anai Adario Hungaro. -- Maringá, 2014.

126 f. : il., figs., tabs.

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

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Maringá, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2014.

1. Drogas de abuso - Proteção para o uso. 2. Drogas de abuso - Apoio social. 3. Drogas de abuso - Populações vulneráveis. 4. Enfermagem em saúde pública. I. Oliveira, Magda Lúcia Félix de, orient. II. Universidade Estadual Maringá. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDD 21.ed. 610.73

**ANAI ADARIO HUNGARO**

**FATORES DE PROTEÇÃO PARA O USO DE DROGAS DE ABUSO EM UMA  
COMUNIDADE VULNERÁVEL**

Aprovado em: 25/02/2015.

**BANCA EXAMINADORA**

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

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera  
Universidade Estadual de Maringá - UEM

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

**DEDICO**

*À minha mãe Cida, pelo cuidado de mãe durante toda a minha vida, pelo apoio em todas as minhas decisões, pelo consolo nas horas difíceis, pelo exemplo de paciência e superação nas situações mais improváveis.*

*Ao meu pai Jair, pelo exemplo de dignidade, caráter e força, exemplo de personalidade genuína que me inspira em simplesmente não ser apenas mais uma na multidão. Por me apoiarem em realizar minhas buscas e possibilitarem o meu “recomeçar” todas as vezes necessárias.*

*Ao meu filho Caliel, que desde os seus primeiros minutos de vida, me trouxe a mais bela experiência de amor.*

## AGRADECIMENTOS

A Deus por me dar mais um dia para realizar meus sonhos, por me dar proteção e providenciar tudo que eu preciso para seguir em frente.

À minha mãe Cida por me amar incondicionalmente, pelo cuidado de mãe, pela minha grande amiga que ela tem sido por toda a vida, e por ter feito tanto para nos dar sempre o melhor.

Ao meu pai Jair, meu grande exemplo de homem, pai, dignidade, caráter e honestidade. Por se renunciar e abdicar de tantas coisas em função da minha boa educação e bem estar da família. Pelo trabalho duro e incessante de toda sua vida.

Ao meu irmão Cainan Adario Hungaro, companheiro agradável que eu sempre quero ficar mais um pouquinho perto. Exemplo de profissional, amigo e filho.

Ao meu irmão Kaue Adario Hungaro (*in memoriam*) que nos deixa saudades eternas, pela sua simplicidade, coração terno e amizade verdadeira.

Ao meu companheiro e pai do meu filho Renan, que quis fazer parte da minha história tão logo que me conheceu e me deu o maior de todos os presentes, nosso amado filho Caliel Hungaro Costa.

À minha querida amiga Simone Davanço, companheira de viagens e das coisas da vida, que me apóia e que eu tenho como legítima irmã. À minha amiga de alegrias e dificuldades, e de boas conversas Magali Caparroz, à minha amiga de cursinho e discussões Jéssica Larissa Caparroz, às vezes está distante, mas sempre nos reencontramos.

A toda minha família meus tios, tias, primos, por torcerem por mim. Em especial a Glayce Hungaro de Azevedo minha prima que já é mais que uma irmã e a Gláucia Hungaro Sullivan que eu tenho como exemplo mãe e profissional, por todo o carinho e atenção de sempre.

À Vera Camacho Costa, por cuidar carinhosamente do meu filho durante a finalização desta dissertação.

Ao meu querido irmão acadêmico e agora do coração, Cleiton José Santana, pelo companheirismo, força e incentivo, a amizade verdadeira e eterna, que se iniciou com este mestrado, pelas noites de trabalho árduo na companhia um do outro.

À minha orientadora, Magda Lúcia Félix de Oliveira, pela amizade, apoio, os puxões de orelha, a compreensão e transmissão de seus conhecimentos com seriedade. Nesses dois anos, com muita paciência e dedicação, contribuiu significativamente para o

meu crescimento como pesquisadora, enfermeira e ser humano.

Às professoras Vanessa Antoniassi Denardi Baldissera e Mariluci Alves Maftum, por aceitar fazer parte da banca examinadora, e pelas valorosas contribuições que acrescentaram ao meu trabalho.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação – Mestrado em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, pela formação qualificada, propiciando condições para que houvesse crescimento pessoal e profissional, em especial à Cristiane Druciak, secretária do PSE, pela paciência e ajuda de sempre.

À Beatriz Martins, Cinthia Lopes Barboza, Lúcia Margarete dos Reis, Willian Campo Meschial, Natalina Rosa, Márcia Jupi, Cleiton José Santana e Michele Cristina Silvino, Sara Duarte “irmãos científicos”, pela amizade e companheirismo nessa empreitada.

Aos amigos “CCíticos”, em especial a Patrícia Suguyama e Suellen Rocha, com quem convivi durante esses meses, trocando experiências, dificuldades e, principalmente, alegrias.

A todos os familiares que aceitaram participar da pesquisa e contribuíram com informações importantes para o desenvolvimento deste trabalho.

Aos amigos que me incentivaram e me deram força nos momentos difíceis nesta trajetória Ana Carolina Belasalma, Camila Sales e Pedro Menechinni. Enfim, agradeço a todos que participaram e contribuíram de alguma forma para realização deste trabalho.

HUNGARO, A. A. **Fatores de proteção para o uso de drogas de abuso em uma comunidade vulnerável**. 127 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Estadual de Maringá. Orientadora: Magda Lúcia Félix de Oliveira. Maringá, 2014.

## RESUMO

O avanço das drogas nas sociedades e os impactos diretos e indiretos decorrentes desse avanço, com pluralidade de danos aos usuários aos seus familiares e à comunidade de vizinhança, convidam a refletir sobre formas mais plurais de conviver e a desenvolver respostas mais eficazes para esses problemas que emergem a cada dia, considerando que a presença desse fenômeno não ocorre de forma uniforme no espaço social; algumas comunidades, principalmente as mais vulneráveis socialmente, estão mais expostas às drogas de abuso, e ao impacto do seu uso. A iniciação do uso ou abuso de drogas não é por acaso ou por uma decisão isolada, mas é uma multiplicidade de fatores, embora exista um número expressivo de estudos que contemplem os fatores de risco ao uso de drogas, há escassez daqueles que discutem os fatores de proteção, especialmente no Brasil. O objetivo dessa investigação foi analisar os fatores para proteção ao uso de drogas de abuso em famílias de uma comunidade com indicadores elevados de violência associados às drogas. Tratou-se de pesquisa descritiva e transversal, utilizando inquérito domiciliar e amostragem intencional por cadeia de referência e inversa, a partir de uma sequência de referências fornecidas pelos moradores de uma comunidade com indicadores elevados de violência associados ao uso de drogas de abuso no município de Maringá - Paraná, considerada vulnerável socialmente. Foram entrevistados 90 moradores, com utilização de um roteiro de entrevista semi-estruturado, complementado por um roteiro de observação da comunidade e diário de campo. A coleta de dados foi realizada no período de julho a setembro de 2014. Os dados foram compilados em planilha eletrônica de dados no *Microsoft Office Excel 10.0*, onde os dados quantitativos foram inseridos e importados para o *Statistical Software Analysis*, para processamento e análise dos dados. Os dados qualitativos foram analisados por análise de conteúdo temática. Todos os preceitos éticos foram obedecidos e os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os entrevistados possuíam idade média de 50,5 anos, sexo feminino - 77 (85,5%), cor referida branca- 51 (56,6%), casados- 53 (58,9%), o que pode ser considerado um fator protetor, quando levado em conta a família estruturada; e predominância do ensino fundamental incompleto como escolaridade - 55 (62%), abaixo da média para o município de Maringá. A renda familiar média foi R\$ 1.327,00, variando entre R\$ 500,00 e R\$ 7.240,00. O tempo médio de residência na comunidade foi de 10,5 anos, acompanhada de reconhecimento da vizinhança. Na composição familiar, 45 (50%) eram famílias nucleares e 29 (32%) eram famílias extensas. Com relação aos fatores de risco para o uso de drogas de abuso, os entrevistados apontaram: pais autoritários (50%), desemprego (23%), separação conjugal (19%), familiar com transtorno mental (28%), desentendimentos familiares (11%) e violência doméstica (5,6%). A situação profissional dos entrevistados foi ampla: aposentados 25 (27,7%), empregados e autônomos 22 (24,4%), do lar 13 (14,4%) e desempregados 17 (18,9%). As redes sociais de apoio das famílias, consideradas indutoras de proteção, foram verificadas: 84 (94%) relataram atividades na comunidade, como grupos de estudos e atividades na igreja; a procedência dos amigos era do próprio bairro - referido por 67 (74,4%), seguido por amizades na igreja 38 (42,2%) e os próprios familiares da família extensa 24 (26,6%); o uso de drogas por pessoas da vizinhança não interferia na vida pessoal de 58 (64,4%) entrevistados; e 81 (90%) afirmaram que “poderiam contar com os vizinhos”, confirmando a



inserção/participação de uma rede social de confiança na comunidade, amenizando o efeito colateral de habitar em um ambiente socialmente vulnerável e a convivência com o tráfico e o uso de drogas. Como fatores protetores, a família e a religião foram os principais aspectos considerados. Oitenta e quatro moradores (93,3%) afirmaram ter religião. Houve a predominância da religião Católica - 45 (50%), embora o grupo de denominações Evangélica fossem informadas por 28 (31,1%) famílias. No entanto, quando perguntados sobre porque consideram que os seus familiares não fazem uso de drogas de abuso, os entrevistados apontaram fatores para proteção ligados à relações intrafamiliares 83 (92,2%), religião 22 (24,4) e outros fatores 49 (54,4%) - escolares, atividade laboral precoce, círculo de amizades, vizinhança, falta de interesse e ausência de contato com as drogas. Em referência às relações intrafamiliares, foi citado o modo de educação familiar, o espelhamentos nos pais, o diálogo - no sentido de conversar sobre drogas e receber orientação e a supervisão constante dos filhos. Os dados permitem refletir sobre políticas de prevenção para os problemas relacionados ao uso de drogas em nosso país e em nossas comunidades e pautar o desenvolvimento de ações que contemplem as necessidades de saúde locais para o enfrentamento à epidemia das drogas de abuso.

**Palavras-chave:** Drogas de abuso. Proteção. Apoio social. Populações vulneráveis. Enfermagem em saúde pública.

HUNGARO, A.A. **Protective factors for the use of drugs of abuse in a vulnerable community.** 127 f. Dissertation (Master of Nursing)-State University of Maringá. Supervisor: Magda Lucia Felix de Oliveira. Maringá, 2014.

### ABSTRACT

The advancement of drugs in societies and its direct and indirect, with plurality of damage to users, their families and neighborhood community, invites us to reflect on over plural forms to live and to develop more effective responses to these problems that emerge every day, whereas the presence of this phenomenon does not occur uniformly in the social space; some communities, especially the most socially vulnerable, are more exposed to drug abuse, and the impact of its use. The initiation of drug use or abuse is not by chance or by an isolated decision, but the result of multiple factors, but although there is a significant number of studies that address the risk factors to drug use, there are few of those who discuss protective factors, especially in Brazil. The objective of this research was to analyze the factors to protect the use of drugs of abuse in families in a community with high indicators of violence associated to drugs. Descriptive and cross-sectional survey using household survey and intentional sampling by reference chain and reverse, from a sequence of references provided by residents of a community with high indicators of violence associated with the use of drugs of abuse in Maringá - Paraná, considered socially vulnerable. Were interviewed 90 residents, using a semi- structured interview, complemented by a community observation guidelines and a field journal. Data collection was conducted from July to September 2014. The data were compiled in electronic data spreadsheet in Microsoft Office Excel software 10.0, where quantitative data were entered and imported into the Statistical Software Análisis for processing and data analysis. Qualitative data were analyzed by thematic content. All ethical precepts were obeyed and the participants signed the Informed Consent Statement. Respondents had an average age of 50.5 years, females - 77 (85.5 %), White color - 51 ( 56.6 %), married - 53 ( 58.9 % ) , which can be considered a protective factor, when taken into account the structured family; and predominance of incomplete primary education on - 55 (62%), below the average for the city of Maringa. The average family income was R\$ 1,327.00, ranging from R\$ 500.00 to R\$ 7,240.00. The mean residence time in the community was 10.5 years, accompanied by recognition of the neighborhood. In family composition, 45 (50%) were nuclear families and 29 (32%) were extended families. Regarding to risk factors for the use of drugs of abuse, respondents indicated: authoritarian parents (50%), unemployment (23%), marital separation (19%), family with mental disorders (28%), family problems (11%) and domestic violence (5.6%). The employment status of respondents was wide: Retired 25 (27.7 % ), employees and self-employed 22 (24.4 % ) , housewives 13 (14.4 %) and unemployed 17 (18.9 %). Social support networks of families, considered to induce protection, were found: 84 (94 %) reported activities in the community, such as study groups and church activities; the merits of friends was the neighborhood itself - reported by 67 (74.4 % ), followed by friendships in the church 38 (42.2 %) and the own extended family members 24 (26,6%) the use by people in the neighborhood did not interfere in the personal life of 58 (64.4% ) respondents; and 81 (90%) said they "could count on neighbors", confirming the inclusion/participation of a social network of trust in the community, softening the side effect of living in a socially vulnerable environment and living with trafficking and the use of drugs. As protective factors, family and religion were the main considered factors. Eighty- four residents (93.3 %) reported religion. There was predominance of the Catholic religion - 45 (50%), although the Evangelical denominations

groups were reported by 28 (31.1%) families. However, when asked because they consider that their families do not use drugs of abuse, respondents pointed to protection factors related to intra-family relationships ( 83 to 92.2 % ), religion 22 (24.4 ) and other factors 49 (54.4 % ) - school, early labor activity, circle of friends, neighborhood, lack of interest and lack of contact with drugs. Referring to intra-family relations, was quoted the family education mode, the example of parents, dialogue - to talk about drugs and receive guidance and constant supervision of children. The data allow reflecting on prevention policies for problems related to drug use in our country and in our communities and guide the development of actions that address the health needs locoregional to face the epidemic of drugs of abuse.

**Keywords:** Street drugs. Protection. Social support. Vulnerable populations. Public health nursing.

HUNGARO, A.A. **Los factores de protección para el uso de drogas de abuso en una comunidad vulnerable.** 127 f. Tesis (Maestría en Enfermería)-Universidad Estatal de Maringá . Supervisor: Magda Lucía Félix de Oliveira . Maringá, 2014.

## RESUMEN

El avance de las drogas en las sociedades y los impactos directos e indirectos de este desarrollo, con pluralidad de daño a los usuarios y sus familias a la comunidad de vecinos, le invitan a reflexionar sobre más formas plurales de vivir y desarrollar respuestas más eficaces a estos problemas emerger cada día, mientras que la presencia de este fenómeno no se produce de manera uniforme en el espacio social; algunas comunidades, especialmente los más vulnerables socialmente, son más vulnerables al abuso de drogas, y el impacto de su uso. El inicio del consumo de drogas o el abuso no es por casualidad o por una decisión aislada, pero es el resultado de múltiples factores, pero aunque hay un número importante de estudios que abordan los factores de riesgo para el consumo de drogas, hay algunos de los que discuten los factores de protección, especialmente en Brasil. El propósito de esta investigación fue analizar los factores de protección para el uso de drogas de abuso en las familias en una comunidad con altos indicadores de violencia relacionados con las drogas. Estudio descriptivo y transversal mediante encuesta de hogares y muestreo intencional por parte de la cadena de referencia y revertir, a partir de una secuencia de referencias proporcionada por los residentes de una comunidad con altos indicadores de violencia asociados al uso de drogas de abuso en Maringá - Paraná , considera vulnerable socialmente. Fueron entrevistados 90 residentes, mediante una entrevista semi-estructurada, complementada por una comunidad de pautas de observación y diario de campo. La recolección de datos se llevó a cabo entre julio y septiembre de 2014. Los datos fueron compilados en hoja de cálculo electrónica de datos en Microsoft Office Excel 10.0, donde se introdujeron y se importado los datos cuantitativos en el Statistical Software de Análisis para el procesamiento y análisis de datos. Los datos cualitativos fueron analizados por contenido temático. Todos los preceptos éticos fueron obedecidos y los participantes firmaron la Declaración de Consentimiento Informado. Los encuestados tenían una edad media de 50,5 años, las hembras - 77 ( 85,5 % ) , dijo blanco - 51 ( 56,6 % ) , casado - 53 ( 58,9 % ) , que se puede considerar un factor de protección , cuando se toma en cuenta la familia estructurada ; y el predominio de la educación primaria incompleta como la educación - 55 ( 62 % ) , por debajo de la media de la ciudad de Maringa . El ingreso familiar promedio era de R\$ 1,327.00, que van desde R\$ 500,00 y R \$ 7,240.00 . El tiempo medio de permanencia en la comunidad fue de 10,5 años, acompañado por el reconocimiento de la vecindad. En la composición de la familia , de 45 años (50 %) eran familias nucleares y 29 (32 %) eran familias extensas . Con respecto a los factores de riesgo para el consumo de drogas de abuso, los encuestados indicaron: padres autoritarios (50%), el desempleo (23 %), la separación matrimonial (19 %), de la familia con trastornos mentales (28 % ) , los problemas familiares (11 %) y la violencia doméstica (5,6 %). La situación laboral de los encuestados fue amplia: Jubilado 25 (27,7 %), los empleados y los trabajadores por cuenta propia 22 (24,4 %), casa 13 (14,4 %) y desempleados 17 (18,9 %). Redes de apoyo social de las familias, que se considera inducir protección, se encontraron: 84 (94 %) las actividades en la comunidad, como los grupos de estudio y actividades de la iglesia informó; los méritos de los amigos fue el propio barrio - reportado por 67 (74.4 % ) , seguido de amistades en la iglesia 38 (42,2 %) y la familia sí mismos. Familiares res 24 (26,6 %); el consumo de drogas por la gente del barrio no interfirió en la vida personal de

(90 %) dijeron que "podían contar con los vecinos", lo que confirma la inclusión/participación de una red social de confianza en la comunidad, suavizando el efecto secundario de vivir en un entorno socialmente vulnerables y que viven con el tráfico y el consumo de drogas . Como los factores de protección, la familia y la religión fueron los principales factores considerados. Ochenta y cuatro residentes (93,3 %) informaron de la religión. Hubo predominio de la religión católica - 45 (50%), aunque el grupo de denominaciones evangélicas fueron reportados por 28 (31,1%) familias. Sin embargo, cuando se le preguntó porque consideran que sus familias no usan drogas de abuso , los encuestados señalaron que los factores de protección relacionados con las relaciones intrafamiliares 83 (92,2%) , religión 22 (24,4) y otros factores 49 (54,4 %) - la escuela , la actividad laboral temprana, círculo de amigos, barrio, falta de interés y la falta de contacto con las drogas . Refiriéndose a las relaciones intrafamiliares, fue citado el modo de educación familiar , los espejos padres , el diálogo - hablar de la droga y recibir orientación y supervisión constante de los niños. Los datos permiten reflexionar sobre las políticas de prevención de los problemas relacionados con el consumo de drogas en nuestro país y en nuestras comunidades y guiar el desarrollo de acciones que aborden las necesidades de salud local para enfrentar la epidemia de abuso

**Palabras clave:** Drogas ilícitas. Protección. Apoyo social. Poblaciones vulnerables. Enfermería en salud pública.

## APRESENTAÇÃO

O presente estudo é produto do projeto de Dissertação em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá - PSE/UEM. Foi desenvolvido para identificar os fatores de proteção para o uso de drogas de abuso em uma comunidade com indicadores elevados de violência relacionados ao seu uso em um município da região Noroeste do Paraná.

As seções da dissertação estão estruturadas em seis partes: Introdução, Objetivos, Metodologia, Resultados e Discussão, Implicações para o Ensino, a Pesquisa e a Prática de Enfermagem, Considerações Finais e Referências. De acordo com o modelo proposto pelo PSE/UEM, os resultados da dissertação estão apresentados em dois manuscritos:

-Manuscrito 1: Razões para o não-uso de drogas em famílias de uma comunidade vulnerável, como o objetivo de identificar os fatores de proteção ao uso de drogas de abuso presentes em famílias de uma comunidade vulnerável, com índices elevados de violência associados à drogas.

- Manuscrito 2: Conhecendo o apoio social à famílias protegidas das drogas: um estudo em uma comunidade vulnerável, com o objetivo de verificar o papel de redes de apoio social na proteção ao uso de drogas de famílias de uma comunidade vulnerável, cujos membros não utilizavam drogas.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMEM	Associação Espírita de Maringá
ATI	Academia para Terceira Idade
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSI	Centro de Atenção Psicossocial I
CAPSII	Centro de Atenção Psicossocial II
CAPSadIII	Centro de Atenção Psicossocial III
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CCI	Centro de Controle de Intoxicações
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CEDUCARTE	Centro de Educação Cultura e Arte de Maringá
CIAT	Centro de Informação e Assistência Toxicológica
CISAM	Centro Integrado de Saúde Mental
COPEP	Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CRR/UEM	Centro Regional de Referência de Formação Permanente aos Profissionais que Atuam nas Redes de Atenção Integral de Saúde e de Assistência Social a Usuários de Crack e Outras Drogas e seus Familiares da Universidade Estadual de Maringá
ECA	Estatuto Brasileiro da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia Saúde da Família
HMM	Hospital Municipal de Maringá
HUM	Hospital Universitário de Maringá
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
LENAD	Levantamento Nacional de Álcool e Drogas
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAD	Política Nacional sobre Drogas
PPSUS	Programa Pesquisa para o Sistema Único de Saúde

PSE	Programa de Pós Graduação em Enfermagem
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RDS	Respondent Driven Sampling
SAS	Statistical Software Analysis
SASC	Secretaria Municipal de Assistência Social e Cidadania
SPSS	Software Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEM	Universidade Estadual de Maringá
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> – Delineamento da Pesquisa. Maringá – PR, julho a setembro, 2014.....	35
<b>Figura 2</b> – Figura 2. Delimitação do Conjunto Habitacional Requião. Maringá – PR, 2014.....	38
<b>Figura 3</b> – Figura 3. Fluxograma da população em estudo. Maringá – PR, julho a setembro, 2014.....	41
<b>Figura 4</b> – Figura 4. Recrutamento de casos pelo Processo de Markov.....	47

## LISTA DE TABELAS

### ARTIGO 1

**Tabela 1** – Variáveis sócio demográficas e econômicas associadas ao entrevistado. Conjunto Habitacional Requião, Maringá - PR, julho a setembro, 2014.....56

**Tabela 2** –Fatores de risco para o uso de drogas indicados por famílias cujos membros não utilizavam drogas. Conjunto Habitacional Requião, Maringá - PR, julho a setembro, 2014.....57

**Tabela 3** – Fatores de proteção para o uso de drogas indicados por famílias cujos membros não utilizavam drogas. Conjunto Habitacional Requião, Maringá - PR, julho a setembro, 2014.....58

### ARTIGO 2

**Tabela 1** – Apoio e redes sociais das famílias entrevistadas. Conjunto Habitacional Requião, Maringá - PR, julho a setembro, 2014.....77

**Tabela 2** – Distribuição das famílias entrevistadas segundo a religiosidade. Conjunto Habitacional Requião, Maringá - PR, julho a setembro, 2014.....78

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	18
1.1 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA E JUSTIFICATIVA DO ESTUDO.....	18
1.2 USO DE DROGAS DE ABUSO E COMUNIDADES VULNERÁVEIS.....	21
1.3 REFERENCIAL PARA UMA NOVA DISCUSSÃO: FATORES DE RISCO E FATORES DE PROTEÇÃO PARA O USO DE DROGAS.....	25
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	32
2.1 OBJETIVO GERAL.....	32
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	32
<b>3 MATERIAL E MÉTODOS</b> .....	33
3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	33
3.2 LOCAL DO ESTUDO.....	36
3.3 POPULAÇÃO EM ESTUDO.....	38
3.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	41
3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	42
3.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	48
3.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	49
<b>4 ARTIGO 1</b> .....	50
<b>5 ARTIGO 2</b> .....	70
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	86
<b>7 IMPLICAÇÕES DO ESTUDO PARA O ENSINO, A PESQUISA E A PRÁTICA DE ENFERMAGEM</b> .....	90
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	92
<b>APÊNDICES</b> .....	103
<b>ANEXOS</b> .....	113

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA E JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Em minha experiência profissional e acadêmica tenho acompanhado, durante os plantões no Centro de Controle de Intoxicações do Hospital Universitário Regional de Maringá - CCI/HUM, casos de uso agudo e crônico de drogas de abuso que resultam em cuidados hospitalares. Ao ouvir o relato de familiares, percebo que as drogas impactam a sociedade de forma contínua e crescente, aparecendo em distintos contextos e grupos, de modo a desestruturar a vida dos usuários, de suas famílias e dos contextos de convivência e vizinhança.

Considerando que o uso abusivo de drogas é um fenômeno que precisa ser (re)conhecido e divulgado, nos últimos anos, o Núcleo de Pesquisa Centro de Controle de Intoxicações, no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá - PSE/UEM, vem desenvolvendo estudos que acompanham o aumento significativo de notificações de casos de intoxicação por drogas de abuso em cidades da região Noroeste do Paraná, principalmente, Maringá e duas cidades de seu entorno – Sarandi e Paiçandu (BALLANI, OLIVEIRA, 2007; SELEGUIM, 2011; BERNARDY, OLIVEIRA, 2012; ARNAUTS, OLIVEIRA, 2012; SILVINO et al., 2012; REIS, UCHIMURA, OLIVEIRA, 2013; GAVIOLI et al., 2014; SANTANA et al., 2014; REIS, HUNGARO, OLIVEIRA, 2014).

O índice elevado do uso de drogas de abuso, geralmente, é acompanhado por problemas sociais, econômicos, legais e de saúde, os quais envolvem violências e criminalidade, problemas no trabalho, desagregação de famílias e consequências nas relações pessoais do usuário. O aumento da violência, ocorrido nas últimas duas décadas, ampliou a percepção sobre os problemas sociais e impacto das drogas na qualidade de vida e saúde da população (OTÁLVARO et al., 2012; MARIN-LEÓN et al., 2007).

Na área da saúde, os profissionais de enfermagem, agentes-chave do processo de cuidado por seu maior contato com pessoas e comunidades, podem facilitar a identificação de problemas e antecipar a abordagem sobre as drogas de abuso em grupos específicos. Devem estar atentos aos índices de drogas de abuso nos territórios nos quais atuam e apontar a necessidade de políticas públicas locais que envolvam os usuários e a comunidade (REIS, 2012).

Neste sentido, considerando o crescente aumento da oferta, comercialização/tráfego e consumo de drogas de abuso, a exposição dos moradores das comunidades às consequências decorrentes desse contexto e o desafio em lidar com suas fragilidades e fortalezas diante dessa situação, o enfermeiro deve participar do desenho e implantação de programas e projetos de promoção à saúde, prevenção do abuso de álcool e outras drogas, bem como de projetos de integração social, com o intuito de minimizar os problemas decorrentes do uso indiscriminado das drogas de abuso (JULIANO, YUNES, 2014; LARANJEIRA et al., 2013; SPRICIGO et al., 2004).

O uso, abusivo ou não, de drogas, exige do enfermeiro capacidade de atuação multidisciplinar. Além dos conhecimentos específicos na área de álcool e drogas, é desejável que possua conhecimentos que possibilitem o aproveitamento de ferramentas práticas que possam ser utilizadas em estratégias de enfrentamento e redução de danos. A perspectiva de atuação busca contemplar a integração do enfermeiro e das ações específicas da enfermagem de saúde pública, desenvolvida nos serviços que compõem a rede de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), envolvendo o olhar sobre as condições que considera perigosas ou facilitadoras ao uso abusivo no grupo familiar e na rede social, assim como fomentar a participação da comunidade e de gestores e líderes no processo de prevenção, reabilitação e reinserção psicossocial (OLIVEIRA, 2013; LARANJEIRA et al., 2013; BECK, DAVID, 2007).

Embora as complexas relações que envolvem o uso de drogas de abuso nas comunidades constituam um cenário de vulnerabilidade social, a análise do fenômeno das drogas na sociedade ocidental, em geral, tem sido associada com o risco individual e familiar, com o consumo ou não-consumo, em diferentes classes e culturas, minimizando-se a análise de fatores de vulnerabilidade e de fatores de proteção e resiliência (JULIANO, YUNES, 2014; OLIVEIRA, 2013; REIS, UCHIMURA, OLIVEIRA, 2013; ROJAS, 1999; MANN, TARANTOLA, 1996).

Apesar da importância desses estudos, pouco se investiga sobre fatores protetores, ou seja, aqueles que possam explicar o porquê as pessoas que pertencem a ambientes de risco, em relação ao uso de drogas, não fazem uso delas, mesmo quando as pessoas e famílias estão submetidas à constante oferta e sobre os motivos que impediriam a experimentação e a continuidade do uso de drogas. A produção e a divulgação de informações sobre comunidades vulneráveis por conviverem, cotidianamente, com drogas de abuso e os fenômenos que acontecem na vizinhança/território são importantes para o

desenvolvimento de novas estratégias de enfrentamento pela equipe de saúde local e pelos membros da comunidade, que vivem em contextos marcados pelo uso, tráfico e pelas violências inerentes às drogas de abuso na comunidade (REIS, HUNGARO, OLIVEIRA, 2014; REIS, 2012; FELTRAN, 2008; SANCHES, OLIVEIRA, NAPPO, 2005).

A relevância do presente estudo fundamenta-se, então, na necessidade emergente de respaldar a construção de medidas de enfrentamento para um problema que afeta milhões de pessoas em todas as faixas etárias, com enorme variedade de consequências biopsicossociais, familiares e individuais, em um momento no qual o Brasil parece apresentar uma tendência de aumento no consumo de drogas lícitas e ilícitas (MALBERGIER, CARDOSO, AMARAL, 2012). Embora haja uma série de estudos que contemplam os fatores de risco ao uso de drogas, há escassez de trabalhos que abordem a questão dos fatores de proteção, especialmente no Brasil.

Uma pesquisa utilizando inquérito domiciliar de base populacional, desenvolvida como parte do Estudo Multicêntrico de Intervenção no Comportamento Suicida (Supre-MISS) no município de Campinas – São Paulo, identificou que os problemas da comunidade, percebidos como graves por 45% da população, foram o tráfico, abuso de drogas, desemprego e criminalidade (MARIN-LEON et al., 2007). Outro estudo desenvolvido para identificar a percepção de insegurança, apontou que o paranaense acredita que a violência está mais perto: sete em cada dez pessoas se sentiam inseguras e a sensação de perigo é respaldada nas estatísticas que apontam, ano após ano, índices de criminalidade em tendência ascendente no Estado do Paraná (BREMBATTI, 2011).

Neste contexto, os resultados encontrados na dissertação de mestrado de Reis (2012), instigaram-me a prosseguir sua linha de pesquisa. A dissertação apresentou resultados que permitiram conhecer o perfil dos moradores de uma comunidade com indicadores elevados de violência relacionados ao uso de drogas de abuso e a percepção social sobre a vivência cotidiana da presença de drogas, com base em registros dos próprios protagonistas. No entanto, a autora apontou as limitações de generalização dos resultados do estudo, uma vez que a percepção social dos indivíduos envolve uma série de fatores, dentre eles, a influência da cultura local e se os entrevistados estavam superestimando ou subestimando o verdadeiro grau da presença das drogas e da violência na comunidade (REIS, 2012).

Assim, considero que pode existir uma posição determinista, ligando o local de convivência - comunidade com indicadores elevados de violência - e o risco de uso de

drogas (CARVALHO, 2005), mas pouco se sabe sobre fatores protetores para a não presença de drogas no âmbito de determinadas famílias e as fortalezas do grupo familiar para o enfrentamento. Neste contexto, o presente estudo pretende discutir as questões: Por que determinadas pessoas e famílias que pertencem a grupos/comunidades vulneráveis ao uso de drogas não fazem uso delas? Quais motivos impediriam a experimentação e o consequente uso de drogas quando estão submetidas à constante oferta?

## 1.2 USO DE DROGAS DE ABUSO E COMUNIDADES VULNERÁVEIS

Por definição, as substâncias psicoativas, ou drogas de abuso, são aquelas que alteram o senso de percepção e o estado de vigília do indivíduo. Estas substâncias, em geral, exercem certa atração sobre as instâncias psíquicas do ser humano e, portanto, favorecem o desenvolvimento da dependência física e/ou psicológica dos indivíduos que fazem uso. São exemplos de drogas de abuso: a cafeína, o álcool, a nicotina, medicamentos psicoativos, categorizadas legalmente como drogas lícitas, bem como a maconha, cocaína, heroína, *crack* e outras, consideradas ilícitas. Essas drogas ainda podem ser agrupadas segundo seus efeitos: depressoras, estimulantes e perturbadoras, ou quanto à origem: naturais, sintéticas ou semissintéticas (LUNARDELLI, 2014).

O uso repetido de drogas de abuso produz alterações no sistema nervoso central que podem levar à alterações comportamentais - tolerância e/ou sensibilização - e que contribuem para aumentar o incentivo e o desejo de consumir mais drogas (FORMIGONI et al., 2014). As múltiplas dimensões da vida do indivíduo são afetadas em função do abuso de drogas, decorrentes do tipo de droga utilizada e seus efeitos adversos sobre o organismo do indivíduo, ademais, configura-se como um problema complexo e desafiante enfrentado pelos governantes dos países desenvolvidos e, principalmente, dos países em desenvolvimento (GONÇALVES, TAVARES, 2007; PREVENÇÃO..., 2011).

As consequências do uso de drogas de abuso na vida do indivíduo e da sociedade são consideradas um problema social e de saúde pública. O uso de drogas ilícitas, sobretudo, pela juventude, é um dos problemas mais sérios enfrentados pela sociedade contemporânea e os efeitos nocivos das drogas, que antes eram vivenciados e sentidos, predominantemente, pelas famílias que habitavam grandes cidades, hoje, preocupam populações de periferias urbanas interioranas que “só tinham conhecimento deste fato pela

televisão” (REIS, HUNGARO, OLIVEIRA, 2014; REIS, 2012; BERNARDY, OLIVEIRA, 2012; OLIVEIRA, ARNAUTS, 2011; FELTRAN, 2008).

O avanço das drogas nas sociedades e seus impactos diretos e indiretos convidam a refletir sobre formas mais plurais de conviver e a desenvolver respostas mais eficazes para esses problemas que emergem a cada dia. Analisando os dados estatísticos com foco nos sujeitos, percebe-se que a maioria é afetada, direta ou indiretamente, pelo uso/abuso, pela dependência, pelo tráfico e comercialização de drogas e pela violência associada a comportamentos antissociais (JANG et al., 2013; NICASTRI, 2013; BRASIL, 2013; OKUMURA et al., 2012; BRASIL, 2013; CARVALHO NETO, 2011; KLIEWER, MURRELLE, 2007).

Cada sociedade, em cada momento de sua história, teve e tem drogas permitidas e outras proibidas: o fumo de tabaco já foi motivo de prisão na Europa; o álcool ainda hoje é proibido em países muçulmanos; a cocaína, por volta de 1920, era vendida nos EUA pelo reembolso postal como tônico fortificante e a maconha já foi vendida em feiras livres no Brasil (GUIZADO, 2011). No entanto, mudanças econômicas, políticas, sociais e culturais ocorreram nos últimos anos, fazendo surgir novos sistemas de comercialização, assim, produtos lícitos ou ilícitos passaram a ter novas formas de demanda e oferta e novas possibilidades de busca por drogas (BUCHELE, COELHO, LINDNER, 2009).

O uso de drogas de abuso é considerado um grave problema social e de saúde pública no Brasil e no mundo (UNODC, 2013; LARANJEIRA et al., 2013). O II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) estimou que 5,7% de brasileiros são dependentes de drogas de abuso, representando mais de oito milhões de pessoas. Considerando que os domicílios brasileiros são compostos por uma média de 3.5 pessoas, isso significa que pelo menos 28 milhões de pessoas convivem com o uso de drogas (LARANJEIRA et al., 2013).

No Brasil, o padrão de consumo de drogas mudou, desde os anos de 1980. Essa mudança, que se consolidou no final dos anos 1990, se deu por diversos fatores: plantio de maiores quantidades de coca nos países andinos, visando o mercado americano - os traficantes passaram a utilizar as mesmas redes de distribuição que já existiam para diversas drogas, atingindo maior número de consumidores e o preço das drogas de abuso teve baixa em seus valores; dessa maneira, diversas classes sociais passaram a consumi-las; além disso, houve inclusão de novas drogas ‘no mercado’ – crack e drogas sintéticas; além de a constituição de redes de comercialização de vizinhança e em determinadas



comunidades, em locais denominados ‘biqueiras’ (LARANJEIRA et al., 2012; LARANJEIRA, RATTO, DUN, 1997).

O termo comunidade é polissêmico. Ainda assim, para a sociologia, comunidade refere-se à pressuposição de presença de um determinado tipo de laço social em função de localização, procedência e convívio comunal e pode-se referir ao lugar onde o indivíduo mora (CASTIEL, 2004). A promoção da saúde pelos modelos centrados na comunidade e nas redes sociais teve início por meio da Declaração de Caracas, marco dos processos de reforma da assistência em Saúde Mental nas Américas, que vinculou a atenção psiquiátrica à atenção primária à saúde - APS (BUENO, LOPES, 2014; BRASIL, 2006).

Questões relacionadas ao uso de drogas são alvos de debates e posições contraditórias em diversos segmentos da sociedade, pela pluralidade de danos, não somente aos usuários, como também a seus familiares e à comunidade. Porém, a presença de drogas de abuso nas comunidades não ocorre de forma uniforme: alguns territórios, principalmente os mais vulneráveis socialmente, estão mais expostos às drogas de abuso e ao impacto decorrente de seu uso (REIS, UCHIMURA, OLIVEIRA, 2013; FELTRAN, 2008). A forma da constituição de espaços e modelos de vida social está diretamente relacionada com a criação das oportunidades para o crime em situações específicas, bem como com as inovações em estratégias de prevenção que passam também a fazer parte dos ambientes (ZANETIC, 2013).

Muitos são os fatores que podem se relacionar com a incidência de ocorrências criminais, a depender das características sociais, culturais, econômicas dos ambientes e das populações. Conhecer estas dimensões e estabelecer conexões entre esses diferentes aspectos para as melhores práticas de prevenção do crime é prática fundamental para a consecução de ações efetivas de resolução dos problemas (GUIMARÃES, 2014; ZANETIC, 2013).

As elevadas taxas de homicídio relacionado ao uso de drogas de abuso, presentes em alguns territórios, representam apenas a ponta do iceberg dos problemas da violência social. A realidade da violência é expressa pela exposição frequente do indivíduo a imagens violentas nos meios de comunicação, pelo testemunho de atos violentos na própria comunidade e pelo surgimento da crença de que a violência é o desfecho natural e legítimo para muitos conflitos sociais (ERWIN, 2002).

Alguns territórios/comunidades com elevada vulnerabilidade social são confundidas como *locus* da criminalidade e ninho do tráfico de drogas. Entretanto, bairros

periféricos e seus moradores vivem sobre vários cercos: o cerco da violência criminal e o das forças de segurança; o cerco do estigma; o cerco, ainda, da doutrina das igrejas com seu discurso e práticas religiosas e morais; e, não menos importante, o dos aparelhos estatais e das entidades não governamentais que também tratam estes territórios como *locus* da sociabilidade violenta, reforçando o mito das classes perigosas, com presença de ‘biqueiras’ e ‘traficantes’ (REIS, UCHIMURA, OLIVEIRA, 2013; BRASIL, 2013; BERNARDY, OLIVEIRA, 2012; ARNAUTS, OLIVEIRA, 2012; FELTRAN, 2008).

Pensar políticas públicas locorregionais ou de proximidade para o enfrentamento das drogas, a partir das periferias urbanas, implica estudar formas de construção da legitimidade social e das ações coletivas nessas ‘comunidades’ e reconhecer que, nos territórios em que vivem, as pessoas também estão subalternas ao ‘mundo do crime’ local. Atualmente, não é incomum que moradores possuam familiares que tenham sido presos, que os próprios filhos já tenham ‘apanhado da polícia’ ou que a própria associação de moradores seja relacionada com o tráfico de drogas no local (FELTRAN, 2008).

Reconhecer o contexto sociocultural no qual o indivíduo está inserido e sua vivência com as drogas de abuso pode facilitar a identificação de vulnerabilidades que permeiam o uso de drogas, passo fundamental para a criação de estratégias de atuação das equipes de saúde junto às famílias e pessoas em situação de vulnerabilidade (GABRIEL E SILVA, 2014; MARANGONI, OLIVEIRA, 2012; BUCHELE, COELHO, LINDNER, 2009). Porém, ao avaliar a ocorrência de determinado fenômeno de saúde e/ou doença em espaços sociais, é preciso relacioná-lo aos fatores de vulnerabilidade social e ambiental a que determinada coletividade está sujeita, objetivando aumentar o conhecimento dos determinantes e fatores predisponentes para situações de saúde e adoecimento e a sua interação dinâmica com o ambiente e a sociedade (BUENO, LOPES, 2014; MULLER, CUBAS, BASTOS, 2010).

Não se pode dizer que existem regiões homogêneas, uma vez que o espaço é infinitamente divisível e diferenciado e as relações de poder e dominância estão em constante mutação. É necessário, pois, realizar o esforço analítico, principalmente, na área da saúde, de tentar compreender como as pessoas convivem e se relacionam com os lugares e espaços nos quais residem, como esses espaços foram construídos historicamente e como se deu a constituição dos territórios presentes nessas localidades, mesmo em escalas maiores (BUENO, LOPES, 2014; LOPES, 2012).

Boas políticas públicas de segurança, assistência social e saúde não devem apenas ter como princípio a necessidade de perseguir o criminoso, devem também entender as vítimas e aqueles que resistem ao uso, a despeito do conteúdo desfavorável. Com pesquisas domiciliares, é possível identificar quem está mais exposto à violência e a outros fenômenos que muitas vezes são desconhecidos das políticas públicas e ficam fora das estatísticas oficiais (GUIMARÃES, 2014; REIS, HUNGARO, OLIVEIRA, 2014; ZANETIC, 2013; OKUMURA et al., 2012; OLIVEIRA, ARNAUTS, 2011; BALLANI, OLIVEIRA, 2007; FELTRAN, 2008).

### 1.3 REFERENCIAL PARA UMA NOVA DISCUSSÃO: FATORES DE RISCO, MOTIVAÇÕES E FATORES PARA PROTEÇÃO AO USO DE DROGAS

Fatores de risco, indutores à iniciação do uso de drogas de abuso, são discutidos e debatidos na literatura da área, principalmente, pelo princípio determinista e unidirecional da definição (GUIMARÃES, 2014; SOARES, 2012; ROLIM, 2011; BUCHELE; COELHO; LINDNER, 2009; FELTRAN, 2008; SCHENKER, MINAYO, 2005). Especialmente aqueles ligados apenas ao ambiente familiar – comportamento aditivo familiar, utilização de drogas pelos pais, desestrutura familiar, violência doméstica e falta de vínculo afetivo - sem contextualização à esfera social do usuário, representados pela dificuldade para resistir à oferta de drogas, uso tolerado de drogas pelo ambiente que o circunda, falta de regras claras sobre o uso, não integração às atividades escolares, pressão de grupo e necessidade de integração social, a partir de resultados deterministas, tipo causa/efeito.

O determinismo é o princípio segundo o qual tudo no universo, até mesmo a vontade humana, está submetido a leis necessárias e imutáveis, de tal forma que o comportamento humano está totalmente predeterminado pela natureza. Tudo está determinado, isto é, submetido a condições necessárias e suficientes, elas próprias também determinadas (CARVALHO, 2005; VORSTEG, 1974). Como características, assinalam-se o medo e a rejeição à mudança e imprevistos, impedindo a livre escolha e o livre-arbítrio, em um certo fatalismo diante das adversidades e desafios na vida (MINAYO, 2001).

As pessoas buscam uma identificação, constroem sua identidade, incluindo a forma como terão que agir quando crianças, adolescentes, adultos, idosos, pais, mas a criam através deste determinismo social, que atua na formação dos papéis sociais, tornando-as

exatamente aquilo que exigem ser. Como teoria, parece incrível de se discorrer, mas, na prática, é um fiasco. Entrar em determinismos é limitar a existência, pois “somos muito mais do que nos fazem acreditar” (CARVALHO, 2005). Dentro deste princípio epistemológico, fatores de risco são situações ou comportamentos que aumentam a possibilidade de resultados negativos para a saúde, o bem-estar e o desempenho social (SCHENKER, MINAYO, 2005).

A expressão *fatores de risco* designa condições ou variáveis associadas à possibilidade de ocorrência de resultados negativos para a saúde, o bem-estar e o desempenho social (NEWCOMB et al., 1986; JESSOR, 1991; JESSOR et al., 1995). Alguns desses fatores se referem a características dos indivíduos; outros, ao seu meio microsocial e a condições estruturais e socioculturais mais amplas (ZWEIG, PHILLIPS, LINDBERG, 2002; SCHENKER, MINAYO, 2005).

Como fatores de risco, 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, seu enfoque procura prevenir o uso indevido de drogas, eliminando ou reduzindo estes fatores. São fatores de risco naturais ou biológicos, fatores de risco do meio ambiente e fatores ligados a eventos e experiências da vida (ALBERTANI, SCIVOLETTO, ZEMEL, 2008).

O escopo dos fatores de risco para o uso de drogas de abuso tem fugido da unicausalidade das relações familiares e do estilo de vida. Destacam-se fatores legais, como a precariedade ou a inexistência de legislação pertinente e atualizada; a disponibilidade das drogas legais ou não, pois o uso pode estar associado à facilidade de acesso ao produto; fatores econômicos, pobreza ou alto poder aquisitivo; fatores comunitários, como constantes mudanças de residência, perda dos laços com a vizinhança, violência urbana (BRASIL, 2013; SOARES, 2012; ROLIM, 2011; SCHENKER, MINAYO, 2005).

Em relação à ocorrência da violência e da criminalidade, autores das áreas de ciências sociais e jurídicas tem substituído o termo fator de risco por motivação ou regras de decisão motivadora para a prática delitiva, apontando fatores econômicos e sociais que contribuem para a ocorrência e incremento da criminalidade (GUIMARÃES, 2014; MAGALHÃES, 2006). Entende-se por motivação, a condição do indivíduo que influencia a direção do comportamento, sendo essa condição retratada por variáveis sociais e

subdividida em questões socioeconômicas, de herança familiar e de interação social (MAGALHÃES, 2006).

Nos resultados obtidos na investigação de Guimarães (2014) constatou-se que a motivação diferiu para o presidiário de acordo com o tipo de crime. Nos crimes contra a vida, observou-se a interação social como a principal motivação; nos crimes contra os costumes, foram encontradas motivações na interação social e na herança familiar; os crimes contra o patrimônio foram explicados, principalmente, pela condição econômica do indivíduo e nos crimes de tráfico de drogas, a condição econômica, os aspectos relacionados à questão familiar e de interação social explicaram a motivação do indivíduo ao cometer o delito.

No entanto, como afirmou Marcus Felson (1986), “as pessoas fazem escolhas, mas elas não podem escolher as escolhas que estão disponíveis para elas”. Preocupado em aprofundar a compreensão sobre os fatores que constroem o leque de escolhas disponíveis para as atividades criminais, indicou a necessidade da convergência, no tempo e no espaço, do alvo potencial, de um ‘ofensor’ motivado e da ausência de ‘guardiões’ capazes de evitar o evento. O autor configura uma potente abordagem analítica, capaz de explicar a questão da influência que mudanças nas dinâmicas sociais podem ter no sentido de alterar as oportunidades, em determinado território, para a ocorrência de crimes, a partir da relação entre diferentes tipos de comportamento, usos do tempo e atividades em relação às ocorrências criminais (ZANETIC, 2013).

Tais reflexões poderiam ser discutidas no âmbito do uso ou não-uso de drogas de abuso, fugindo do paradigma epidemiológico de fator de risco e aproximando-se da compreensão de vulnerabilidade, pois considera-se que o problema da drogadição é amplo e não se restringe a uma causa ou motivação. Talvez a maior contribuição no diálogo conceitual entre risco e vulnerabilidade esteja no deslocamento da noção do risco individual para a concepção de vulnerabilidade social. Sem desconsiderar que todo ser humano é biologicamente suscetível; condições sociais colocam alguns indivíduos e grupos em situações de maior vulnerabilidade. Isso permite perceber mais amplamente como a desigualdade e injustiça, o preconceito, a discriminação e a violência da sociedade aceleram a disseminação de diversas ‘epidemias’ nos diferentes territórios (OLIVEIRA, 2013).

Apesar de conter a ideia de risco, a vulnerabilidade expressa os potenciais de adoecimento, de não adoecimento e de enfrentamento, relacionados a todo e cada

indivíduo. A vulnerabilidade deve ser pensada sob três planos: o social, o programático ou institucional e o individual. O plano social inclui condições socioeconômicas, acesso à informação, escolarização, garantia de acesso aos serviços de saúde, garantia de respeito aos direitos humanos, situação sociopolítica e cultural. O plano programático refere-se a serviços, programas, projetos e atividades voltadas aos jovens para combater o uso das drogas de abuso de forma contínua e integrada. O plano individual relaciona-se a comportamentos que possibilitam a exposição às drogas de abuso ou a capacidade de adotar comportamentos seguros, plano este que depende, justamente, da inter-relação com os dois primeiros (OLIVEIRA, 2013).

Para a enfermagem, a relevância do conhecimento sobre a vulnerabilidade está na identificação das necessidades de saúde daqueles que são vulneráveis, com o objetivo de lhes assegurar maior proteção. A análise da vulnerabilidade permite compreender como cada um individualmente e em grupo enfrenta o processo saúde-doença, com a construção de marcadores que podem ser utilizados para avaliar as condições de vida e saúde de indivíduos e grupos e para subsidiar intervenções orientadas para os determinantes de vulnerabilidade, conferindo maior integralidade às ações de saúde de caráter multidisciplinar, ao ampliar propostas de intervenção para as três dimensões da vulnerabilidade (OLIVEIRA, 2013; BERNARDY, OLIVEIRA, 2012; MARANGONI, OLIVEIRA, 2012; BALLANI, OLIVEIRA, 2007).

Uma pessoa não começa a usar drogas ou abusar delas por acaso ou por uma decisão isolada. Cada vez mais, pesquisas e estudos mostram que o uso de drogas é fruto de uma multiplicidade de fatores: se por um lado a pessoa não nasce predestinada a usar drogas, também não as usa apenas por influência de amigos ou mesmo de traficantes. Essa nova tendência reflete o progressivo abandono da abordagem centrada nos fatores de risco e, em contrapartida, enfatiza os fatores positivos que levam um indivíduo a superar as adversidades (JULIANO, YUNES, 2014; GUIMARÃES, 2014. NICHATA et al., 2008; ALBERTANI, SCIVOLETTO, ZEMEL, 2008; SANCHES, OLIVEIRA, NAPPO, 2005; SCHENKER, MINAYO, 2005).

Evidências têm mostrado que até mesmo em ambientes nos quais submergem as famílias em fatores de risco, muitas dessas passam ilesas quanto ao uso, possivelmente, essas famílias estão envolvidas por fatores protetores que as afastam de influências ao uso (GUIMARÃES, 2014; ALBERTANI, SCIVOLETTO, ZEMEL, 2008; BROOK et al., 2006). Ainda assim, na maioria das pesquisas sobre a temática risco e proteção, são

apontados muitos fatores de risco e poucos fatores para proteção das pessoas e de suas famílias, caracterizando não somente uma carência na produção do conhecimento novo, mas uma lacuna de discussão no conhecimento já dimensionado para um fenômeno tão impactante na contemporaneidade.

Os fatores protetores ou de resiliência são aqueles que protegem o indivíduo de fatos que poderão agredi-lo física, psíquica ou socialmente, garantindo um desenvolvimento saudável. Esses fatores reduzem, abrandam ou eliminam as exposições aos fatores de risco, seja reduzindo a vulnerabilidade ou aumentando a resistência das pessoas aos riscos. (JULIANO, YUNES, 2014; NICHIATA et al., 2008). Ao longo da vida, de uma maneira geral, os indivíduos se deparam com inúmeras dificuldades e cada pessoa tem seu próprio limite e forma de como lidar e enfrentar as adversidades. Essa capacidade de superação, diferente em cada pessoa, refere-se aos recursos e fatores positivos que nela residem ou lhe são externos. Esses recursos e fatores que a capacitam a superar os efeitos negativos das adversidades/exposições de risco, chamamos resiliência (JULIANO, YUNES, 2014).

Proteger significa, sobretudo, oferecer condições de crescimento e de fortalecimento para a pessoa, compreendida como cidadão, sujeito de direitos, merecedor de prioridade de cuidados (SCHENKER, MINAYO, 2005). Entre os fatores de proteção ao uso de drogas apontados na literatura, destacam-se a dinâmica familiar estruturada, religiosidade, respeito aos direitos humanos possibilitando o exercício pleno da cidadania e oferecimento de condições dignas de saúde, educação, trabalho e alimentação (BRASIL, 2013; ALBERTANI, SCIVOLETTO, ZEMEL, 2008; SCHENKER, MINAYO, 2005; SANCHES, OLIVEIRA, NAPPO, 2005).

Estudos para identificar fatores de proteção em adolescentes brasileiros encontraram, entre não-usuários de drogas, a disponibilidade de informações e a estrutura familiar protetora, como razões para o afastamento das drogas. A informação completa sobre as consequências do uso de drogas e os laços afetivos entre pais e filhos, garantidos por sentimentos como cumplicidade e respeito, parecem ser importantes para a negação da droga. A importância desses fatores como razões do afastamento de adolescentes das drogas é enfatizada quando sua ausência é relatada e criticada entre os usuários de drogas (BRASIL, 2013; SANCHES, OLIVEIRA, NAPPO, 2005).

Dentro dessa premissa de proteção, uma das tarefas de quem atua no enfrentamento às drogas de abuso é fazer com que esses fatores sejam evidenciados pela técnica e pela

experiência como relevantes para promover a vida saudável, ações que incentivem os processos culturais e interpessoais para fortalecer atitudes, valores e estratégias comunicativas que possam minimizar os fatores de risco e incrementar fatores de proteção (JESSOR et al., 1995; PETTIT, BATES, DODGE, 1997). Para a implementação de fatores protetores, é necessário o desenvolvimento de um processo participativo, que identifique e multiplique as ações protetoras, potencializando os efeitos uns dos outros (ALBERTANI, SCIVOLETTO, ZEMEL, 2008).

A investigação sobre fatores contextuais, de risco e de proteção, para o não uso de drogas de moradores das comunidades marcadas pela presença de drogas de abuso e violência em seu cotidiano, representa fonte valiosa de dados para possibilidades de prevenção baseadas na compreensão da diversidade e da tolerância, em um assunto que ainda encontra-se pouco explorado. A produção e a divulgação de informações sobre a vulnerabilidade e resiliência em comunidades que convivem com drogas de abuso são fatores essenciais para o desenvolvimento de novas estratégias para seu enfrentamento pela equipe de saúde local (FELTRAN, 2008).

Apesar de a diversidade ser vista como natural, a intolerância continua sendo a inclinação natural da prática moderna. O tema 'inclusão' parece bastante desafiante, pois a sociedade moderna desenvolveu uma série de mecanismos de controle e punição dos desviantes (os moradores de bairros denominados 'periféricos'), constituindo um forte esquema de identificação de pessoas, de modo que elas possam ser facilmente reconhecidas quando se afastam dos padrões de normalidade socialmente aceitos (BAUMAN, 1999).

Esse novo paradigma que considera a diferença como algo inerente na relação entre os seres humanos, a diversidade como algo natural e que todos devem ser considerados como cidadãos legítimos ou incluídos, seria apropriado para o estudo de motivos para o uso ou não uso de drogas. Nessa perspectiva, classificar fatores de risco e de proteção como entidades separadas, significaria segregar e dar ao mundo uma estrutura, manipulando suas probabilidades em atos de incluir e excluir. Certas entidades/pessoas poderiam ser incluídas na medida em que outras são excluídas. (BAUMAN, 1999).

A inovação seria compreender o processo saúde-doença na comunidade, tendo as necessidades de saúde como conceito estruturante e a integralidade e equidade como determinantes da atenção, bem como o processo saúde-doença na família, com formulação de estratégias a partir de condição social, desigualdade, exclusão social, cultura, crenças,



práticas de saúde, valores e papéis familiares, padrões de comunicação e enfrentamento familiar para mudança na saúde de seus membros, saúde da família e saúde dos indivíduos e como o sistema de saúde está organizado para prestar cuidado a indivíduos e famílias (MALBERGIER, CARDOSO, AMARAL, 2012; SHAURICH, 2009).

Sabe-se que as famílias são base fundamental para a vida humana, sendo responsáveis pelo acolhimento, proteção e cuidado dos indivíduos; são unidades básicas para a sobrevivência de seus membros, com funções biológicas, educacionais, psicológicas, sociais, emocionais e históricas; representam entidades essenciais aos seres humanos. A família, como uma unidade considerada antropológicamente, é constante em todos os momentos e em todas as culturas. Tem, portanto, que se adaptar a cada presente histórico, por meio de mecanismos complexos, para permanecer equilibrada e, assim, ser o foco no processo interminável da vida (MEDINA, FERRIANI, 2010; SHAURICH, 2009).

Um dos desafios que os profissionais enfrentam ao cuidar da família é a controvérsia que existe entre a existência ou não de uma saúde familiar como entidade distinta da saúde individual. Apesar de as pessoas (membros participantes e componentes da família) serem interativos, a saúde desses indivíduos distingue-se da saúde da família. Toda família tem um 'estado' de saúde que envolve além do conhecimento, atitudes e valores, papéis e distribuição de tarefas dentro da família, sendo uma parte integral de toda a vida familiar. Esse estado consiste no produto de todas as forças com as quais seus membros contribuem dentro do contexto de sua cultura, sua consciência sobre conhecimentos relevantes de saúde e suas formas específicas de introduzir esses fatores na família (MALBERGIER, CARDOSO, AMARAL, 2012; SILVA, LUNARDI, 2006; WAIDMAN, ELSSEN, 2005).

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os fatores para proteção ao uso de drogas em famílias de uma comunidade com indicadores elevados de violência associados às drogas.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Estabelecer o perfil socioeconômico e demográfico dos participantes da pesquisa.

Identificar os fatores para a proteção ao uso de drogas em famílias de uma comunidade vulnerável.

Verificar o papel de redes de apoio social à proteção ao uso de drogas de famílias de uma comunidade vulnerável, cujos membros não utilizavam drogas.

### 3 MATERIAL E MÉTODOS

#### 3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Foi realizada pesquisa descritiva e transversal, utilizando inquérito domiciliar e amostragem intencional por cadeia de referência (Respondent Driven Sampling - RDS) e inversa, dando-se a partir de uma sequência de referências fornecidas pelos moradores do território investigado (KENDALL, 2006; HALDANE, 1945).

O estudo descritivo de tipo transversal produz resultados instantâneos da situação da população estudada naquele período (ROUQUAYROL, GURGEL, 2013). Os estudos transversais medem, em uma população previamente delimitada, a exposição (geralmente a vários fatores) e o efeito (doença/condição) simultaneamente, no momento de sua realização (COUTINHO et al., 2008).

A utilização de inquéritos domiciliares de base populacional constitui fonte indispensável de dados em inúmeras áreas da saúde pública e tem sido implementada de forma sistemática na área do consumo de álcool e drogas, representando fonte valiosa de dados (LARANJEIRA et al., 2012; BASTOS, BERTONI, HACKER, 2008; LARANJEIRA et al., 2007).

Usuários de drogas, assim como pessoas que não as utilizam, em áreas de risco, podem constituir uma população dita de difícil acesso e/ou ‘oculta’ (*hidden population*), uma vez que não é uma população enumerável, exceto caso se proceda uma contagem exaustiva dessas pessoas em um determinado local. Na terminologia de amostragem, uma população é considerada de difícil acesso se não existir um cadastro completo de suas unidades constituintes e tiver, pelo menos, um dos atributos seguintes: ser rara ou pouco frequente; geograficamente concentrada ou espalhada; ser oculta por comportamentos ilegais ou especiais; ou flutuante com alteração de sua associação a pontos do espaço geográfico (DE BONI, BASTOS, BERTONI, 2014).

Vários métodos foram propostos para lidar com esse tipo de população, sendo comum o *Respondent Driven Sampling* – RDS (KENDALL, 2006) que conduz a amostras não probabilísticas, na medida em que não asseguram que cada unidade da população tenha uma probabilidade não nula de ser selecionada e que essas probabilidades sejam conhecidas e usadas no cálculo dos pesos amostrais (SCHILLEWAERT, LANGERAK, DUHAMEL, 1998).

Uma amostra por cadeia de referência é uma amostra não intencional, para grupos considerados vulneráveis ou de difícil acesso que, assim, ficam preservados do preconceito e discriminação. Esse método tem por finalidade alcançar a população ‘escondida’ e mais vulnerável (MORELL et al., 2010; HECKATHORN, 2002; SCHILLEWAERT, LANGERAK, DUHAMEL, 1998).

No presente estudo, essa modalidade de amostragem foi utilizada para acessar pessoas consideradas não susceptíveis ao uso de drogas, em uma comunidade com indicadores elevados de violência, que ficam ‘escondidas’ frente à grande circulação e consumo de drogas no espaço de convivência (Figura 1).

A amostragem inversa é um método de amostragem sequencial, repetido até que o número de entrevistas realizadas seja igual a um valor fixado *a priori*, transformando o tamanho da amostra em uma variável aleatória. Assim, a ideia principal da amostragem inversa é contar quantas unidades precisaram ser observadas para conseguir o número prefixado de entrevistas realizadas (HALDANE, 1945).

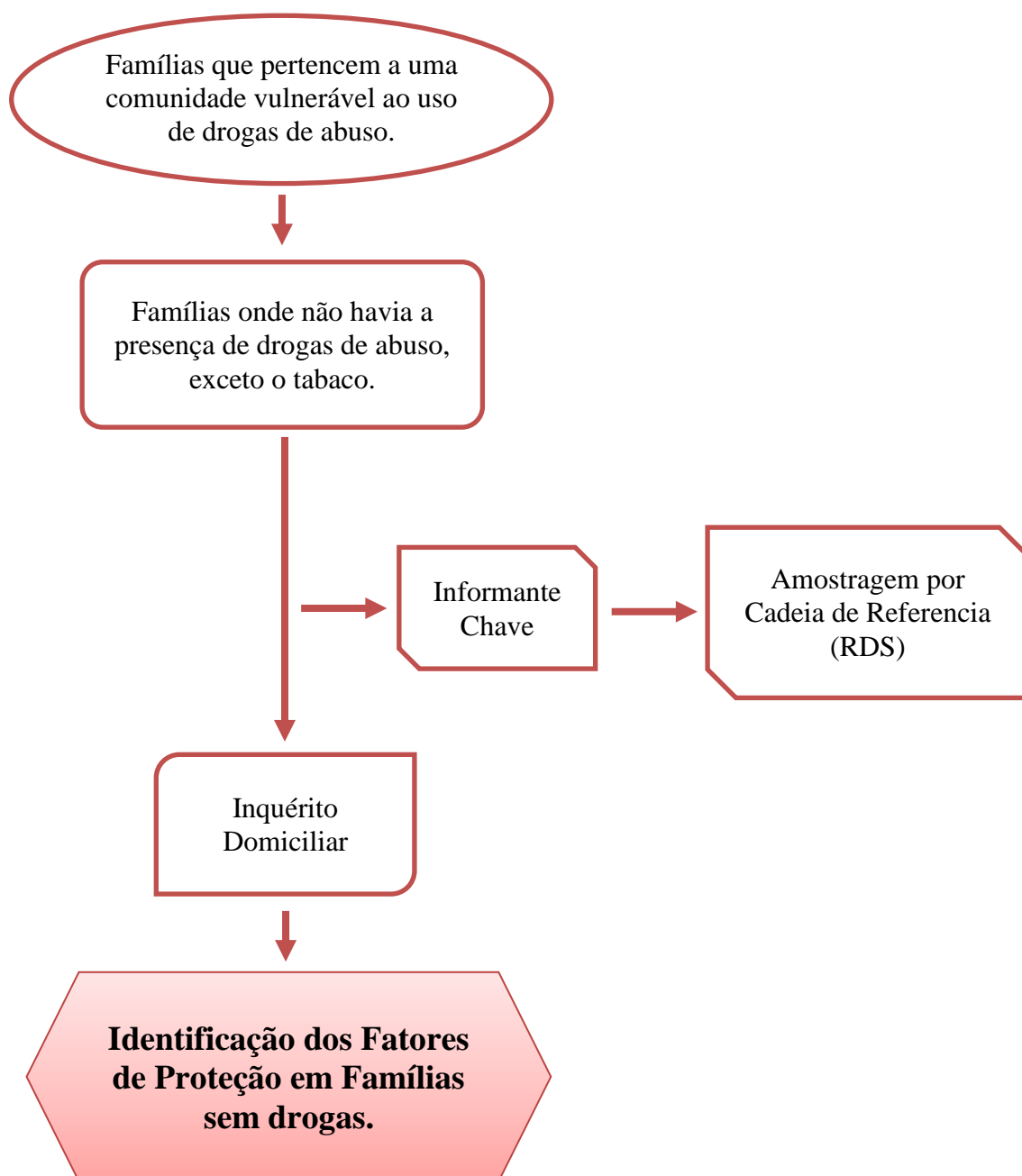


Figura 1: Delineamento da pesquisa. Maringá – PR, julho a setembro, 2014.

### 3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no município de Maringá, no Conjunto Habitacional Requião I, II, III e IV, considerado ‘cena’ de população envolvida, cotidianamente, com grande circulação de drogas de abuso (REIS, 2012). ‘Cena’ é um conceito sócio-antropológico referente a um espaço de congregação e interação social e permanece como um elemento central de estudos sobre as cidades contemporâneas, as culturas e os movimentos sociais urbanos (BASTOS, BERTONI, 2014).

Maringá está localizada na região Noroeste do Paraná, possui uma população de 357.077 habitantes e é sede da 15ª Regional de Saúde do Estado do Paraná. A expansão urbana do pólo metropolitano integra os municípios limítrofes Sarandi, a Leste, e Paçandu, a Oeste (BRASIL, 2010; MARINGÁ, 2010). O município possui taxa de analfabetismo de 5,39% na população de 15 anos ou mais e seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é 0,84, ocupando a sexta posição em relação aos demais municípios paranaenses e a 67ª posição em relação aos municípios brasileiros (MARINGÁ, 2010).

A Rede de Atenção Primária à Saúde (APS) de Maringá é constituída de 25 Unidades Básicas de Saúde (UBS), organizadas em cinco regionais. Todas as UBS possuem equipes de saúde da família referenciadas. A rede hospitalar possui 1.306 leitos hospitalares distribuídos em 11 hospitais – sete privados, dois filantrópicos e dois públicos (MARINGÁ, 2010).

A Rede de Atenção à Saúde Mental é constituída pelos seguintes serviços: unidades básicas de saúde, com apoio de equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); Centro Integrado de Saúde Mental (CISAM); Centro de Atenção Psicossocial I - CAPSI – Santa Felicidade que se destina a atender crianças e adolescentes com comprometimentos psicossociais, transtornos mentais e usuárias de drogas; Centro de Atenção Psicossocial II - CAPS II - Canção que se destina a atender adultos com transtornos mentais e o Centro de Atenção Psicossocial III - CAPSad III– Viva a Vida, destinado à atenção integral e contínua aos dependentes químicos e às pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas na idade adulta; além de duas residências terapêuticas (MARINGÁ, 2013; BRASIL, 2011).

Na área hospitalar, existe uma emergência psiquiátrica que funciona no Hospital Municipal de Maringá (HMM), com 26 leitos; oito leitos psiquiátricos no Hospital

Memorial de Maringá; assim como um hospital psiquiátrico para internações de longa permanência, com 285 leitos, sendo 252 leitos do Sistema Único de Saúde (SUS) (MARINGÁ, 2013).

Para a escolha do Conjunto Habitacional Requião como área a ser investigada, foi utilizado o Relatório Circunstanciado Mensal sobre Ações de Prevenção e Tratamento do Uso de Drogas na Cidade de Maringá, da Secretaria Municipal de Assistência Social e Cidadania/Diretoria de Programa Antidrogas - SASC. O relatório tem como objetivo identificar as áreas com indicadores de maior violência relacionada ao consumo de drogas, que constitui um problema no cotidiano da população adstrita (MARINGÁ, 2009). Ademais, foi realizada consulta a jornais regionais, em publicações que envolviam uso de drogas de abuso e violência nessa comunidade. (ANEXO 1)

Estudo realizado em 2012 que apresentou resultados que permitiram (re)conhecer o território com indicadores elevados de violência relacionados ao uso de drogas de abuso e a alta percepção social dos moradores sobre a vivência cotidiana com as drogas. Os dados analisados ofereceram informações importantes sobre aspectos que refletem a gravidade, amplitude e magnitude desses problemas em nosso país (REIS, 2012).

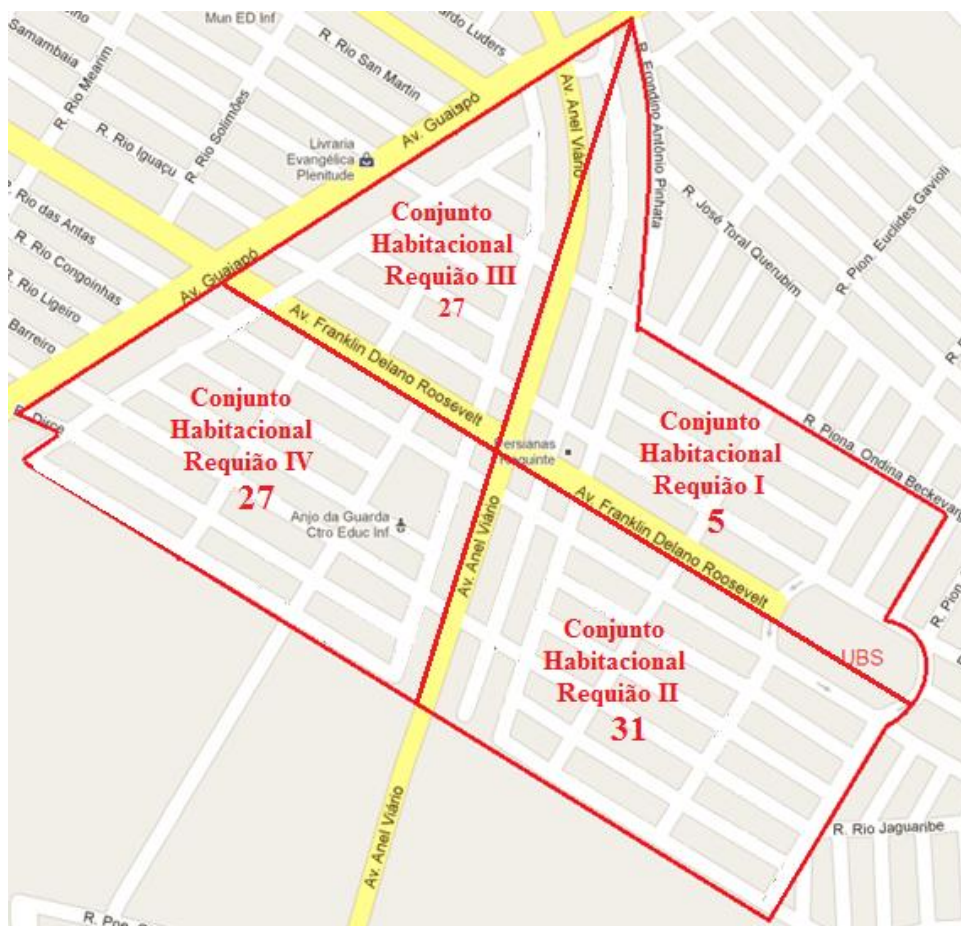


Figura 2: Delimitação e mapeamento do Conjunto Habitacional Requião. Maringá – PR, 2014.

Fonte: Google maps (2014).

A área total do Conjunto Habitacional Requião é composta por 70 quadras, distribuídas em 29 ruas e duas avenidas. Possui 1.492 terrenos ocupados com um ou dois domicílios e, aproximadamente, 5.140 moradores que compõem cerca de 1.640 famílias (REIS, 2012). (Figura 2)

### 3.3 POPULAÇÃO EM ESTUDO

A população em estudo foi composta por moradores do Conjunto Habitacional Requião. Para acessá-la, foi utilizada a técnica de amostragem por cadeia de referência, RDS, considerada amostragem intencional.

Os participantes da amostra foram escolhidos intencionalmente pelo pesquisador, dentro de determinados critérios. Em pesquisas com amostragem intencional, geralmente,



escolhe-se casos considerados ‘típicos’ da população em estudo para fazer parte da amostra (SCHILLEWAERT, LANGERAK, DUHAMEL, 1998).

Iniciou-se o estudo com a elaboração de um cadastro amostral (*sampling frame*) contendo as informações acerca das unidades de amostragem (o Conjunto Habitacional Requião), obtido através de um mapeamento do território, procurou-se levantar informações junto a órgãos públicos da Saúde e Assistência Social municipais e locais que trabalham com a temática das drogas e/ou com a população em questão.

O primeiro passo para a obtenção da amostra foi a realização de entrevistas com informantes-chave (*key informants*), isto é, pessoas que possuem um conhecimento especial da população em estudo. Eles facilitaram aproximação com a população, por serem lideranças comunitárias, profissionais da saúde ou moradores não-usuários de drogas (SANCHEZ, OLIVEIRA, NAPPO, 2005).

Para a seleção da semente inicial foi solicitado ao enfermeiro da Equipe de Saúde da Família de uma das equipes da UBS de referência da comunidade, a indicação de um domicílio no qual não moravam usuários de drogas, exceto tabaco. A partir desse procedimento, os moradores indicados responderam à pergunta: ‘Você conhece alguma família na qual nenhum de seus membros usa drogas de abuso, a não ser tabaco?’.

Um morador foi entrevistado por domicílio, com idade superior a 18 anos, preferencialmente, o chefe da família. No caso da presença de mais de um destes membros no domicílio, foi decidido, entre os próprios, aquele que se julgava melhor para responder à pesquisa. Embora tenha sido selecionado um membro específico como respondente, as questões da entrevista foram dirigidas ao conjunto dos membros da família.

Foram indicados 129 domicílios. Deste total, onze (8,5%) foram excluídos a priori, dois domicílios indicados localizavam-se em outro bairro e em nove (7%) domicílios, embora tenham sido indicados por vizinhos, houve relato, pelo entrevistado, de que havia a presença de drogas de abuso na família, por filho ou neto que residia no mesmo domicílio. Apenas dez (7,7%) domicílios indicados não tiveram o endereço encontrado, dado que o informante não soube relatar com exatidão o endereço, citando apenas algumas características da residência, fator que acabou dificultando a localização. (Figura 3)

Dentre os 108 (83,7%) domicílios que tiveram o endereço encontrado, aconteceram seis (5,5%) recusas e doze (11,1%) perdas. As recusas aconteceram durante o primeiro contato com os entrevistados que, após esclarecimento do objetivo da pesquisa, sentiram-se amedrontados diante da temática de drogas e optaram por não participar; as perdas

aconteceram após três tentativas de contato no domicílio selecionado, em dias e horários alternados, de modo que os dias da semana não se repetiram para essa residência. Assim, após a terceira tentativa, as residências com ausência de morador para receber a(s) entrevistadora(s) foram excluídas da pesquisa e retornou-se à semente anterior para outra indicação.

Com relação às noventa entrevistas, em famílias nas quais não havia presença de drogas no domicílio, excluindo o tabagismo, a distribuição espacial das famílias não foi uniforme nas quatro áreas do Conjunto Habitacional Requião - I, II, III e IV. (Figura 2). Na primeira área (Conjunto Requião I), aconteceu o menor número de indicações e, foram entrevistados cinco familiares (5,5%); na segunda área (Conjunto Requião II), foram entrevistados 31 familiares (34,4); na terceira área (Conjunto Requião III), foram entrevistados 27 familiares (30%); na quarta área (Conjunto Requião IV), foram entrevistados 27 familiares (30%).

A segunda área do Conjunto Habitacional foi referida pelos entrevistados como um ‘ambiente tranquilo’. Contudo, a primeira área foi referida como área com ‘presença de drogas e traficantes’. Após às 17 horas, muitas pessoas não saíam de suas residências, devido ao medo de violência e, segundo alguns depoimentos espontâneos de entrevistados, ‘algumas esquinas’ eram pontos de venda e uso de drogas (biqueiras).

O ponto de saturação e finalização do processo empírico deu-se, em um primeiro momento, com a repetição de fatores de proteção indicados na questão norteadora e nas questões semi estruturadas do instrumento de pesquisa. Em um segundo momento, pela referência de residências repetidas por outros entrevistados. Assim, considerou-se atingido o número de famílias a acessar (FONTANELLA et al., 2011).

‘Fechar’ a amostra significa definir o conjunto que subsidiará a análise e interpretação dos dados. Nas amostras intencionais, essa definição é realizada a partir da experiência do pesquisador no campo de pesquisa. Se não houve fechamento por exaustão, abordando todos os sujeitos elegíveis, deve-se justificar o porquê se interrompeu o processamento de novas observações e o recrutamento de novos participantes. Uma das maneiras de fazê-lo corresponde ao processo de amostragem por saturação teórica: interrompe-se a coleta de dados quando se constata elementos novos para subsidiar a teorização esperada; assim, não são mais verificados a partir do campo de pesquisa (FONTANELLA et al., 2011).

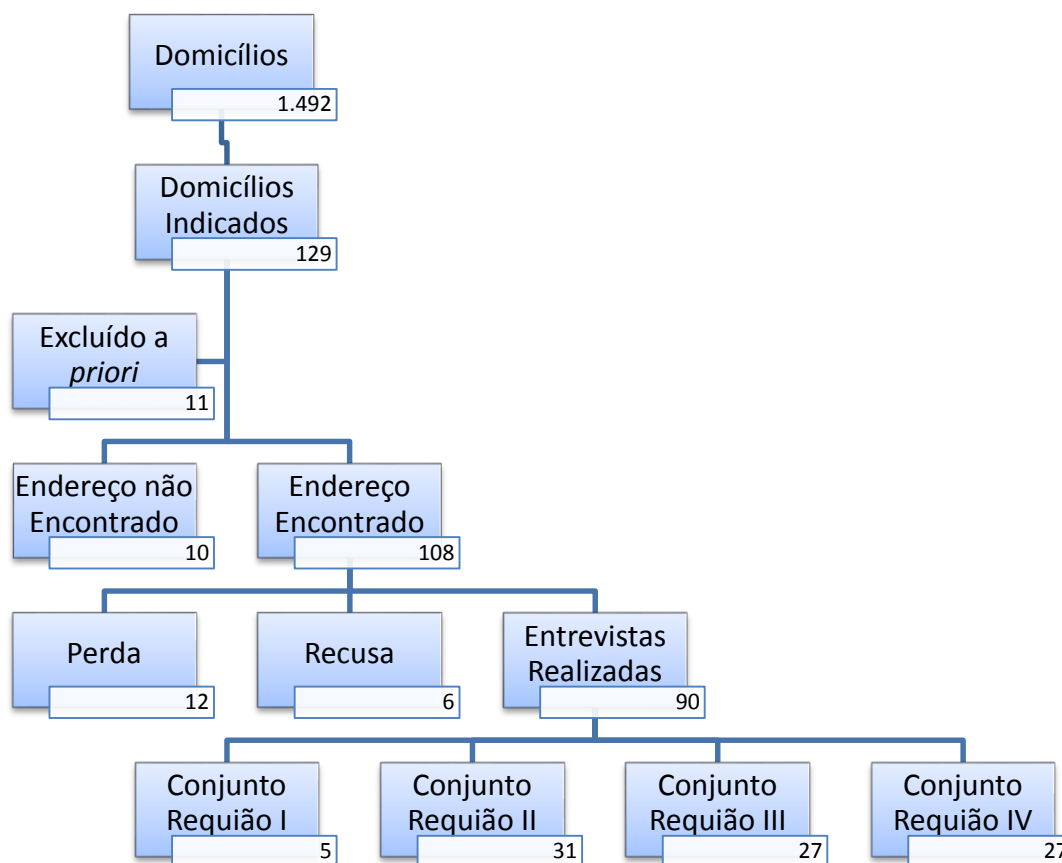


Figura 3: Fluxograma da população em estudo. Maringá – PR, julho a setembro, 2014.

### 3.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Foram utilizados três instrumentos de coleta de dados: Roteiro de Observação da Comunidade Conjunto Requião, Roteiro de Entrevista e Diário de Campo.

O Roteiro de Observação da Comunidade Conjunto Requião foi composto por seis áreas, a) equipamentos sociais: unidade básica de saúde, entidades civis que prestam apoio social, quadra poliesportiva, academia para terceira idade – ATI e escolas; b) vida financeira: supermercado, açougue, farmácia, outro; c) particularidades das ruas: policiamento, ‘biqueira’, consumo de drogas, fluxo de pessoas nas casas e outros; d) moradores/pessoas: vestimentas, comportamento, faixa etária e outros; e) igrejas: evangélicas e católicas; f) entretenimento para jovens: clubes noturnos, bares, cinema/teatro. (APÊNDICE 1)

O Roteiro de Entrevista foi um instrumento semi-estruturado, na categoria de instrumento simples (BOYNTON, GREENHALGH, 2004), composto de cinco partes: (1) Dados socioeconômicos e demográficos do entrevistado e do familiar; (2) Pergunta

norteadora: Porque você considera que os seus familiares não fazem uso de drogas de abuso?; (3) Fatores de risco ou proteção para o uso de drogas (ALBERTANI, SCIVOLETTO, ZEMEL, 2008); (4) Percepção social de drogas de abuso e violência na comunidade; (5) Redes Sociais. (APÊNDICE 2)

Um Diário de Campo foi elaborado para registro de aspectos relevantes, como o comportamento do entrevistado, as características da moradia, a infraestrutura e dificuldade/facilidade de coleta de dados (REIS, 2012). O diário de campo foi utilizado com a finalidade de registrar observações do entrevistador e buscou-se arrolar dados inerentes à pesquisa sob a ótica da pesquisadora. (APÊNDICE 3)

Os instrumentos foram submetidos à revisão externa, principalmente, para verificar se respondiam adequadamente a pergunta da pesquisa e se eram coerentes com o projeto de pesquisa. Com apreciação da banca examinadora da qualificação – duas profissionais enfermeiras docentes – foram alterados e adequados diante das sugestões e correções. Todos os instrumentos da pesquisa foram revisados pela orientadora da dissertação.

### 3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

O processo de pesquisa aconteceu nas seguintes etapas: Participação nas atividades do Comitê Gestor Institucional Crack, É Possível Vencer de Maringá – Paraná, contato inicial com a comunidade, observação contextual da comunidade e coleta de dados.

Para a maior familiarização da pesquisadora com a problematização das drogas no município de Maringá e na comunidade investigada, a pesquisadora participou das reuniões e atividades do Comitê Gestor Institucional Crack, É Possível Vencer de Maringá – Paraná, desde fevereiro de 2013, como representante do Centro Regional de Referência de Formação Permanente aos Profissionais que Atuam nas Redes de Atenção Integral de Saúde e de Assistência Social a Usuários de Crack e Outras Drogas e seus Familiares da Universidade Estadual de Maringá - CRR/UEM. (ANEXO 2)

Os eixos de intervenção que integram o Comitê Gestor são organizados em Prevenção, Cuidado, Tratamento. O Comitê elaborou um plano piloto de prevenção ao uso indevido de drogas a ser implantado em uma das regiões do município de Maringá, discutido por representantes de diversas instituições e setores que integram o Eixo Prevenção, conforme orientação da Política Nacional sobre Drogas - PNAD. (ANEXO 2)

A fim de conhecer a ‘cena’, o contato inicial como Conjunto Habitacional Requião foi realizado durante uma atividade comunitária para a prevenção de drogas, promovida pela diretoria sobre drogas da secretaria de assistência social e cidadania – SASC, de Maringá, em março de 2014. Estiveram presentes assistentes sociais, educadores sociais e outros profissionais, que integravam o Comitê Gestor Institucional Crack, É Possível Vencer de Maringá e da UBS do bairro, membros de comunidades terapêuticas, estudantes de vários cursos de graduação e pós-graduação da UEM, participantes de projetos de extensão universitária e pesquisa voltada ao antitabagismo e enfrentamento social às drogas. Foram apresentados teatros educativos e oferecidas recreações musicais e esportivas para os moradores. (ANEXO 2)

A faixa etária predominante dos participantes era de crianças e adolescentes, todavia, alguns pais também acompanhavam seus filhos, outrossim, adultos interessados em aferir a pressão arterial, bem como aqueles que quantificaram a glicemia capilar com os profissionais da UBS, em razão de que a atividade foi integrada ao enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis. Panfletos informativos/*folder* sobre vários serviços que o município oferece à população, dentre eles, os relativos à atenção em Saúde Mental e cartilhas com orientação aos usuários e famílias com problemas relacionados ao uso de drogas foram distribuídos pelos profissionais. (ANEXO 2)

Foi estabelecido ainda contato com a UBS local e comunicado sobre a intenção de realizar a pesquisa na comunidade. O enfermeiro coordenador foi informado sobre as particularidades da pesquisa e intermediou a solicitação para a cooperação da ESF em acessar as famílias a serem entrevistadas, por meio do conhecimento das ACS.

Anteriormente à realização da constituição da cadeia de referência e das entrevistas com as famílias, foi realizada uma fase exploratória de campo, a qual compreendeu visitas *in loco* à comunidade, para reconhecimento da área ‘geográfica’ e organização dos moradores, bem como avaliação da ‘cena’. A equipe de pesquisa procedeu uma observação do espaço e das pessoas na localidade e registrou informações qualitativas e quantitativas, Roteiro de Observação da Comunidade Conjunto Requião, considerado um caderno de campo (BASTOS, BERTONI, 2014). (APÊNDICE 1)

As informações registradas diziam respeito às características da ‘cena’ e de seu entorno, contagem de pessoas no local e também a presença ou não de pessoas consumindo ou comercializando drogas. Essas visitas também tiveram o objetivo de verificar se, de fato, o local mapeado era violento no cotidiano. Dessa maneira, foi possível uma

contextualização dos equipamentos sociais disponíveis na comunidade, o conhecimento da vida financeira e as particularidades das ruas e das pessoas.

As visitas foram realizadas em três momentos. Aos sábados dos meses de abril e maio de 2014, por duplas de entrevistadores – por motivo de segurança – mas o preenchimento do roteiro foi individual, para o enriquecimento do estudo através de diferentes olhares sobre uma mesma ‘cena’. Todas as ruas do conjunto habitacional foram percorridas de automóvel. (Figura 2)

As ruas estavam calmas, sem muito movimento de carros e pessoas e estavam razoavelmente limpas. Na principal rua do conjunto habitacional era possível trafegar nas calçadas, porém, nas ruas periféricas, em todo o trajeto, havia material de construção nas calçadas, ausência de calçadas, árvores, ‘caçambas’ de entulhos de construção nas ruas e vários moradores do sexo masculino trabalhando em suas próprias residências, fazendo benfeitorias de obras de construção.

Foi possível observar as mulheres limpando as calçadas de suas casas, idosos nas ruas mais periféricas e, na avenida principal, adultos foram observados trabalhando em várias empresas comerciais. Poucos pré-adolescentes nas ruas foram vistos e poucos grupos de pessoas caminhavam, aparentemente, formados de famílias que se dirigiam à igreja.

Eram residências simples, cerca de 50% estavam com a pintura em boas condições, quintais limpos, grades nos portões e fechados, com aspecto de construção moderna. No entanto, a outra metade se apresentava em condições precárias, condições ruins de limpeza e moradia e alguns moradores estavam mal vestidos e descalços, principalmente, no Conjunto Requião I e III.

No que diz respeito ao comércio, a comunidade apresenta uma ampla diversidade, que lhe garante características próprias: farmácias, supermercados, mercearias, panificadoras, casa lotérica, açougues, *pet shops*, salões de beleza, loja de materiais de construção, bares (pelo menos dez), borracharia, lojas de presentes e de móveis, fornecedores de gás de cozinha, oficinas mecânicas e funilaria, concessionária de motos e empresa de alarmes para residências.

Vários equipamentos sociais foram listados, como a) escolas: Escola Municipal Ângela Vergínia Borin, Colégio Estadual de ensino Fundamental e Médio Tânia Ferreira e Escola Municipal Olga Aiub Ferreira; b) uma UBS; c) um Centro de Referência de Assistência Social; d) uma quadra poliesportiva; e) um centro de recreação e arte; f) uma

academia da terceira idade – ATI; g) várias igrejas. Não foram observados locais de lazer e entretenimento para os jovens.

Dezesseis igrejas foram encontradas: católicas, assembleia de Deus, só o senhor é Deus, quadrangular, pentecostal, universal do reino de Deus, igreja nossa senhora do rosário, igreja evangélica em busca do reino de Deus, congregação cristã no Brasil, presbiteriana renovada, testemunha de Jeová, igreja missionária e adventista do 7º dia.

Dois fatos chamaram a atenção das pesquisadoras. O primeiro foi abordar um comerciante e perguntar sobre as igrejas que ali existiam, recebendo a afirmativa de que várias delas haviam sido ‘fechadas’. O segundo, na região central do bairro, próximo à UBS, foi uma abordagem policial que durou cerca de trinta minutos, a um homem que conduzia uma moto.

A coleta de dados deu-se em três fases: realização de um estudo piloto, a organização da logística da pesquisa e realização das entrevistas.

Antes do início da coleta de dados, procedeu-se um estudo piloto, considerando que a exploração da realidade envolve a interação com outras pessoas e, que o roteiro de entrevista é um instrumento de intervenção junto ao outro. Assim, as respostas obtidas estão diretamente relacionadas à maneira como são feitas as perguntas (BOYNTON, GREENHALGH, 2004).

Perguntas ambíguas, capciosas ou com ‘jargão’ e excesso de terminologia técnica ou perguntas emocionais e aquelas sobre a adequação do instrumento à população a ser estudada foram alteradas (BOYNTON, GREENHALGH, 2004). O estudo piloto foi um *feedback* sobre a redação, a clareza e objetividade das questões/itens temáticos. Com base na estimativa do tempo necessário para aplicá-lo em inquérito domiciliar, foi necessário ajustar o conteúdo e a configuração do roteiro.

Duas entrevistas piloto foram realizadas, com os responsáveis por famílias, os quais se enquadravam nos critérios da pesquisa. Esses moradores residiam na Vila Bosque, em Maringá; esse bairro foi escolhido por ter características sociais que o aproxima do conjunto habitacional Requião. As entrevistas tiveram duração média de dez minutos e os dois roteiros foram respondidos com similaridade, possivelmente, por se tratarem de respondentes do mesmo bairro.

Na segunda fase, organizou-se a logística da pesquisa, principalmente, a capacitação dos entrevistadores, com reuniões e construção do Roteiro de Boas Práticas de Pesquisa. Desse modo, objetivou-se orientar desde a uniformização da abordagem às

residências e aos entrevistados – identificação pessoal, cordialidade, postura, discussão dos objetivos da pesquisa e técnicas de entrevista para não fugir ao foco, esclarecimento de dúvidas e normatização do preenchimento dos instrumentos e registro no diário de campo. (APÊNDICE 4)

A terceira fase foi a de realização de entrevistas, respeitando o método RDS até atingir o ponto de saturação (FONTANELLA et al., 2011). A coleta de dados foi realizada nos meses de julho a setembro de 2014 e a equipe de campo foi constituída por três entrevistadoras – graduadas em enfermagem ou estudantes de Graduação em enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá. A identificação foi feita através de crachás e uma folha de coleta, contendo informações sobre o endereço da família a visitar, foi entregue às entrevistadoras.

O RDS iniciou a identificação dos primeiros participantes do estudo, denominados ‘sementes’ que tem a função de iniciar a seleção de outros membros (KENDALL, 2006). Para a seleção da semente inicial foi solicitado ao enfermeiro da equipe de saúde da família de uma das equipes da UBS de referência da comunidade, considerado informante-chave, a indicação de um domicílio no qual não morassem usuários de drogas, já que a ESF tem conhecimento das famílias, por realizar visitas aos domicílios.

Duas agentes comunitárias de saúde acompanharam a equipe de pesquisa até o domicílio indicado. A entrevista foi realizada com um morador e lhe foi solicitado nova referência. Assim, houve a indicação de dois outros moradores, mas as ACS informaram que os endereços não pertenciam à área delimitada ao conjunto habitacional Requião.

As ACS foram consideradas informantes e indicaram outra semente, assim, obteve-se um maior número de sementes – oito residências. Entre as quais foram acessadas quatro famílias, todavia, todas as residências referidas pelas ACS foram informadas posteriormente.

Uma vez acessado e entrevistado, o morador deu início a uma onda, caracterizada pela indicação dos próximos a serem entrevistados. O recrutamento se expande em ondas. Nesse sentido, a Onda 1 é formada por participantes indicados pelas sementes, a Onda 2 por participantes indicados pelos componentes da Onda 1 e, assim, cada recrutamento é um elo da cadeia (HECKATHORN, 2002; MORELL et al., 2010) (figura 4).



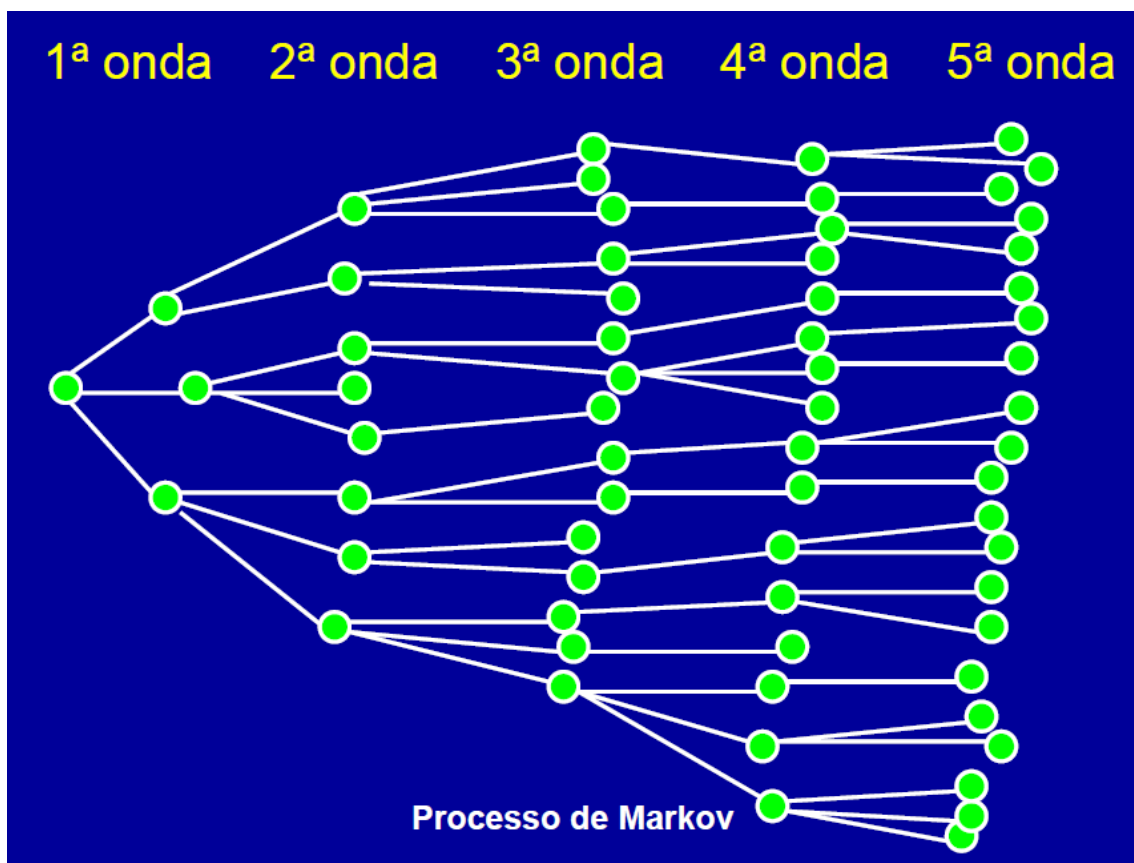


Figura 4: Recrutamento de casos pelo Processo de Markov.

Fonte: Kendall (2006).

Cada participante entrevistado teve essa condição registrada em uma planilha e foi identificado por números, a fim de manter um controle de pessoas já entrevistadas. Esse processo continuou até que a amostra atingisse o tamanho projetado. Com exceção das sementes, todos os participantes foram indicados por pessoas do grupo, garantindo que estivessem efetivamente participando de uma rede social (MORELL et al., 2010; HECKATHORN, 2002).

Uma vez identificado o familiar responsável na residência, esse foi convidado a participar da pesquisa e a entrevista foi realizada em domicílio, em um único encontro com cada participante. As respostas foram registradas manualmente no roteiro de entrevista, mas a resposta à questão norteadora foi gravada em mídia digital, com autorização do entrevistado. O preenchimento do diário de campo foi realizado imediatamente após cada entrevista e preenchido, simultaneamente, quando realizada por duas pessoas.

Para a realização da entrevista, caso o morador selecionado não estivesse presente no momento da primeira visita, até duas visitas adicionais eram realizadas, em dias e

horários diferentes da primeira. Após a terceira tentativa sem sucesso, o domicílio era substituído por outro selecionado previamente, a partir de uma lista de reposição, assim, procedia-se a nova seleção de morador em novo endereço. Caso o morador selecionado apresentasse alguma inaptidão para responder ao questionário, por exemplo, algum transtorno mental grave, o domicílio era substituído por outro, incluído na lista de reposição. Da mesma forma, eram substituídos domicílios fechados e vagos, ou aqueles em que o morador se recusasse a participar da pesquisa.

### 3.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Uma planilha eletrônica de dados foi criada no *Software Microsoft Excel® 2010* na qual os dados quantitativos foram inseridos e, posteriormente, importados para o *Statistical Software Analysis (SAS)*, para processamento e análise. A estatística descritiva simples foi utilizada com descrição das frequências absoluta e relativa das respostas dos dados.

O conteúdo das gravações da questão norteadora, do qual foram extraídos os dados qualitativos, foi transcrito na íntegra, pela própria pesquisadora e explorado por meio da análise de conteúdo temática (MINAYO, 2010).

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

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

Para assegurar o anonimato e facilitar a apresentação dos dados, as famílias foram identificadas de acordo com a ordem da entrevista, a inicial do entrevistado e seu endereço. Alguns trechos dos depoimentos foram readequados do ponto de vista ortográfico, sem alteração no conteúdo.

### 3.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Os preceitos da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, foram obedecidos. O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa envolvendo Seres Humanos, da Universidade Estadual de Maringá, com parecer número 16799. (ANEXO 3).

Por se tratar de pesquisa com população vulnerável, sob a perspectiva da sociedade e das normas éticas para a pesquisa, cuidados a respeito da garantia do anonimato e sigilo dos dados e dos entrevistados serão enfatizados, pois, usualmente, as pesquisas geram medo e desconfiança aos pesquisados, especialmente, por conviverem em uma comunidade com indicadores elevados de violência associados ao uso de drogas de abuso. Os moradores participaram da pesquisa somente após serem devidamente informados e terem aceitado assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias. (APÊNDICE 5)

#### 4 ARTIGO 1

**RAZÕES PARA O NÃO-USO DE DROGAS EM FAMÍLIAS DE UMA  
COMUNIDADE VULNERÁVEL**  
**REASONS FOR NON-USE OF DRUGS IN FAMILIES OF A VULNERABLE  
COMUNITY**  
**RAZONES PARA EL NO-USO DE DROGAS EN FAMILIAS DE UNA  
COMUNIDAD VULNERABLE**

Anai Adario Hungaro

Magda Lúcia Félix de Oliveira

#### RESUMO

Objetivou-se identificar os fatores para proteção ao uso de drogas de abuso em famílias de uma comunidade vulnerável, com índices elevados de violência associados a drogas de abuso. Foram investigadas 90 famílias, cujos membros não fazem uso de drogas de abuso lícitas ou ilícitas (exceto tabaco), utilizando o inquérito domiciliar por amostra intencional por cadeia de referência. Os dados foram compilados em planilha eletrônica do software *Microsoft Office Excel 10.0* e foram importados para o *Statistical Software Analysis*, para processamento e análise dos dados. Todos os entrevistados possuíam idade média de 50,5 anos, sexo feminino (85,5%), casados (58,9%), escolaridade de ensino fundamental incompleto (62%), renda familiar média de R\$ 1.327,00, tempo médio de residência na comunidade de 10,5 anos e composição familiar nuclear (50%) ou extensa/ampliada (32%). As redes sociais de apoio das famílias, consideradas indutoras de proteção, foram: atividades na comunidade, como grupos de estudos e na igreja; a procedência dos amigos do próprio bairro, amizades na igreja e os próprios familiares da família extensa. O uso de drogas por pessoas da vizinhança não interferia na vida pessoal de 64,4% e 81 (90%) afirmaram que “poderiam contar com os vizinhos”. Como fatores protetores, a família e a religiosidade foram os principais aspectos considerados. Oitenta e quatro moradores (93,3%) afirmaram ter religião, com predominância do catolicismo (50%), acompanhado do grupo de denominações evangélicas (31,1%). Quando perguntados “porque consideram que os seus familiares não fazem uso de drogas de abuso”, os entrevistados apontaram fatores para proteção associados a relações intrafamiliares (83 - 92,2%) superiores à religião (24,4%) e outros fatores - escolares, atividade laboral precoce, círculo de amizades, apoio da vizinhança, falta de interesse e ausência de contato com as drogas (54,4%). Como relações intrafamiliares, foram citados o modo de educação familiar, o espelhamento nos pais, o diálogo, no sentido de conversar sobre drogas e receber orientação e, a supervisão constante dos filhos. Concluiu-se que mesmo em ambientes com poucos recursos sociais e permeados pela alta circulação de drogas e por violência causada por seu uso, foi possível a presença de famílias cujos membros nunca haviam feito o uso de drogas de abuso, reconhecidos na própria comunidade. A postura destas pessoas foi influenciada por aspectos como a disponibilidade de informações na igreja e na escola,

observação acerca do consumo de drogas e suas complicações e boa interação familiar e de vizinhança.

**Descritores:** Proteção. Fatores de risco. Relações interpessoais. Políticas públicas de Saúde. Enfermagem.

## ABSTRACT

The objective of the study was to identify the factors for protection to the use of abuse drugs in families of a vulnerable community, with high indexes of violence associated to the abuse drugs. Ninety families were investigated, whose members do not make use of legal or illegal abuse drugs (except tobacco), using the home inquiry for intentional sample for reference chain. Data was compiled in Microsoft Office Excel 10.0 electronic spreadsheet and they were imported to Statistical Software Analysis, for processing and data analysis. All the interviewees were in average 50.5 years old, female (85.5%), married (58.9%), incomplete basic education (62%), average family income of R\$ 1.327,00, average time of residence in the community 10.5 years and nuclear family composition (50%) or extended (32%). The social groups of support for the families, considered inducer of protection, were: activities in the community, as groups of studies and in the church; the origin of friends from their own neighborhood, friendships in the church and the relatives of the extended family. The use of drugs by people of the neighborhood did not interfere in the personal life of 64.4% and 81 (90%) of them affirmed that "could count on neighbors ". As protecting factors, the family and the religiosity were the main considered aspects. Eighty-four residents (93.3%) affirmed to be religious, with predominance on the Catholicism (50%), followed by the group of evangelical denominations (31.1%). When asked " why they think that your relatives do not make use of abuse drugs ", the interviewees pointed factors for protection associated to intra-family relationships (83 – 92.2%) above religion (24.4%) and other factors - school, early engagement to labor, circle of friendships, support of the neighborhood, lack of interest and absence of contact with the drugs (54.4%). As intra-family relationships, were mentioned the way of family education, the parents' role model, the dialogue in the sense of talking about drugs and receive guidance and, the children's constant supervision. It was concluded that even in an environment with scarce social resources and permeated by the high circulation of drugs and for violence caused by its use, it was possible to see the presence of families whose members had never made use of abuse drugs, known in their own community. These people's attitude was influenced by aspects such as the availability of information in the church and in the school, observation concerning the consumption of drugs and its complications, and good family and neighborhood interaction.

Keywords: Protection. Risk factors. Interpersonal relationships. Public health policies. Nursing.

## RESUMEN

El objetivo fue identificar los factores para protección al uso de drogas de abuso en familias de una comunidad vulnerable, con índices elevados de violencia asociados a drogas de abuso. Fueron investigadas 90 familias, cuyos miembros no hacen uso de drogas de abuso lícitas o ilícitas (excepto tabaco), utilizando la averiguación domiciliar por

muestreo intencional por cadena de referencia. Los datos fueron compilados en planilla electrónica del software *Microsoft Office Excel 10.0* y fueron importados para el *Statistical Software Analysis*, para procesamiento y análisis de los datos. Todos los entrevistados poseían edad media de 50,5 años, sexo femenino (85,5%), casados (58,9%), escolaridad de enseñanza primaria incompleta (62%), renta familiar media de R\$ 1.327,00, tiempo medio de residencia en la comunidad de 10,5 años y composición familiar nuclear (50%) o extensa/ampliada (32%). Las redes sociales de apoyo de las familias, consideradas inductoras de protección, fueron: actividades en la comunidad, como grupos de estudios y en la iglesia; la procedencia de los amigos del propio barrio, amistades en la iglesia y los propios familiares de la familia extensa. El uso de drogas por personas del vecindario no interfería en la vida personal de 64,4% y 81 (90%) afirmaron que “podrían contar con los vecinos”. Como factores protectores, la familia y la religiosidad fueron los principales aspectos considerados. Ochenta y cuatro moradores (93,3%) afirmaron tener religión, con predominancia del catolicismo (50%), acompañado del grupo de denominaciones evangélicas (31,1%). Cuando preguntados “por qué consideran que sus familiares no hacen uso de drogas de abuso”, los entrevistados señalaron factores para protección asociados a relaciones intrafamiliares (83 - 92,2%) superiores a la religión (24,4%) y otros factores - escolares, actividad laboral precoz, círculo de amistades, apoyo del vecindario, falta de interés y ausencia de contacto con las drogas (54,4%). Como relaciones intrafamiliares, fueron citados el modo de educación familiar, los padres tomados como ejemplo, el diálogo, en el sentido de conversar sobre drogas y recibir orientación y, la supervisión constante de los hijos. Se concluye que mismo en ambientes con escasos recursos sociales y permeados por la alta circulación de drogas y por violencia causada por su uso, fue posible la presencia de familias cuyos miembros nunca habían hecho el uso de drogas de abuso, reconocidos en la propia comunidad. La postura de estas personas fue influida por aspectos como la disponibilidad de informaciones en la iglesia y en la escuela, observación acerca del consumo de drogas y sus complicaciones y buena interacción familiar y de vecindario.

**Descriptor:** Protección. Factores de riesgo. Relaciones interpersonales. Políticas públicas de salud. Enfermería.

## INTRODUÇÃO

O Relatório Mundial sobre Drogas de 2012 revela que o número de usuários de drogas de abuso passou de 180 milhões, em 2009, para 210 milhões, em 2011 (UNODC, 2013). As múltiplas dimensões da vida do indivíduo, como relacionamento familiar, convívio social, trabalho e saúde, são afetadas em função do abuso de drogas, que configura-se como um problema complexo e desafiante, enfrentado pelos governantes dos países desenvolvidos e, principalmente, dos países em desenvolvimento (FORMIGONI et al., 2014).

Esse avanço das drogas nas sociedades e seus impactos diretos e indiretos, convida a refletir sobre formas mais plurais de conviver e a desenvolver respostas mais eficazes para os problemas que emergem a cada dia. Analisando os dados estatísticos com foco nos

sujeitos, percebe-se que a maioria é afetada, direta ou indiretamente, pelo uso/abuso, pela dependência, pelo tráfico e comercialização de drogas e pela violência associada a comportamentos anti-sociais (JANG et al., 2013; OKUMURA et al., 2012; CARVALHO NETO, 2011; ALBERTANI, SCIVIOLETTA, ZEMEL, 2008; KLIEWER, MURRELLE, 2007; SCHENKER, MINAYO, 2005).

No Brasil, o padrão de consumo de drogas mudou desde os anos de 1980. Essa mudança, que se consolida no final dos anos 1990, se deu por diversos fatores: plantio de maiores quantidades de coca nos países andinos, visando o mercado americano - os traficantes passaram a utilizar as mesmas redes de distribuição já existentes para outras drogas e o preço das drogas de abuso teve baixa nos valores, passando a ser consumido por diversas classes sociais; inclusão de novas drogas “no mercado” – *crack* e drogas semissintéticas e sintéticas; bem como constituição de redes de comercialização de vizinhança e em determinadas comunidades, em locais denominados “biqueiras” (LARANJEIRA et al., 2013).

Pouco se investiga sobre fatores protetores para o uso de drogas, ou seja, aqueles que possam explicar o porquê de as pessoas que pertencem a ambientes de risco em relação ao uso de drogas não fazem seu uso, mesmo quando as pessoas e famílias estão submetidas à constante oferta e, sobre os motivos que impediriam a experimentação e a continuidade do uso de drogas. Os fenômenos que acontecem na vizinhança/território são importantes para o desenvolvimento de novas estratégias de enfrentamento pela equipe de saúde local e pelos membros da comunidade que convivem em contextos marcados pelo uso, tráfico e pelas violências inerentes às drogas de abuso na comunidade (FELTRAN, 2008; SANCHES, OLIVEIRA, NAPPO, 2005; SCHENKER, MINAYO, 2005).

Uma pessoa não começa a usar drogas ou a abusar delas por acaso ou por uma decisão isolada. Cada vez mais, pesquisas e estudos mostram que o uso de drogas é fruto de vários fatores. Se, por um lado, a pessoa não nasce predestinada a usar drogas, por outro lado, não as usa apenas por influência de amigos ou mesmo de traficantes.

Pensar políticas públicas locorregionais ou de proximidade, para o enfrentamento das drogas a partir das periferias urbanas, implica no estudo de formas de construção da legitimidade social e de ações coletivas nessas “comunidades” e reconhecer que, nos territórios em que vivem, as pessoas também estão subalternas ao “mundo do crime” local. Atualmente, não é incomum que moradores possuam familiares que tenham sido presos,

que os próprios filhos já tenham “apanhado da polícia”, ou que a própria associação de moradores seja relacionada com o tráfico de drogas no local (FELTRAN, 2008).

Reconhecer o contexto sociocultural no qual o indivíduo está inserido e sua vivência com as drogas de abuso pode facilitar a identificação de vulnerabilidades que permeiam o uso de drogas, passo fundamental para a criação de estratégias de atuação das equipes de saúde junto às famílias e pessoas em situação de vulnerabilidade (GABRIEL E SILVA, 2014). Porém, ao avaliar a ocorrência de determinado fenômeno de saúde e/ou doença em espaços sociais, é preciso relacionar a esse fenômeno, os fatores de vulnerabilidade social e ambiental a que determinada coletividade está sujeita, objetivando aumentar o conhecimento dos determinantes e fatores predisponentes para situações de saúde e adoecimento e a sua interação dinâmica com o ambiente e a sociedade (BUENO, LOPES, 2014; MULLER, CUBAS, BASTOS, 2010).

Fatores de proteção contrabalançam as vulnerabilidades, fazendo com que a pessoa tenha menos chance de assumir esse comportamento. Estão na própria pessoa, em sua família, em seus amigos, na escola, no trabalho, na comunidade na qual vive e na sociedade em geral. São aspectos biológicos, genéticos e de relacionamento, como a maneira de interagir na família, as oportunidades de conviver com as drogas e de obtê-las, a cultura na qual a pessoa vive e os efeitos que cada droga experimentada causa especificamente no indivíduo (ALBERTANI, SCIVIOLETTO, ZEMEL, 2008; SCHENKER, MINAYO, 2005).

No âmbito das políticas de saúde, reconhecer o contexto sociocultural no qual o indivíduo está inserido e sua vivência com as drogas de abuso, pode facilitar a identificação de vulnerabilidades que permeiam o uso de drogas, passo fundamental para a criação de estratégias de atuação das equipes de saúde junto às famílias e pessoas em situação de vulnerabilidade (REIS, HUNGARO, OLIVEIRA, 2014; FELTRAN, 2008).

Neste contexto, o presente estudo pretende discutir razões que levam determinadas famílias que pertencem a grupos/comunidades vulneráveis a não usarem drogas, além disso, objetiva identificar fatores de proteção ao uso de drogas de abuso presentes em famílias de uma comunidade vulnerável, com índices elevados de violência associados a drogas de abuso.



## MÉTODO

Pesquisa descritiva e transversal, por meio de inquérito domiciliar a partir de amostragem por cadeia de referência (*Respondent Driven Sampling* - RDS) (KENDALL, 2006), em sequência de referências fornecidas pelos próprios moradores.

Uma amostra por cadeia de referência é uma amostra intencional, para grupos considerados vulneráveis ou de difícil acesso, que ficam preservados do preconceito e discriminação. Esse método tem por finalidade alcançar a população “escondida”, e mais vulnerável (MORELL et al., 2010; HECKATHORN, 2002). No presente estudo, essa modalidade de amostragem foi utilizada para acessar pessoas consideradas não susceptíveis ao uso de drogas em uma comunidade com indicadores elevados de violência, que ficam “escondidas” frente à grande circulação e consumo de drogas no espaço de convivência.

O estudo foi realizado em um conjunto habitacional com alto índice de violência relacionado ao uso de drogas. Em um estudo realizado na mesma comunidade, de 358 moradores de uma amostra probabilística questionados sobre a presença do uso de drogas de abuso, apenas cinco referiram desconhecer a grande circulação de uso de drogas de abuso na comunidade (REIS, UCHIMURA, OLIVEIRA, 2013).

O Roteiro de Entrevista foi um instrumento semi-estruturado, composto de cinco partes: dados socioeconômicos e demográficos do entrevistado e da família; indicação de fatores de risco e proteção para o uso de drogas (ALBERTANI, SCIVOLETTO, ZEMEL, 2008); percepção social de drogas de abuso e violência na comunidade (REIS, UCHIMURA, OLIVEIRA, 2013); redes sociais de apoio das famílias e a questão ‘Por que você considera que os seus familiares não fazem uso de drogas de abuso?’

A coleta de dados foi realizada nos meses de julho a setembro de 2014, por entrevistadores capacitados no método RDS e na abordagem a famílias vulneráveis. Para a seleção da referência inicial, foi solicitado ao enfermeiro da Equipe de Saúde da Família de uma das equipes da unidade básica de saúde de referência da comunidade, a indicação de um domicílio que não havia moradores usuários de drogas (exceto tabaco), considerando o conhecimento das famílias do território.

Um morador por domicílio/família, eleito como responsável com idade superior a 18 anos ou emancipado foi entrevistado. No caso da presença de mais de um desses membros no domicílio, foi decidido entre os próprios, aquele que se julgava melhor para

responder à pesquisa. Família foi definida como a união de pessoas, seja por laços de parentesco, pelo sangue ou por aliança, que vivessem na mesma moradia (SCHLITTLER, CERON, GONÇALVES, 2014).

Os dados foram compilados em planilha eletrônica de dados no *Microsoft Office Excel 10.0*, na qual os quantitativos foram inseridos e, posteriormente, importados para o *Statistical Software Analysis*, para seu processamento e análise.

Todos os aspectos éticos envolvidos na pesquisa foram cumpridos rigorosamente (Parecer COPEP/UEM 16799). Por se tratar de população vulnerável, cuidados a respeito da garantia do anonimato e sigilo dos dados dos entrevistados foram enfatizados, pois, usualmente, pesquisas geram medo e desconfiança nesse grupo populacional.

## RESULTADOS

Foram entrevistados 90 representantes das famílias que possuíam idade média de 50,5 anos – mediana 56 e moda 61 anos -, a maioria do sexo feminino 77 (85,5%), com raça/cor referida branca - 51 (56,6%) e estado conjugal - 53 (58,9%) casado. (Tabela 1)

**Tabela 1** – Variáveis sócio demográficas e econômicas associadas ao entrevistado. Conjunto Habitacional Requião, Maringá - PR, julho a setembro, 2014

Variáveis	Resultados
Idade (média)	50,5
Sexo feminino (%)	85,5
Raça/cor branca (%)	56,6
E.F.I* (%)	61,1
Renda familiar (média)	500 ±1.372
Tempo de residência na comunidade (média em anos)	10,5
Composição familiar nuclear (%)	50
Composição familiar ampliada (%)	32

\*Ensino Fundamental Incompleto

Quanto à escolaridade, 55 (61,1%) informaram o ensino fundamental incompleto, com média de 5,3 anos cursados. Encontrou-se a variação de sete pessoas não alfabetizadas (7,7%) e três pessoas com ensino superior completo (3,3%). (Tabela 1)

A renda familiar média encontrada foi de R\$ 1.327, variando entre R\$ 500 e R\$ 7.240, com mediana de três salários mínimos vigentes no ano de 2014 (R\$ 2.172). Dentre os entrevistados, 21 (24%) referiram renda familiar de três salários mínimos e quatro (4,4%) citaram renda inferior a um salário mínimo. A situação profissional dos

entrevistados foi ampla: aposentados 25 (27,7%); empregados e autônomos 22 (24,4%); do lar 13 (14,4%) e desempregados 17 (18,9%). A análise da composição familiar apontou 45 famílias nucleares (50%), 29 famílias extensas ou ampliadas (32%) e o tempo médio de residência na comunidade foi de 10,5 anos, com variação até 23 anos. (Tabela 1)

**Tabela 2** – Fatores de risco para o uso de drogas indicados por famílias cujos membros não utilizavam drogas. Conjunto Habitacional Requião, Maringá - PR, julho a setembro, 2014

<b>Fatores de Risco Indicados</b>	<b>Resultados N / %</b>
<b>Familiares (n = 90)*</b>	
Desentendimento	10 (11,1)
Violência Doméstica	5 (5,6)
Pais autoritários	45 (50,0)
Divórcio	17 (18,9)
Familiar com doença mental/depressão	25 (27,8)
<b>Sociais</b>	
Facilidade ao acesso às drogas	81 (90,0)
Violência urbana	53 (58,9)
<b>Colegas que fazem uso de drogas</b>	
Desemprego/ Falta de oportunidade de trabalho	31 (43,4)
<b>Fatores relacionados às drogas</b>	
Disponibilidade	67 (74,5)
Amizade	13 (14,5)

\*Opção de mais de uma resposta

Como possíveis fatores protetores que impediriam a iniciação do uso de drogas, mesmo quando imersas em local sujeito às regras impostas pelo tráfico, a família e a religiosidade foram os principais aspectos considerados. Oitenta e quatro moradores (93,3%) afirmaram ter religião, com predominância do catolicismo (50%), acompanhado do grupo de denominações evangélicas (31,1%). Com base no tempo que pertencem às suas denominações religiosas, 20 (22,2%) entrevistados referiram entre 1 a 10 anos e 30 (33,2%) entre 11 e 49 anos. (Tabela 3)

**Tabela 3** – Fatores de proteção para o uso de drogas indicados por famílias cujos membros não utilizavam drogas. Conjunto Habitacional Requião, Maringá - PR, julho a setembro, 2014

<b>Fatores de Proteção Indicados*</b>	<b>Resultados N / %</b>
<b>Familiares</b>	
Bom exemplo dos pais	88 (97,8)
Respeito	88 (97,8)
Harmonia	82 (91,1)
<b>Religiosos (n = 84)</b>	
<b>Religião</b>	
Católica	45 (53,6)
Evangélica	28 (33,3)
Outra	11 (13,1)
<b>Tempo de prática religiosa</b>	
1 a 10 anos	20 (23,8)
11 a 29 anos	15 (17,9)
30 a 49 anos	15 (17,9)
50 a 69 anos	31 (36,9)
70 anos ou mais	3 (3,6)
<b>Escolares</b>	
Bom desempenho	79 (87,8)
Boa relação	80 (88,9)
<b>Sociais</b>	
Oportunidade de trabalho	83 (92,2)
Respeito às autoridades	85 (94,4)
Oportunidade de lazer	64 (71,1)
<b>Relacionados às drogas</b>	
Informações sobre drogas	76 (84,4)
Regra de controle	72 (80,0)

\*Opção de mais de uma resposta

No entanto, quando perguntados “por que consideram que os seus familiares não fazem uso de drogas de abuso”, os entrevistados indicaram mais fatores para proteção associados a relações intra-familiares (83 - 92,2%) do que os ligados à religiosidade (24,4%) e a outros fatores - escolares, atividade laboral precoce, círculo de amizades, apoio da vizinhança, falta de interesse e ausência de contato com as drogas (54,4%).

Como relações intra-familiares, foram citados o modo de educação familiar, o espelhamento nos pais, o diálogo - no sentido de conversar sobre drogas e receber orientação -, a supervisão constante dos filhos, união da família e a ausência de comportamento aditivo na família, a rigidez no modo de educação e a vivência anterior na zona rural. Com relação à religião, ao responderem a questão aberta, mencionaram a prática e educação religiosa e a frequência na “igreja” há vários anos, assim como enfatizaram “ser evangélico”, embora um número maior tenha informado o catolicismo.

A análise das redes sociais dos entrevistados, consideradas indutoras de proteção, indicou: 84 (94%) relataram atividades na comunidade, como grupos de estudos e atividades na igreja; a procedência dos amigos era do próprio bairro - 67 (74,4%), seguido por amizades na igreja (38 - 42,2%) e os próprios familiares da família extensa (24 - 26,6%); 81 (90%) afirmaram que “poderiam contar com os vizinhos”. Quando perguntados se a circulação e o consumo de drogas na vizinhança e na comunidade interferia na vida pessoal e familiar, 58 (64,4%) entrevistados responderam negativamente.

A igreja foi a instituição comunitária mais mencionada, com baixa participação em reuniões de bairro e no conselho local de saúde e reuniões da Unidade Básica de Saúde (UBS).

## **DISCUSSÃO**

O tema tratado nesse artigo tem como centralidade de abordagem a periferia urbana. A temática da periferia, constituindo-se como objeto de ampla discussão acadêmica de várias áreas do conhecimento, ainda apresenta obstáculos teórico-metodológicos a serem melhor compreendidos (FELTRAN, 2008). Embora as complexas relações que envolvem o uso de drogas de abuso nas comunidades constituam um cenário de vulnerabilidade social, a análise do fenômeno das drogas na sociedade ocidental, geralmente, tem sido associada ao risco individual e familiar, com o consumo ou não-consumo, em diferentes classes e culturas, minimizando-se a análise de fatores de vulnerabilidade e de fatores de proteção e resiliência (OLIVEIRA, 2013; REIS, UCHIMURA, OLIVEIRA, 2013; MANN, TARANTOLA, 1996).

O termo comunidade é polissêmico. No entanto, para a sociologia, comunidade refere-se à pressuposição de presença de um determinado tipo de laço social em função de localização, procedência e convívio comunal e pode-se referir ao lugar onde o indivíduo mora (FELTRAN, 2008). A produção e a divulgação de informações sobre as fragilidades

e fortalezas de famílias em comunidades que convivem com drogas de abuso são importantes para o desenvolvimento de novas estratégias para seu enfrentamento, pela equipe de saúde local e pelos membros da comunidade, que convivem nesse contexto marcado pelo uso, tráfico e as violências inerentes ao impacto das drogas de abuso na comunidade (REIS, UCHIMURA, OLIVEIRA, 2013; FELTRAN, 2011).

A contribuição da presente investigação relaciona-se, principalmente, à ferramenta utilizada para o acesso às famílias protegidas, consideradas de difícil acesso e/ou ocultas, por meio do *Respondent Driven Sampling* - RDS (KENDALL, 2006) e a abordagem por meio de inquérito domiciliar, mas tem como limitação a utilização de amostra intencional e não probabilística, cujos achados não podem ser generalizáveis. Porém, conhecer as razões do não-uso de drogas de famílias moradoras de uma comunidade, enfatizando os fatores positivos que as levam a superar as adversidades por meio da fonte mais relevante, a opinião desses moradores, pode subsidiar programas de prevenção que enfatizem o sucesso de não usar drogas em comunidade submetida a leis impostas pelas drogas.

Dados de caracterização do familiar corroboram com um recente estudo nacional, com percentuais semelhantes para pessoas disponíveis a informar sobre o problema de drogas em suas famílias – mulheres, adultas e mães (LARANJEIRA et al., 2013), porém, o número de pessoas com raça/cor parda, em uma região que as pessoas se identificam como brancas, pode indicar a característica de moradores de comunidades periféricas (IBGE, 2010).

A escolaridade também acompanhou o quadro nacional de escolarização, quase metade da população brasileira (49,25%) com 25 anos ou mais não tem o ensino fundamental completo, compatível com oito anos cursados (IBGE, 2010). Há estudos que relacionam o baixo nível de escolaridade e de renda familiar como fatores de vulnerabilidade ao consumo de drogas e ao risco maior para a dependência e a baixa escolaridade dos responsáveis pela família é elencada como um dos fatores para iniciação do uso de drogas na família (MOREIRA; GALERA, 2010), fato não dimensionado no presente estudo.

Em relação aos dados econômicos das famílias investigadas, verificou-se renda média de dois salários mínimos vigentes no ano da entrevista, acompanhando a média brasileira de salário da classe trabalhadora (IBGE, 2010). Apesar disso, morar na periferia é associado com miséria, violência e criminalidade e o local de moradia, por si só, é um fator de exclusão no trabalho e na escola.

O PIB *per capita* municipal de Maringá, correspondendo a toda riqueza gerada pela economia do município em determinado ano, relativizada por sua população residente, perfazia o valor de R\$ 26.810, no ano de 2011. Ainda que seja um indicador importante, vale chamar a atenção para o fato de que o PIB *per capita* municipal depende de outras variáveis, desde aspectos migratórios à implantação de novas atividades produtivas. Portanto, há uma diferença substancial entre o volume de produção/renda gerada no município (expresso pelo valor do PIB) e a renda efetivamente apropriada/internalizada pelo município e suas respectivas famílias residentes (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 2014).

Observou-se um percentual elevado de mulheres sem ocupação na população analisada, acima do percentual de mulheres desocupadas na população brasileira. Em estudo realizado, com amostra probabilística de moradores/domicílios da mesma comunidade, encontraram-se três fenômenos como característicos da vivência nas comunidades em estudo: o número de mulheres desempregadas ou que informaram permanência nos domicílios para o cuidado à família; a percepção elevada sobre a presença de drogas de abuso na comunidade estudada, pois a maioria dos entrevistados conhecia mais de cinco usuários na vizinhança que usavam drogas de abuso e a evidência de uma cultura de expansão do uso de drogas de abuso na família, com padrão intergeracional de agravamento e a inclusão do crack no âmbito familiar (REIS, UCHIMURA, OLIVEIRA, 2013).

Pode-se inferir que o emprego constitui um fator protetor para o uso de drogas de abuso, uma vez que o desemprego é considerado fator de risco. No entanto, pode causar um distanciamento dos problemas da comunidade, uma vez que o morador afasta-se do seu local de residência para exercer sua ocupação em outras regiões do município, deixando de participar diretamente no cotidiano da comunidade, situação que pode influenciar a percepção de problemas e o “desconhecimento” sobre as ações de políticas públicas presentes na comunidade (REIS, HUNGARO, OLIVEIRA, 2014). O desemprego associa-se, também, à violência, pelo uso de drogas de abuso e pela participação, direta ou indireta, no tráfico de drogas e na criminalidade.

Um dos principais dados encontrados na pesquisa é que não há uma associação entre o potencial de proteção e a condição socioeconômica das famílias dentro do bairro. O perfil sociodemográfico influencia o uso de drogas de abuso, mas também pode influenciar a percepção social sobre problemas sociais. As mulheres, maioria dos entrevistados, bem

como as pessoas com menor escolaridade tendem a atribuir maior gravidade a problemas como o abuso de drogas, desemprego, pobreza, poluição e preconceito racial e buscam proteger suas famílias de condições inseguras (REIS, UCHIMURA, OLIVEIRA, 2013).

A família opera como um espaço de produção e transmissão de pautas e práticas culturais e representa “uma instância mediadora entre indivíduo e sociedade”. Constituindo-se ainda em uma organização responsável pela satisfação das necessidades básicas dos seus membros, equacionando as demandas cotidianas de seus integrantes e provendo recursos para o seu sustento (MALTA et al., 2011).

A família não é a única influência para o desenvolvimento e/ou proteção do uso de drogas, mas exerce um papel fundamental que necessita ser incentivado e estudado (MALTA et. al., 2011).

A estrutura familiar pode ser classificada em família nuclear, ampliada e monoparental. A família nuclear é composta por um homem e uma mulher que coabitam e tem pelo menos um filho. Famílias extensas ou ampliadas são compostas pelo núcleo familiar e agregados que coabitam a mesma unidade doméstica. Famílias monoparentais são aquelas constituídas por um único progenitor, com os filhos que não são ainda adultos. Estudos realizados nos Estados Unidos também apontam que a presença de ambos os pais no domicílio serve como fator protetor ao uso do tabaco, álcool e outras drogas ilícitas. A convivência e a coesão familiar, assim como participar de atividades conjuntas, exercem efeito protetor na prevenção de uso de álcool e drogas (MALTA et al., 2011).

Por outro lado, pouco encontrada no presente estudo, a estrutura familiar monoparental é apontada como fator de risco para o uso de drogas de abuso, pois se a figura masculina não está presente, essa ausência pode ser substituída por pessoas ligadas a atividades ilegais da vizinhança (SOUZA, 2012). O aumento das famílias monoparentais associa-se ao aumento das responsabilidades das mulheres, as quais passaram a responder pela chefia de um em cada quatro domicílios, no Brasil (IBGE, 2009). Esse aumento de famílias monoparentais muda a conformação tradicional das famílias e, na população de baixa renda, pode implicar em aumento da vulnerabilidade social, redução de renda e também na sobrecarga de papéis para a manutenção das funções que o grupo familiar assume (MALTA et al., 2011).

Sobre o apoio e a rede social como fatores para a proteção ao uso de drogas, a presença de famílias ampliadas nas quais habitavam a mesma residência, filhos, noras, netos, sobrinhos (um filho que casou-se e foi morar com a sua família em uma dependência



da casa), a relação próxima com a vizinhança imediata, com laços sociais de amizade e de confiança, resultado de vários anos convivendo no mesmo bairro (vizinhança permanente) e a informação da grande maioria que as amizades mais frequentes eram na própria comunidade e em suas igrejas, instituições de maior importância da rede social, parece indicar uma 'territorialidade', como o sentimento de propriedade dos moradores/famílias que se identificam com os espaços e a configuração do espaço é compreensível para eles. A definição do território estimula um sentimento de propriedade e pertencimento do espaço (RICARDO, SIQUEIRA, MARQUES, 2013).

Poucas pesquisas têm focado, especificamente, em proteção ao uso de drogas de abuso, no entanto, dois mecanismos foram identificados e atuam como fatores protetivos contra o uso de drogas, um deles é moderado por um forte apego ou vínculo entre pais e filhos e outro é um forte laço de ligação com características maternas positivas e harmonia conjugal na prevenção do uso de drogas (HAWKINS, CATALANO, MILLER, 1992).

Quatro elementos de ligação social foram mostrados como fatores protetivos: forte apego aos pais; compromisso com a escolaridade; participação regular em atividades da igreja e crença nas expectativas, normas e valores da sociedade (HAWKINS, CATALANO, MILLER, 1992).

O tempo médio de residência do entrevistado na comunidade influencia os vínculos com os demais moradores do bairro como também o uso equipamentos sociais do território, pois a maioria vivia em vizinhança permanente havia mais de dez anos. O tempo de residência também influencia a percepção social dos moradores, pois um longo período de convivência na comunidade pode levar a um costume cotidiano com os problemas. Na população estudada infere-se que as famílias conhecem o seu bairro e a identificação da presença de uso e tráfico de drogas por parte dos entrevistados confirma a situação de vulnerabilidade a que as famílias estão submetidas, porém, essa situação pode levar a maior percepção da existência de ações de políticas públicas na comunidade (REIS, UCHIMURA, OLIVEIRA, 2013).

O não uso de drogas nestas famílias não indicou que estejam segregadas do problema da comunidade, em nível de informação. Afirmaram ter informações sobre drogas através de meios de comunicação e ter conhecimento de sua circulação na comunidade de convivência. A maioria não reconheceu a interferência dessa situação na vida pessoal e familiar, confirmando a inserção/participação de uma rede social de confiança e cumplicidade na comunidade, haja vista que são famílias que convivem desde

o período de formação do bairro, que retroage às primeiras ondas de ocupação das “casa populares”, no início da década de 1990, por loteamentos ou pela compra de residência via financiamento público.

A família pode ser um fator de risco ou de proteção para o uso de drogas de abuso. Estudos têm demonstrado forte associação entre a presença de antecedentes familiares de uso de drogas e o abuso de drogas na adolescência e na fase adulta da vida. A cultura de expansão do uso de drogas de abuso na família, com padrão multigeracional de agravamento e a inclusão do crack no âmbito familiar (BERNARDY, OLIVEIRA, 2012; REIS, UCHIMURA, OLIVEIRA, 2013).

No presente estudo, a família foi mencionada como espaço de risco e de adversidades, mas, paradoxalmente, foi o fator protetor mais frequentemente citado espontaneamente pelos entrevistados, adquirindo importância na estruturação social e comportamental de seus membros e, fornecendo, segundo os próprios entrevistados, elementos essenciais de apoio e proteção. O esteio familiar de risco – pais autoritários, por exemplo – é necessário, não apenas para a imposição de regras, mas também para o amparo diante de toda e qualquer dificuldade, funcionando como fator protetor.

A religiosidade foi o segundo fator protetor mais citado pelos entrevistados. A religiosidade, consistiria na crença e prática dos fundamentos propostos por uma religião. Por intermédio dos fundamentos pregados, a religiosidade auxiliaria na construção da personalidade do indivíduo, inculcando-lhe valores morais que têm por fim o respeito e a preservação da vida (SANCHES, OLIVEIRA, NAPPO, 2005).

A religião católica foi a mais citada pelos entrevistados, porém, pareceu a menos praticada. Aqueles que informaram religiões evangélicas/protestantes reafirmaram a prática e a educação religiosa como fator de proteção, importante fonte divulgadora de informações quanto aos aspectos negativos do uso de drogas. Assim, a religiosidade teria uma função ampla, permeando entre os demais fatores protetores citados pela amostra, como ocorre para a família, informação e perspectivas de futuro (DALGALARRONDO, 2004).

Ter tido uma educação religiosa na infância pode implicar em uma educação com mais regras e normas morais e comportamentais claras, um ambiente sócio familiar mais estruturado, assim como ter valores que dão significado à vida. Uma importante pesquisa, (DALGALARRONDO, 2004) investigou dados relativos à educação, religiosidade e atitudes morais em 16.604 sujeitos, em 15 países. Os autores puderam identificar que as

atitudes morais de um indivíduo criado por pais religiosos são claramente mais “conservadoras” do que as daqueles criados por pais não religiosos. Verificaram também que os efeitos da socialização na infância com pais religiosos mantêm-se durante o período adulto. Finalmente, verificaram que a influência da religiosidade sobre atitudes morais é mais intensa nos países menos secularizados. Segundo os autores, nos países nos quais a religiosidade era, de forma geral, mais importante na vida social, a religiosidade individual e dos pais tendeu a nortear mais marcadamente as atitudes morais e padrões comportamentais dos indivíduos (DALGALARRONDO, 2004).

Ainda, as famílias abordadas, associaram espontaneamente o papel da origem rural dos progenitores, principalmente avós e tios, como focos de disciplina e determinação ao longo do desenvolvimento dos seus membros, que contribuiu com a prevenção do uso das drogas no ambiente familiar. Outros fatores como rigidez na educação, iniciação laboral precoce e, incentivo familiar, aconselhamento dos filhos, seleção dos grupos de amigos foram citados pelos entrevistados como fatores protetivos.

A investigação ainda não determinou se estes elementos de ligação social podem ser vistos como o oposto de variáveis já identificadas como fatores de risco para abuso de drogas (por exemplo, baixo compromisso com a escolaridade, alienação e rebeldia) ou se a ligação social representa um distinto fator de proteção capaz de tamponar os efeitos de outros fatores de risco, como história familiar de alcoolismo ou extrema pobreza. (HAWKINS, CATALANO, MILLER, 1992).

Os fatores de proteção nem sempre são o oposto dos fatores de risco. O seu impacto também varia ao longo do processo de desenvolvimento. Os fatores de proteção mais relevantes incluem: fortes laços familiares; monitoramento parental; o envolvimento dos pais; o sucesso no desempenho escolar; instituições pró-sociais (por exemplo, como a família, a escola, e organizações religiosas) e normas convencionais sobre o uso de drogas (NIDA, 2015).

## **CONCLUSÃO**

Muito se tem estudado sobre a motivação das pessoas para iniciarem o uso de drogas, mas pouco se sabe sobre a motivação daquelas famílias que conseguem proteger-se delas, principalmente, quando (com)vivem em comunidades vulneráveis. O estudo, realizado por meio de inquérito domiciliar, permitiu conhecer de perto essas famílias que

protegeram seus filhos, sobrinhos e netos e se protegeram do uso de drogas. Famílias foram entrevistadas e revelaram suas maneiras de viver e as motivações para a proteção. Ademais, emitiram opinião sobre a “vizinhança violenta” que a maioria considerou como apoiadora para os momentos difíceis na vida.

Com relação às limitações do estudo, em se tratando de amostra intencional, os achados não podem ser generalizáveis, também, inquéritos de base populacional são fundamentais para identificação do perfil das populações. No entanto, quando se trata da investigação sobre temas que geram medo, existe desconfiança, temor da privacidade do ambiente domiciliar. Contudo, nessa abordagem, garantiu-se confidencialidade e foi possível ultrapassar as barreiras do medo.

Observou-se que, mesmo em ambientes com poucos recursos sociais e permeados pela alta circulação de drogas e pela violência por ela causada, a presença de famílias cujos membros nunca haviam feito o uso de drogas de abuso foi possível, sendo esses reconhecidos na própria comunidade. A postura dessas pessoas foi influenciada por aspectos como a disponibilidade de informações na igreja e na escola, observação acerca do consumo de drogas e suas complicações e a boa interação familiar e de vizinhança.

Por tratar-se de fenômeno complexo, mais estudos são necessários para a melhor compreensão de fatores de proteção para o não uso de drogas de abuso, porém, é necessária a inclusão do ponto de vista daqueles que nunca experimentaram drogas e o reconhecimento das motivações que permitiriam tal atitude em programas de prevenção para famílias vulneráveis, que seriam protagonistas de suas necessidades.

## REFERÊNCIAS

ALBERTANI, H. M. B.; SCIVOLETTO, S.; ZEMEL, M. L.S. Prevenção do uso de drogas: fatores de risco e fatores de prevenção. In: CURSO de prevenção do uso de drogas para educadores de escolas públicas. Brasília, DF: Ministério da Educação. Secretaria Nacional Antidrogas, 2008.

BERNARDY, C. C. F.; OLIVEIRA, M. L. F. Uso de drogas por jovens infratores; perspectiva da família. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 11, p. 168-175, 2012.

BUENO, A. L. M.; LOPES, M. J. M. Da cartografia ao território: desafios para os estudos espaciais na área da saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 13, n. 3, p. 571-576, 2014.

CARVALHO NETO, C. Z. **Prevenção à dependência química**. Palmas/TO: Unitins, 2011.

DALGALARRONDO, P. et al. Religião e uso de drogas por adolescentes. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 82-90, 2004.

FELTRAN, G. S. **Fronteiras de tensão**: um estudo sobre política e violência nas periferias de São Paulo. 347 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais)-Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Campinas, 2008.

FELTRAN, G. S. **Fronteiras de tensão**: política e violência nas periferias de São Paulo. São Paulo: Unesp, 2011.

FORMIGONI, M. L. O. S. et al. **Efeitos de substâncias psicoativas**: módulo 2. 5. ed. Brasília, DF: Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas, 2014.

GABRIEL E SILVA, C. C. Quando as percepções (re)configuram as periferias urbanas: os espaços do crime e os espaços do medo sob a ótica dos moradores do bairro Nossa Senhora da Apresentação. **Revista Brasileira de Segurança Pública**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 66-83, 2014.

HAWKINS, J. D.; CATALANO, E. R.; MILLER, J. Y. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. **Psychological Bulletin**, Washington, D. C., v. 112, n. 1, p. 64-105, 1992.

HECKATHORN, D. D. Respondent-driven sampling II: deriving valid population estimates from chain-Referral Samples of hidden population. **Social Problems**, v. 49, no. 1, 2002.

IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional de amostra de domicílios**: PNAD - 2009. Rio de Janeiro, 2009.

IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico**: resultado final – Paraná. 2010. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas\\_pdf/total\\_populacao\\_parana.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_parana.pdf)>. Acesso em: 18 out. 2013.

JANG, H. et al. Comparative analysis of acute toxic poisoning in 2003 and 2011: analysis of 3 academic hospitals. **Journal of Korean Medical Science**, Seoul, v. 28, no. 10, p. 1424-1430, 2013.

KENDALL, C. **Respondent-driven sampling**. New Orleans: Tulane University, 2006.

KLIEWER, W.; MURRELLE, L. Risk and protective factors for adolescent substance use: findings from a study in selected Central American countries. **Journal of Adolescent Health**, New York, v. 40, p. 448-455, 2007.

LARANJEIRA, R. et al. **Levantamento nacional de álcool e drogas**. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo. Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e outras Drogas, 2013. Disponível em: <<http://inpad.org.br/lenad/>>. Acesso em: 11 dez. 2014.

MALTA, D. C. et al. Família e proteção ao uso de tabaco, álcool e drogas em adolescentes, Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 14, n. 1, p. 166-177, 2011.

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

MOREIRA, M. M.; GALERA, S. A. F. Evaluación del uso de alcohol por familias de la periferia de Guayaquil em Ecuador, por estudiantes de enfermeira. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. esp. p. 620-625, 2010.

MORELL, M. G. G. et al. A efetividade do uso da metodologia respondente driven sampling para vigilância comportamental do HIV em trabalhadores do sexo na cidade de Santos. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 17., 2010, Caxambú. **Anais...** Caxambú: Universidade Federal de São Paulo, 2010.

NIDA-National Institute on Drug Abuse. Disponível em: <<http://www.drugabuse.gov>>. Acesso em: 13 abr. 2015.

OKUMURA, Y. et al. Comparison of emergency hospital admissions for drug poisoning and major diseases: a retrospective observational study using a nationwide administrative discharge database. **BMJ Open**, London, v. 2, no. 6, 2012.

OLIVEIRA, M. L. F. A concepção explicativa do conceito de vulnerabilidade e a Enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saude**, Maringá, v. 12 n. 4, p. 623-623, 2013.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Sistema de indicadores municipais de trabalho decente**. Disponível em: <<http://simtd.oit.org.br>>. Acesso em: dez. 2014.

REIS, L. M.; HUNGARO, A. A.; OLIVEIRA, M. L. F. Políticas públicas para o enfrentamento do uso de drogas de abuso: Percepção social em uma comunidade. Florianópolis, **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 4, p. 1050-1058, 2014.

REIS, L. M.; UCHIMURA, T. T.; OLIVEIRA, M. L. F. Perfil socioeconômico e demográfico em uma comunidade vulnerável ao uso de drogas de abuso. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 276-282, 2013.

RICARDO, C. M.; SIQUEIRA, P. P.; MARQUES, C. R. Estudo conceitual sobre os espaços urbanos seguros. **Revista Brasileira de Segurança Pública**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 200-216, 2013.

SANCHEZ, Z. V. D. M.; OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A. Razões para o não-uso de drogas ilícitas entre jovens em situação de risco. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 599-605, 2005.

SCHENKER, M.; MINAYO M. C. S. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2005.

SCHLITHLER, A. C. B.; CERON, M.; GANÇALVES, D. A. **Famílias em situação de vulnerabilidade ou risco psicossocial**. Monografia (Especialização em Saúde da Família). Disponível em:  
<[http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/1/modulo\\_psicossocial/Unidade\\_18.pdf](http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_psicossocial/Unidade_18.pdf)>. Acesso em: 23 set. 2014.

SOUZA, A. L. M. A. **Perfil de adolescentes e jovens usuários de crack à luz da teoria da intervenção praxica de enfermagem em saúde coletiva**. 2012. 76 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal de Pernambuco, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Recife, 2012.

UNODC-United Nations Office on Drugs and Crime. **World drug report 2012**. New York, 2013.

## 5 ARTIGO 2

### **CONHECENDO O APOIO SOCIAL A FAMÍLIAS PROTEGIDAS DAS DROGAS: ESTUDO EM UMA COMUNIDADE VULNERÁVEL.**

### **GETTING TO KNOW SOCIAL SUPPORT TO FAMILIES WITHOUT DRUGS: A STUDY IN A VULNERABLE COMMUNITY.**

### **CONOCIENDO EL APOYO SOCIAL A FAMILIAS PROTEGIDAS DE LAS DROGAS: ESTUDIO EN UNA COMUNIDAD VULNERABLE.**

Anaí Adario Hungaro  
Magda Lúcia Félix de Oliveira

## **RESUMO**

Objetivou-se identificar os fatores para proteção ao uso de drogas de abuso em famílias de uma comunidade vulnerável, com índices elevados de violência associados a drogas de abuso. Foram investigadas 90 famílias, cujos membros não fazem uso de drogas de abuso lícitas ou ilícitas (exceto tabaco), utilizando o inquérito domiciliar por amostra intencional por cadeia de referência. Os dados foram compilados em planilha eletrônica do software *Microsoft Office Excel 10.0* e foram importados para o *Statistical Software Analysis*, para processamento e análise dos dados. Todos os entrevistados possuíam idade média de 50,5 anos, sexo feminino (85,5%), casados (58,9%), escolaridade de ensino fundamental incompleto (62%), renda familiar média de R\$ 1.327,00, tempo médio de residência na comunidade de 10,5 anos e composição familiar nuclear (50%) ou extensa/ampliada (32%). As redes sociais de apoio das famílias, consideradas indutoras de proteção, foram: atividades na comunidade, como grupos de estudos e na igreja; a procedência dos amigos do próprio bairro, amizades na igreja e os próprios familiares da família extensa. O uso de drogas por pessoas da vizinhança não interferia na vida pessoal de 64,4% e 81 (90%) afirmaram que “poderiam contar com os vizinhos”. Como fatores protetores, a família e a religiosidade foram os principais aspectos considerados. Oitenta e quatro moradores (93,3%) afirmaram ter religião, com predominância do catolicismo (50%), acompanhado do grupo de denominações evangélicas (31,1%). Quando perguntados “porque consideram que os seus familiares não fazem uso de drogas de abuso”, os entrevistados apontaram fatores para proteção associados a relações intrafamiliares (83 - 92,2%) superiores à religião (24,4%) e outros fatores - escolares, atividade laboral precoce, círculo de amizades, apoio da vizinhança, falta de interesse e ausência de contato com as drogas (54,4%). Como relações intrafamiliares, foram citados o modo de educação familiar, o espelhamento nos pais, o diálogo, no sentido de conversar sobre drogas e receber orientação e, a supervisão constante dos filhos. Concluiu-se que mesmo em ambientes com poucos recursos sociais e permeados pela alta circulação de drogas e por violência causada



por seu uso, foi possível a presença de famílias cujos membros nunca haviam feito o uso de drogas de abuso, reconhecidos na própria comunidade. A postura destas pessoas foi influenciada por aspectos como a disponibilidade de informações na igreja e na escola, observação acerca do consumo de drogas e suas complicações e boa interação familiar e de vizinhança.

**Descritores:** Proteção. Fatores de risco. Relações interpessoais. Políticas públicas de Saúde. Enfermagem.

## ABSTRACT

Social support is characterized by the information that leads the individual to believe that he is appreciated and that he is part of the social group with mutual commitments. It is important someone's willingness to provide help or support which in turn can protect the individual from negative consequences, such as the use of drugs of abuse and help coping with its problems. The objective of the present study was to validate the role of social support groups in the protection against the use of drugs in families of a vulnerable community, whose members did not use legal or illegal drugs (except tobacco). A semi-structured interview was carried out with 90 residents of a community with elevated indicators of violence associated with drugs of abuse. The research complied with all ethical precepts; the interviewees were on average 50.5 years old, female 77 (85.5%), married – 53 (58.9%). When it comes to schooling the predominance was incomplete elementary school – 55 (62%); the average family income was R\$ 1,327.00; the average time of residence in the community was 10.5 years; 50% were nuclear families and 32% extended families. The social support networks of the families, regarded as protection inducers, were verified: 84 (94%) reported activities in the community such as study groups and activities in the church; the source of friends was the neighborhood itself, referred by 67 (74.4%), followed by friendships at church 38 (42.2%) and family members of the extended family themselves 24 (26.6%); the use of drugs by people from the neighborhood did not interfere with the personal life of 58 (64.4%) interviewees; additionally, 81 (90%) stated that they “could count on neighbors”, confirming the insertion/participation of a trustworthy social network within the community, softening the side effect of living in a socially vulnerable environment and with drug dealing and use.

**Keywords:** Social network. Social support. Family. Drugs of abuse. Nursing.

## RESUMEN

El apoyo social es caracterizado por la información que lleva al individuo a creer que es estimado y que hace parte de una red social con compromisos mutuos. Es importante la disponibilidad de alguien para proporcionar ayuda o apoyo, esto puede proteger al individuo de consecuencias negativas, como el uso de drogas de abuso y facilitar el enfrentamiento de los problemas. El objetivo del presente estudio fue verificar el papel de redes de apoyo social en la protección al uso de drogas de familias de una comunidad

vulnerable, cuyos miembros no utilizaban drogas lícitas o ilícitas (excepto tabaco). Noventa moradores de una comunidad con indicadores elevados de violencia asociada a las drogas de abuso fueron entrevistados, utilizando la averiguación domiciliaria, por muestreo intencional por cadena de referencia, con utilización de un guión de entrevista semiestructurado. Todos los preceptos éticos fueron obedecidos. Los entrevistados poseían edad media de 50,5 años, sexo femenino (85,5%), casados (58,9%), predominancia de la enseñanza primaria incompleta (62%), la renta familiar media fue R\$1.327 y el tiempo medio de residencia en la comunidad de 10,5 años, 50% eran familias nucleares y 32% extensas. Las redes sociales de apoyo de las familias, consideradas inductoras de protección, fueron verificadas: 84 (94%) relataron actividades en la comunidad, como grupos de estudios y actividades en la iglesia; la procedencia de los amigos era del propio barrio - referido por 67 (74,4%), seguido por amistades en la iglesia (38 - 42,2%) y los propios familiares de la familia extensa (24 - 26,6%); el uso de drogas por personas del vecindario no interfería en la vida personal de 58 (64,4%) y 81 (90%) afirmaron que “podrían contar con los vecinos”, confirmando la inserción/participación de una red social de confianza en la comunidad, disminuyendo el efecto colateral de habitar en un ambiente socialmente vulnerable y la convivencia con el tráfico y el uso de drogas.

**Descriptor:** Red social. Apoyo social. Familia. Droga de Abuso. Enfermería.

## INTRODUÇÃO

O índice elevado do uso de drogas de abuso, em geral, é acompanhado por problemas sociais, econômicos, legais e de saúde, os quais envolvem violências e criminalidade, problemas no trabalho, desagregação de famílias e consequências nas relações pessoais e afetivas dos usuários. O aumento da violência ocorrido nas últimas duas décadas ampliou a percepção sobre os problemas sociais e o impacto das drogas na qualidade de vida e saúde da população (OLTÁVARO et al., 2012; REIS, HUNGARO, OLIVEIRA, 2014).

Embora as complexas relações que envolvem o uso de drogas de abuso nas comunidades constituam um cenário de vulnerabilidade social, a análise do fenômeno das drogas na sociedade ocidental, frequentemente, tem sido associada ao consumo ou não-consumo em diferentes classes e culturas, minimizando-se a análise de fatores para proteção ao não uso (REIS, UCHIMURA, OLIVEIRA, 2013). Os efeitos negativos das drogas de abuso ameaçam valores políticos, econômicos, humanos e culturais e afetam homens e mulheres de todos os grupos raciais e étnicos, pobres e ricos, jovens, adultos e idosos, pessoas com ou sem instrução, profissionais especializados ou sem qualificação (REIS, UCHIMURA, OLIVEIRA, 2013; FELTRAN, 2008).

O apoio social é caracterizado pela informação que leva o indivíduo a acreditar que é estimado e que faz parte de uma rede social com compromissos mútuos e pode ser relacionado aos recursos fornecidos por outras pessoas frente a situações de necessidade. Além disso, a disponibilidade de alguém, para fornecer ajuda ou apoio, pode proteger o indivíduo de consequências negativas, como situações estressantes ou doenças e facilitar o enfrentamento dos problemas (NARDI, SAWADA, SANTOS, 2013; DUE et al., 1999).

Apoio social diz respeito às relações que uma pessoa estabelece na vida e que podem influenciar de forma significativa a definição de sua personalidade e seu desenvolvimento. A qualidade das interações em diferentes contextos sociais tem sido objeto de estudo de muitos pesquisadores, que comprovam seus impactos positivo ou negativo sobre a saúde física e emocional das pessoas (YUNES, GARCIA, ALBUQUERQUE, 2007; CYRULNIK et al., 2004).

A rede social é a estrutura por meio da qual o apoio social é fornecido, sendo definida como o grupo de pessoas com as quais o indivíduo mantém contato ou algum tipo de vínculo social (BOWLING, 1997). É um conjunto de sistemas e de pessoas significativas, que compõem os elos de relacionamento recebidos e percebidos do indivíduo.

Rede e apoio social são conceitos interligados, no entanto, ainda estão em construção. Embora seja assim, apresentam aspectos comuns, como a presença de interações sociais, objetivando a promoção e o bem estar de seus membros. O apoio e a rede social, formal e informal, desempenham um papel de extrema relevância no que concerne à família, visto se configurarem em fatores facilitadores para o controle de situações problemáticas ou dificuldades encontradas no cotidiano (PEDRAZZI, 2008).

As redes se sustentam pela vontade e afinidade de seus integrantes, caracterizando-se como um significativo recurso para a organização comunitária, tanto em termos das relações pessoais, quanto para a transformação social. Estar em rede, significa realizar conjuntamente ações concretas. Essa estratégia ajuda instituições e comunidades a chegarem mais rapidamente aos seus objetivos (PEREIRA, SOUZA, 2010).

Tanto a rede social quanto o apoio social têm sido considerados como recursos imprescindíveis para o enfrentamento de situações de dificuldade ocorridas na vida das pessoas e ambos favorecem a integração entre seus membros, fortalecendo medidas de promoção à saúde e, conseqüentemente, diminuindo os riscos de isolamento social (OLIVA, 2007).

A família – parte integrante do cotidiano profissional de enfermagem – e o grupo primário do impacto das drogas de abuso devem ser incluídos nas abordagens e nas intervenções para as diferentes demandas, como àquelas que se propõe, através das redes de apoio, nos diferentes territórios. Considera-se que a família deve ser entendida como o eixo primário das relações que possibilitam a proteção e não apenas o “agente causador” da presença de drogas em seu meio, além disso, defende-se a necessidade de ações que visem promovê-la e/ou fortalecê-la, enquanto fator de proteção na prevenção à dependência de álcool e outras drogas (JULIANO, YUNES, 2014 ).

Neste contexto, perguntou-se sobre a participação e o papel das redes e do apoio social como fatores para proteção às famílias que residem em áreas vulneráveis socialmente: essas pessoas/famílias possuem uma rede de apoio social que possa contribuir para o não uso de drogas?

Diante disso, o objetivo do presente estudo foi verificar o papel de redes de apoio social na proteção ao uso de drogas de famílias de uma comunidade vulnerável, cujos membros não utilizavam drogas de abuso.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Pesquisa descritiva e transversal, por meio de inquérito domiciliar, a partir de amostra intencional selecionada por critérios e estabelecida por cadeia de referência (*Respondent Driven Sampling* - RDS) (KENDALL, 2006), em sequência de referências fornecidas pelos moradores. O início se deu por meio de quatro sementes, sendo cada uma responsável por indicar três famílias que, ao seu conhecimento, não faziam uso de drogas.

Uma amostra por cadeia de referência é uma amostra intencional, para grupos considerados vulneráveis ou de difícil acesso, que ficam preservados do preconceito e discriminação. Esse método tem por finalidade alcançar a população “escondida” e mais vulnerável (MORELL et al., 2010; HECKATHORN, 2002). Neste estudo, essa modalidade de amostragem foi utilizada para acessar pessoas consideradas não susceptíveis ao uso de drogas, em uma comunidade com indicadores elevados de violência, que ficam “escondidas” frente à grande circulação e consumo de drogas no espaço de convivência.

O estudo foi desenvolvido no município de Maringá, no Paraná, no Conjunto Habitacional Requião I, II, III e IV. Considerado “cena” de população envolvida,

cotidianamente, com grande circulação de drogas de abuso (BASTOS, BERTONI, HACKER, 2014; REIS, 2012).

Para a escolha da área a ser investigada, foi utilizado o Relatório Circunstanciado Mensal sobre Ações de Prevenção e Tratamento do Uso de Drogas na Cidade de Maringá, da Secretaria Municipal de Assistência Social e Cidadania/ Diretoria de Programa Antidrogas - SASC. O relatório tem como objetivo identificar as áreas com indicadores de maior violência relacionada ao consumo de drogas que constitua um problema no cotidiano da população adstrita (MARINGÁ, 2010).

Estudo realizado nesse território, apresentou resultados que permitiram (re)conhecê-lo com indicadores elevados de violência relacionados ao uso de drogas de abuso e à alta percepção social dos moradores sobre a vivência cotidiana com as drogas (REIS, 2012). Foram investigadas, então, famílias de território, cujos membros não fazem uso de drogas de abuso lícitas ou ilícitas, exceto tabaco, com a finalidade de analisar os fatores para proteção ao uso de drogas de abuso em uma comunidade vulnerável, com indicadores elevados de violência.

O Roteiro de Entrevista foi um instrumento semiestruturado, composto de cinco partes: dados socioeconômicos e demográficos do entrevistado e da família; indicação de fatores de risco e proteção para o uso de drogas (ALBERTANI, SCIVOLETTO, ZEMEL, 2008); percepção social de drogas de abuso e violência na comunidade (REIS, 2012); redes sociais de apoio das famílias e a questão “ Por que você considera que os seus familiares não fazem uso de drogas de abuso?”

A coleta de dados foi realizada nos meses de julho a setembro de 2014, por entrevistadores capacitados no método RDS e na abordagem a famílias vulneráveis. Para a seleção da semente inicial, foi solicitado ao enfermeiro da equipe de saúde da família de uma das equipes da UBS da comunidade, a indicação de um domicílio no qual não houvesse moradores usuários de drogas (exceto tabaco), considerando seu conhecimento das famílias do território. A partir desse procedimento, os moradores indicados responderam à pergunta “Você conhece alguma família na qual nenhum de seus membros usa drogas de abuso, a não ser tabaco?”.

Foi entrevistado um morador por domicílio, com idade superior a 18 anos, preferencialmente, o chefe da família e, no caso da presença de mais de um desses membros no domicílio, os próprios moradores decidiram aquele que se julgava melhor

para responder à pesquisa. O ponto de saturação e finalização do processo empírico deu-se, em um primeiro momento, com a repetição dos fatores de proteção indicados na questão norteadora e nas questões semiestruturadas do instrumento de pesquisa e, em um segundo momento, pela referência de residências repetidas por outros entrevistados. Considerou-se então, que foi atingido o número de famílias a acessar (FONTANELLA et al., 2011).

A utilização de redes sociais e o apoio social percebido, considerados como indutores de proteção para o não uso de drogas de abuso por membros das famílias, foram analisados nos seguintes aspectos: realização de atividades na comunidade; participação em atividades na comunidade; apoio da vizinhança e procedência dos amigos mais próximos.

Os dados foram compilados em planilha eletrônica de dados no *Microsoft Office Excel 10.0*, na qual os quantitativos foram inseridos e, posteriormente, importados para o *Statistical Software Analysis*, para seu processamento e análise. Todos os aspectos éticos envolvidos na pesquisa foram cumpridos rigorosamente (Parecer COPEP/UEM 16799).

## RESULTADOS

Os entrevistados possuíam idade média de 50,5 anos, a maioria do sexo feminino (85,5%), com raça/cor referida branca (56,6%), estado conjugal casado (58,9%), escolaridade de ensino fundamental incompleto (61,1%), com média de 5,3 anos estudados e renda familiar média de R\$ 1.327.

A análise da composição familiar apontou 45 famílias nucleares (50%) e 29 famílias extensas ou ampliadas (32%). Como tempo médio de residência na comunidade, verificou-se uma média de 10,5 anos, com variação de um mês a 23 anos.

Em consideração aos fatores de risco que poderiam implicar o uso de drogas de abuso, foram apontados: desentendimentos familiares (20%); familiar com transtorno mental (20%); desemprego (16,8%); separação conjugal (13,6%) e violência doméstica (4%). Quando questionados se o uso de drogas na comunidade interferia na vida pessoal e familiar, 58 entrevistados responderam negativamente.

Verificou-se que 75 (83,3%) relataram atividades na comunidade, como grupos de estudos e atividades na igreja, 67 (74,4%) a procedência dos amigos era do próprio bairro, seguido por amizades na igreja (38 - 42,2%) e os próprios familiares da família extensa (24

- 26,6%). O uso de drogas por pessoas da vizinhança não interferia na vida pessoal de 58 (64,4%) entrevistados e 81 (90%) afirmaram que “poderiam contar com os vizinhos”. No entanto, a participação comunitária, em eventos da área pública, foi mínima. (Tabela 1)

**Tabela 1** – Apoio e redes sociais das famílias entrevistadas. Conjunto Habitacional Requião, Maringá - PR, julho a setembro, 2014

<b>Variáveis</b>	<b>n, %</b>
<b>Realização de atividade na comunidade</b>	
Sim	75 (83,3)
Não	15 (16,7)
<b>Atividade realizada (n=75)</b>	
Frequentar a igreja	63 (84)
Realização de caminhada	4 (5,3)
Realização de curso	4 (5,3)
Frequência à ATI	4 (5,3)
<b>Participação de atividades na comunidade</b>	
Sim	8 (8,9)
Não	82 (91,1)
<b>Atividade que participa (n=8)</b>	
Reunião de bairro	5 (5,5)
Conselho de Saúde	1 (1,1)
Reuniões da UBS	2 (2,2)
<b>Apoio da vizinhança</b>	
Sim	81 (90)
Não	2 (2,2)
Às vezes	3 (4,4)
Não sabe/Não respondeu	4 (3,3)
<b>Procedência dos amigos mais próximos*</b>	
Própria comunidade	67 (74,4)
Igreja que frequenta	42 (42,2)
Própria família	25 (27,7)
Trabalho	4 (4,4)
Instituição de ensino	2 (2,2)
Outras comunidades	22 (24,4)

\*Opção de múltiplas respostas

Oitenta e quatro moradores (93,3%) praticam uma religião. Houve a predominância da religião católica - 45 (50%), embora o grupo de denominações evangélicas/pentecostais fossem informadas por 28 (31,1%) famílias. Com base no tempo que pertencem às suas igrejas, 20 (22,2%) entrevistados referiram entre um a 10 anos, 15 (16,6%), entre 11 a 29

anos, 15 (16,6%) entre 30 a 49 anos, 31 (34,4%) 50 a 69 anos, três (3,3%) entrevistados 70 anos ou mais e 5 (6,6%) NS/NR.

**Tabela 2** – Distribuição das famílias entrevistadas segundo a religiosidade. Conjunto Habitacional Requião, Maringá - PR, julho a setembro, 2014

<b>Variáveis</b>	<b>n, %</b>
<b>Religião</b>	
Sim	84 (93,3)
Não	6 (6,7)
<b>Denominação religiosa (n=84)</b>	
Católica	45 (50)
“Evangélica”	28 (31,1)
Congregação Cristã	7 (7,7)
Testemunha de Jeová	3 (3,3)
Luterana	1 (1,1)
<b>Tempo de frequência da prática religiosa (anos)</b>	
1 a 10 anos	20(22,2)
11 a 29 anos	15(16,6)
30 a 49 anos	15(16,6)
50 a 69 anos	31(34,4)
70 mais	3(3,3)
NS/NR	5(6,6)

Como fatores protetores, a família e a religiosidade foram os principais aspectos considerados. Quando perguntados “por que consideram que os seus familiares não fazem uso de drogas de abuso”, os entrevistados apontaram fatores para proteção associados às relações intrafamiliares (83 - 92,2%) em número maior que os ligados à religião (24,4%) e outros fatores - escolares, atividade laboral precoce, círculo de amigos, apoio da vizinhança, falta de interesse e ausência de contato com as drogas (54,4%).

Com relação à religião (22- 24,4%), à questão aberta mencionaram a prática religiosa e frequentar igrejas há vários anos, ter recebido educação religiosa e enfatizaram “ser evangélico”, embora um número maior tenha informado o catolicismo.



## DISCUSSÃO

A investigação sobre fatores contextuais de proteção para o não uso de drogas de moradores de comunidades marcadas pela presença de drogas de abuso e violência em seu cotidiano, representa fonte valiosa de dados para possibilidades de prevenção baseadas na compreensão da diversidade e da tolerância, em um assunto que ainda encontra-se pouco explorado (FELTRAN, 2011). Evidências têm mostrado que até mesmo em ambientes que submergem as famílias em fatores de risco, muitas dessas passam ilesas quanto ao uso, possivelmente, essas famílias estão envolvidas por fatores protetores que as afastam de influências ao uso (GUIMARÃES, 2014; ALBERTANI, SCIVOLETTO, ZEMEL, 2008; BROOK et al., 2006).

A forma da constituição de espaços e modelos de vida social está diretamente relacionada com a criação das oportunidades, atividades de risco em situações específicas, bem como com as inovações em estratégias de prevenção, que passam também a fazer parte dos ambientes. Muitos são os fatores que podem se relacionar com a incidência de ocorrências criminais nessas comunidades, a depender das características sociais, culturais, econômicas dos ambientes e das populações. Conhecer essas dimensões e estabelecer conexões entre esses diferentes aspectos para as melhores práticas de prevenção do crime é fundamental para a consecução de ações efetivas de resolução dos problemas (GUIMARÃES, 2014; ZANETIC, 2013).

Não se pode dizer que existem regiões homogêneas mesmo no interior de pequenos territórios, uma vez que o espaço é infinitamente divisível e diferenciado e as relações de poder e dominância estão em constante mutação. É preciso, pois, realizar o esforço analítico, principalmente, na área da saúde, de tentar compreender, mesmo em escalas maiores, como as pessoas convivem e se relacionam com os lugares e espaços onde residem, como esses espaços foram construídos historicamente e como se deu a constituição dos territórios presentes nessas localidades (BUENO, LOPES, 2014; LOPES, 2012).

Autores têm ampliado o escopo dos fatores de risco para o uso de drogas de abuso, fugindo da unicausalidade das relações familiares e do estilo de vida e consideram o estudo sobre fatores de risco e proteção como associados (BRASIL, 2013; SCHENKER, MINAYO, 2005). Fatores de risco são aquelas circunstâncias sociais e/ou pessoais que a tornam vulneráveis a assumir comportamentos arriscados, como usar drogas e fatores de

proteção são aqueles que contrabalançam as vulnerabilidades, fazendo com que a pessoa tenha menos chances de assumir esses comportamentos (SCHENKER, MINAYO, 2005).

Esse estudo, apesar de realizado com uma população específica, ou seja, famílias de um Conjunto Habitacional marcado pela desigualdade desde a sua concepção, buscou identificar a rede de apoio das famílias como um sistema de organização de pessoas e/ou instituições, que se reúnem em torno de um objetivo ou tema comum e colaborem entre si, em uma rede de relacionamentos sociais.

Dados de caracterização do familiar entrevistado corroboram a literatura, com percentuais semelhantes para pessoas disponíveis a informar sobre o problema de drogas em suas famílias e acompanham o perfil sócio demográfico de populações periféricas, principalmente, em relação à escolaridade e renda (LARANJEIRA et al., 2013; IBGE, 2010). A baixa escolaridade dos responsáveis pela família é elencada como um dos fatores para iniciação do uso de drogas na família (MOREIRA; GALERA, 2010), não verificado na presente investigação.

O tempo médio de residência do entrevistado na comunidade influenciou os vínculos com os demais moradores do bairro e o uso equipamentos sociais de seu território. Na população analisada, infere-se que as famílias conhecem o seu bairro, destacando que a percepção dos moradores que residem há mais tempo difere daqueles que moram há pouco tempo na comunidade.

Estudo anterior, realizado com objetivo de estabelecer o perfil socioeconômico e demográfico de moradores residentes nessa comunidade, identificou três fenômenos importantes: o número de mulheres desempregadas ou que informaram permanência nos domicílios para o cuidado à família; a percepção elevada sobre a presença de drogas de abuso na comunidade analisada, pois a maioria dos entrevistados conhecia mais de cinco usuários na vizinhança que usavam drogas de abuso e a evidência de uma cultura de expansão do uso de drogas de abuso na família, com padrão intergeracional de agravamento e a inclusão do crack no âmbito familiar (REIS, UCHIMURA, OLIVEIRA, 2013).

No presente estudo, atenta-se que 50% dos entrevistados afirmaram que pais autoritários significam proteção, citando o modo de educação advinda da zona rural. Isso incita o questionamento a respeito de a rigidez na educação dos filhos como sendo positiva ou negativa, como fator de risco ou proteção. A mesma observação se deu em relação ao “trabalho precoce”.

Tem-se demonstrado forte associação entre a presença de antecedentes familiares de uso e abuso de drogas na adolescência e na fase adulta da vida. A cultura de expansão do uso de drogas de abuso na família, com padrão intergeracional de agravamento e a inclusão do crack no âmbito familiar (BERNARDY, OLIVEIRA, 2012; REIS, UCHIMURA, OLIVEIRA, 2013). Além das condições socioeconômicas, a estrutura familiar monoparental, pouco encontrada nas famílias estudadas, é apontada como fator de risco para o uso de drogas de abuso, porquanto a figura masculina não esteja presente, essa ausência passa a ser substituída por pessoas ligadas a atividades ilegais da vizinhança (SOUZA, 2012).

A presença de famílias ampliadas e a relação de proximidade com a vizinhança, decorrente de anos dividindo o mesmo bairro, amenizam o efeito colateral de habitar em um ambiente socialmente vulnerável e da convivência com o tráfico e o uso de drogas. A eficácia dessa rede foi comprovada pela metodologia de acesso às famílias (RDS), pois as que não possuíam membros fazendo uso de drogas foram referidas repetidamente, associando a saturação da pesquisa ao número estabelecido na amostragem inversa.

Ressalta-se também a importância de os familiares participarem de ações dentro de uma rede intersetorial, como os grupos de apoio, uma vez que esses espaços proporcionam trocas de experiências com outros familiares que vivenciam situações semelhantes. Quando familiares em situações de crise encontram outros que conseguem ter posturas diferentes e que já possuem retornos positivos, há um aumento da motivação para a mudança. Assim, faz-se necessário traçar ações que se voltem para o apoio das famílias que apresentam essas vivências, contemplando desde orientações, grupos de apoio, até intervenções para a reinserção social.

A informação de 90% dos entrevistados de que podem contar com seus vizinhos caso precisem, confirma a sua inserção/participação em uma rede social muito importante, de confiança, amenizando também as dificuldades do cotidiano do território. Outro fato que confirma a validade dessa rede na “vizinhança” é que quando 74% dos moradores entrevistados se referem aos seus amigos, se referem mais frequentemente a pessoas do próprio bairro ou de suas igrejas.

Também, o não uso de drogas nessas famílias não quer dizer que estejam segregados do problema em nível de informação, pois 76% afirmaram ter informações sobre drogas através de algum meio de comunicação e têm pleno conhecimento de sua circulação e prejuízos para a comunidade de convivência.

Entre os fatores protetores, a estrutura familiar e a religiosidade foram os mais frequentemente citados. Conclui-se, portanto, que a religião pode ser um fator protetor relevante na amostra estudada e um grande estruturador da rede social, atuando como apoio na organização familiar e como importante fonte de informação.

Nos bairros de periferias urbanas, as igrejas têm uma atuação religioso-moral e também assistencial, cumprindo uma função pública, em diálogo, em parceria ou em atrito com as políticas sociais existentes. Várias religiões atuam de forma protetiva frente a contextos de vulnerabilidade e como apoio social. Os sujeitos podem, em suas trajetórias pessoais, ter múltiplos pertencimentos religiosos, o que não invalida sua crença e a busca por melhores condições de vida e de saúde (FELTRAN, 2011).

O espaço ocupado pelas ações sociais realizadas por instituições religiosas é amplo. Em parte, algumas substituem ou atuam em parceria com o Estado, a partir da concessão e/ou terceirização de serviços. Experiências de recuperação de pessoas em presídios, já amplamente estudadas, deixam bastante claro seu papel de substituição às políticas públicas (GUIMARÃES, 2014; ZANETIC, 2013).

No entanto, apesar de certa pluralidade religiosa, registrou-se a ausência de igrejas de matriz africana. Outrora tão presentes no espaço social brasileiro, particularmente, nos bairros populares.

## **CONCLUSÃO**

Com este texto, pretendeu-se contribuir para a reflexão sobre as diferentes necessidades das famílias de comunidades vulneráveis. Sobre o apoio e a rede social como fatores para a proteção ao uso de drogas, verificou-se a presença de famílias ampliadas e a relação próxima com a vizinhança, decorrente de anos de convivência permanente no mesmo bairro e o círculo de amizade e relações sociais no âmbito da própria comunidade e de suas igrejas.

Uma vez conhecidos esses fatores, é possível repensar políticas públicas para uma luta mais eficaz para o enfrentamento das drogas, assim como propor estratégias de promoção da saúde e prevenção de agravos relacionados ao consumo nocivo de drogas lícitas e ilícitas, a partir da solidariedade e dos valores do território, lócus de criminalidade para a comunidade do entorno, mas espaço de convivência para seus moradores.

## REFERÊNCIAS

- ALBERTANI, H. M. B.; SCIVOLETTO, S.; ZEMEL, M. L.S. Prevenção do uso de drogas: fatores de risco e fatores de prevenção. In: CURSO de prevenção do uso de drogas para educadores de escolas públicas. Brasília, DF: Ministério da Educação. Secretaria Nacional Antidrogas, 2008.
- BASTOS, F. I.; BERTONI, N.; HACKER, M. A. **Pesquisa nacional sobre o uso de crack e/ou similares do Brasil?** Quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.
- BERNARDY, C. C. F.; OLIVEIRA, M. L. F. Uso de drogas por jovens infratores; perspectiva da família. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 11, p. 168-175, 2012.
- BOWLING, A. Measuring social networks and social support. In: BOWLING, A. **Measuring health: a review of quality of life measurement scales**. 2. ed. Buckingham: Open University Press, 1997. p. 91-109.
- BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Prevenção do uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. 5. ed. Brasília, DF: Senad, 2013.
- BROOK, J. S. et al. Risk and protective factors of adolescent drug use: implications for prevention programs. In: SLOBODA, Z.; BUKOSKI, W. J. (Ed.). **Handbook of drug abuse prevention**. New York: Springer, 2006. p. 265-287.
- BUENO, A. L. M.; LOPES, M. J. M. Da cartografia ao território: desafios para os estudos espaciais na área da saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 13, n. 3, p. 571-576, 2014.
- CYRULNIK, Bet al. **El realismo de laesperanza: testimonios de experiencias profesionales en torno a la resiliência**. Barcelona: Gedisa, 2004.
- DALGALARRONDO, P. et al. Religião e uso de drogas por adolescentes. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 82-90, 2004.
- DUE, P. et al. Social relations: network, support and relational strain. **Social Science and Medicine**, Oxford, v. 48. p. 661-673, 1999.
- FELTRAN, G. S. **Fronteiras de tensão: um estudo sobre política e violência nas periferias de São Paulo**. 347 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais)-Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Campinas, 2008.
- FELTRAN, G. S. **Fronteiras de tensão: política e violência nas periferias de São Paulo**. São Paulo: Unesp, 2011.

FONTANELLA, B. J. B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 389-394, 2011.

GUIMARÃES, J. L.C. Motivações do crime segundo o criminoso: condições econômicas, interação social e herança familiar. **Revista Brasileira de Segurança Pública**, São Paulo, v. 1, n. 8, p. 112-31, 2014.

HECKATHORN, D. D. Respondent-driven sampling II: deriving valid population estimates from chain-Referral Samples of hidden population. **Social Problems**, v. 49, no. 1, 2002.

IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico: resultado final – Paraná**. 2010. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas\\_pdf/total\\_populacao\\_parana.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_parana.pdf)>. Acesso em: 18 out. 2013.

JULIANO, M. C. C.; YUNES, M. A. M. Reflexões sobre rede de apoio social como mecanismo de proteção e promoção de resiliência. **Ambiente & Sociedade**, Campinas, v. 17, n. 3, p. 135-154, 2014.

KENDALL, C. **Respondent-driven sampling**. New Orleans: Tulane University, 2006.

LARANJEIRA, R. et al. **Levantamento nacional de álcool e drogas**. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e outras Drogas, 2013. Disponível em: <<http://inpad.org.br/lenad/>>. Acesso em: 11 dez. 2014.

LOPES, J. G. As especificidades de análise do espaço, lugar, paisagem e território na geográfica. **Geografia: Ensino & Pesquisa**, Santa Maria, v. 16, n. 2, p. 23-30, 2012.

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

MOREIRA, M. M.; GALERA, S. A. F. Evaluación del uso de alcohol por familias de la periferia de Guayaquil em Ecuador, por estudiantes de enfermeira. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. esp., p. 620-625, 2010.

MORELL, M. G. G. et al. A efetividade do uso da metodologia respondente driven sampling para vigilância comportamental do HIV em trabalhadores do sexo na cidade de Santos. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 17., 2010, Caxambú. **Anais...** Caxambú: Universidade Federal de São Paulo, 2010.

NARDI, E. F. R.; SWADA, N. O.; SANTOS, J. F. Associação entre a incapacidade funcional do idoso e a sobrecarga do cuidador familiar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Rebeirão Preto, v. 21, n. 5, 2013.

NIDA-National Institute on Drug Abuse. Disponível em: <<http://www.drugabuse.gov>>. Acesso em: 13 abr. 2015.

OLIVA, A. L. **Apoio social para dependentes do álcool**. 2007. 123 f. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade)- Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2007.

OTÁLVARO, A. F. T. et al. Calidad de vida de pacientes con dependencia a heroína de un centro de atención de drogodependencias de Medellín (Colombia). **Investigacion y Educacion en Enfermeira**, Antioquia, v. 30, no. 1, p. 35-43, 2012.

PEDRAZZI, E. C. **Arranjo domiciliar e apoio dos familiares aos idosos mais velhos**. 2008. 131 f. Dissertação (Mestrado)-Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2008.

PEREIRA, L. C. D. V.; SOUZA, R. L. B. **A família no grupo: apoio a familiares de dependentes químicos**. 2010. Disponível em: <<http://www.psicologia.com.pt>>. Acesso em: 23 dez. 2014.

REIS, L. M. **(Com) vivendo com drogas de abuso: percepção social em uma comunidade do Noroeste do Paraná**. 2012. 122 f. Dissertação (Mestrado)-Universidade Estadual de Maringá, 2012.

REIS, L. M.; HUNGARO, A. A.; OLIVEIRA, M. L. F. Políticas públicas para o enfrentamento do uso de drogas de abuso: Percepção social em uma comunidade. Florianópolis, **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 4, p. 1050-1058, 2014.

REIS, L. M.; UCHIMURA, T. T.; OLIVEIRA, M. L. F. Perfil socioeconômico e demográfico em uma comunidade vulnerável ao uso de drogas de abuso. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 276-282, 2013.

SCHENKER, M.; MINAYO M. C. S. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2005.

SOUZA, A. L. M. A. **Perfil de adolescentes e jovens usuários de crack à luz da teoria da intervenção praxica de enfermagem em saúde coletiva**. 2012. 76 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal de Pernambuco, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Recife, 2012.

YUNES, M. A. M.; GARCIA, N. M.; ALBUQUERQUE, B. M. Monoparentalidade, pobreza e resiliência: entre as crenças dos profissionais e as possibilidades da convivência familiar. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Rio Grande, v. 20, n. 3, p. 444-453, 2007.

ZANETIC, A. Transformações urbanas, dinâmicas criminais e ações preventivas. **Revista Brasileira de Segurança Pública**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 118-132, 2013.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ampliação do escopo dos fatores e motivações para o uso de drogas de abuso, fugindo da unicausalidade das relações familiares e do estilo de vida, foi o pressuposto do presente estudo, pois acredita-se na multiplicidade de fatores, ou seja, a pessoa não nasce predestinada a usar drogas e não as usa apenas por influência de amigos ou do assédio de traficantes. A iniciação ao uso ou abuso de drogas não ocorre por acaso ou por uma decisão isolada.

Existe uma posição determinista ligando o local de convivência - comunidades com indicadores elevados de violência - e o risco de uso de drogas, mas pouco se sabe sobre fatores protetores para a não presença de drogas no âmbito de determinadas famílias, e as fortalezas do grupo familiar para o enfrentamento. Essa nova tendência reflete o progressivo abandono da abordagem centrada nos fatores de risco, e, em contrapartida, enfatiza os fatores positivos que levam um indivíduo a superar as adversidades.

As virtudes da presente investigação relacionam-se, principalmente, à ferramenta utilizada para o acesso às famílias protegidas, consideradas de difícil acesso e/ou ocultas, por meio do *Respondent Driven Sampling*- RDS, e a abordagem por meio de inquérito domiciliar. Com relação às limitações do estudo, em se tratando de amostra intencional, os achados não podem ser generalizáveis, porém conhecer as razões do não-uso de drogas de famílias moradoras de uma comunidade por meio da fonte mais relevante, a opinião deles, torna-se de grande valor para a elaboração de programas de prevenção que enfatizem o sucesso por eles alcançado na tentativa de não usar drogas em comunidade, como especula a literatura da área, submetida às leis impostas pelo medo, desconfiança tráfico de drogas.

Também, inquéritos de base populacional são fundamentais para identificação do perfil das populações, quando se trata da investigação sobre temas que geram medo e desconfiança, pela privacidade do ambiente domiciliar. Embora não se espere estabelecer vínculo durante uma única visita ao domicílio, a abordagem nessa modalidade garante confidencialidade e é capaz de ultrapassar as barreiras do medo.

Os dados permitem refletir sobre políticas de prevenção para os problemas relacionados ao uso de drogas em nosso país e em nossas comunidades, e pautar o desenvolvimento de ações que contemplem as necessidades de saúde locais para o enfrentamento à epidemia das drogas de abuso.



Os 90 entrevistados possuíam idade média de 50,5 anos, sexo feminino - 77 (85,5%), cor referida branca- 51 (56,6%), casados- 53 (58,9%), o que pode ser considerado um fator protetor, quando levado em conta a família estruturada; e predominância do ensino fundamental incompleto como escolaridade - 55 (62%), abaixo da média para o município de Maringá. A renda familiar média foi R\$ 1.327, variando entre R\$ 500 e R\$ 7.240,. A situação profissional dos entrevistados foi ampla: aposentados 25 (27,7%), empregados e autônomos 22 (24,4%), do lar 13 (14,4%) e desempregados 17 (18,9%).O tempo médio de residência na comunidade foi de 10,5 anos, acompanhada de reconhecimento da vizinhança. Na composição familiar, 45 (50%) eram famílias nucleares e 29 (32%) eram extensas.

A partir da informação sobre o tempo de residência na comunidade, já que o tempo referido foi em média dez anos, infere-se que estas famílias são “moradoras antigas” e conhecem o bairro e a vizinhança. O não uso de drogas nestas famílias não infere que estejam segregados do problema em nível de informação, pois 76% afirmaram ter informações sobre drogas através de algum meio de comunicação e têm conhecimento da sua circulação e prejuízos na comunidade de convivência.

As redes sociais de apoio das famílias, consideradas indutoras de proteção, foram verificadas: 84 (94%) relataram atividades na comunidade, como grupos de estudos e atividades na igreja; a procedência dos amigos era do próprio bairro- 67 (74,4%), seguido por amizades na igreja 38 (42,2%) e os próprios familiares da família extensa 24 (26,6%); o uso de drogas por pessoas da vizinhança não interferia na vida pessoal de 58 (64,4%) entrevistados; e 81 (90%) afirmaram que “poderiam contar com os vizinhos”, confirmando a inserção/participação de uma rede social de confiança na comunidade.

A presença de famílias ampliadas, a relação de proximidade com a vizinhança, decorrente de anos dividindo o mesmo bairro, e a informação que as amizades mais frequentes eram da própria comunidade/vizinhos (74%) ou de suas igrejas, amenizando o efeito colateral de habitar em um ambiente socialmente vulnerável e a convivência com o tráfico e o uso de drogas. A eficácia desta rede foi comprovada pela metodologia de acesso às famílias - RDS, pois as famílias que não possuíam membros fazendo uso de drogas foram referidas repetidamente, associando a saturação da pesquisa ao número estabelecido na amostragem inversa.

Como fatores protetores, a família e a religiosidade foram os principais aspectos considerados. Oitenta e quatro moradores (93,3%) afirmaram ter religião, com predominância do Catolicismo (50%), acompanhado do grupo de denominações Evangélicas (31,1%). No entanto, quando perguntados “porque consideram que os seus familiares não fazem uso de drogas de abuso”, os entrevistados apontaram fatores para proteção associados à relações intra-familiares (83 - 92,2%) superiores à religião (24,4%) e outros fatores - escolares, atividade laboral precoce, círculo de amizades, apoio da vizinhança, falta de interesse e ausência de contato com as drogas (54,4%). Como relações intra-familiares, foram citados o modo de educação familiar, o espelhamento nos pais, o diálogo - no sentido de conversar sobre drogas e receber orientação, a supervisão constante dos filhos, união da família, a ausência de comportamento aditivo na família, a rigidez no modo de educação, a presença dos pais na rotina dos filhos e a vivência anterior na zona rural.

Com relação à religião (22- 24,4%), à questão aberta mencionaram a prática religiosa e frequentar igrejas há vários anos, ter recebido educação religiosa e enfatizaram “ser evangélico”, embora um número maior tenha informado o Catolicismo. Chama atenção que 50% afirmaram ter pais autoritários como proteção, citando o modo de educação advinda da zona rural, o que incita o questionamento se a rigidez na educação dos filhos é positiva ou negativa, como fator de risco ou proteção, o que também foi observado com “trabalho precoce”.

Um ponto importante a ser observado é que os dados foram baseados em registros dos próprios protagonistas. No entanto, para o campo da saúde, principalmente para a enfermagem, é de grande utilidade aprender com estas populações vulneráveis, inseridas há tantos anos em um ambiente com presença de uso e tráfico de drogas, não somente para atuar em nível de prevenção, mas para discutir princípios de cidadania em problema cercado de autoritarismo e preconceito e que tende a crescer em nosso país.

O método RDS permitiu que se fizesse um trajeto íntimo pela cadeia de referência, permeando famílias protegidas em um bairro de alto índice de violência relacionada ao uso de drogas, porém alguns valores são inerentes aos indivíduos e intrínsecos às famílias, e alguns motivos para o não uso são e continuarão desconhecidos para os cidadãos e os órgãos competentes.

O enfrentamento de problemas relacionados ao abuso e à dependência de drogas a partir do território permite articulação com a Estratégia da Saúde da Família – ESF, com enfoque nas características das famílias residentes adscritos. A ESF, por eleger a família como unidade programática de atenção e desenvolver trabalhos voltados para a comunidade, reúne condições que possibilitam a superação dos problemas relacionados ao abuso e à dependência de drogas, evidenciando sua importância frente a este contexto.

Sugere-se a continuidade desta investigação por meio de pesquisa qualitativa, em grupos ou outra modalidade de aproximação com os moradores/famílias. Possivelmente realiza-lo de forma qualitativa, aprofundará os conhecimentos sobre este tema relevante para a sociedade e para aqueles que (com)vivem com os efeitos diretos do uso de drogas.

## **7 IMPLICAÇÕES DO ESTUDO PARA O ENSINO, A PESQUISA E A PRÁTICA DE ENFERMAGEM**

Drogas de abuso e violência envolvem problemas globais de saúde, assistência social e segurança pública e, estudos com grupos vulneráveis, particularmente famílias, podem direcionar a construção de ações de intervenção em Saúde Pública. A pesquisa proposta nesta dissertação foi concebida para contribuir não somente para a área da enfermagem, na construção de conhecimento para atender as necessidades do usuário e famílias, mas para aqueles que acreditam na valorização da vida ao estabelecer diretrizes para prevenção do uso de drogas e a promoção da saúde em espaços vulneráveis.

Muito se tem estudado sobre a motivação das pessoas a iniciarem o uso de drogas, mas pouco se sabe sobre a motivação daquelas famílias que conseguem proteger-se do uso e abuso de drogas, principalmente quando vivem em comunidades vulneráveis como a investigada no presente estudo. O estudo, realizado por meio de inquérito domiciliar, permitiu conhecer de perto essas famílias que protegeram seus filhos e se protegeram do uso de drogas; famílias foram entrevistadas e revelaram suas maneiras de viver no que se diz respeito aos fatores de proteção, e emitiram opinião sobre a “vizinhança violenta”, que a maioria considerou como apoiadora para os momentos difíceis na vida.

Uma vez conhecidos estes fatores, é possível repensar políticas públicas para uma luta mais eficaz para o enfrentamento das drogas, e propor estratégias de promoção da saúde e prevenção de agravos relacionados ao consumo nocivo de drogas lícitas e ilícitas a partir da solidariedade e dos valores do território, locus de criminalidade para a comunidade do entorno, mas espaço de convivência para seus moradores.

Este estudo, apesar de realizado com uma população específica, ou seja, famílias de um Conjunto Habitacional marcado pela desigualdade desde a sua concepção, traz implicações para o ensino da enfermagem, pois seus achados mostram que existe uma possibilidade de se proteger do uso de drogas mesmo quando inserido num contexto vulnerável. Os depoimentos destas famílias vêm contribuir com tema ainda escasso em estudos da enfermagem, embora se aponte a importância de aprofundamento e a replicação da pesquisa em locais e populações diferentes e ampliação da abrangência territorial para estudo.

A enfermagem é a profissão da área da saúde que se destaca por desenvolver atividades relacionadas ao cuidado, à promoção, à prevenção e à recuperação da saúde, e o

enfermeiro, tem o importante papel de identificar situações de vulnerabilidade relacionadas às drogas de abuso. Estas ações devem ser desenvolvidas respeitando a subjetividade do indivíduo; no âmbito da educação em saúde, e o fortalecimento da capacidade cognitiva e de estratégias coletivas de prevenção pode resultar na ampliação da autonomia das famílias.

Existe a necessidade de ampliação das pesquisas sobre os fatores preventivos ao uso de drogas lícitas e ilícitas, a fim de reduzir o impacto quase sempre devastador para as famílias. Muitas vezes o uso e abuso de drogas poderia ser evitado por ações e políticas públicas a partir do conhecimento e implantação dos fatores para prevenção à dependência química. Considerando que o uso de drogas de abuso tem impacto na estrutura familiar e na sociedade em geral, não somente para o usuário, as intervenções devem ser direcionadas para reduzir seus impactos na saúde e na sociedade.

Para a prática profissional da enfermagem, sabe-se que o reconhecimento de problemas relacionados ao abuso de drogas a partir dos territórios contribui para a ação de um modelo de atenção articulado às famílias, com enfoque em suas características e nas gestão do cuidado familiar.

## REFERÊNCIAS

ALBERTANI, H. M. B.; SCIVOLETTO, S.; ZEMEL, M. L.S. Prevenção do uso de drogas: fatores de risco e fatores de prevenção. In: CURSO de prevenção do uso de drogas para educadores de escolas públicas. Brasília, DF: Ministério da Educação. Secretaria Nacional Antidrogas, 2008.

ARNAUTS, I.; OLIVEIRA, M. L. F. Padrão de consumo de álcool por jovens vítimas de trauma e usuários de álcool. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 16, n. 3, p. 410-418, 2012.

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

BARROS, M. A.; PILLON, S. C. Programa saúde da família: desafios e potencialidades frente ao uso de drogas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 8, n. 1, p. 144-149, 2006.

BASTOS, F. I.; BERTONI, N.; HACKER, M. A. Consumo de álcool e drogas: principais achados de pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, supl., p. 109-117, 2008.

BAUMAN, Z. **Modernidade e ambivalência**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

BAUS, J.; KUPEK, E.; PIRES, M. Prevalência e fatores de risco relacionados ao uso de drogas entre escolares. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 40-46, 2002.

BECK, L. M.; DAVID, H. M. S. Drogas e trabalho: atuação do enfermeiro. **Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 11, p. 706-711, 2007.

BERNARDY, C. C. F.; OLIVEIRA, M. L. F. Uso de drogas por jovens infratores; perspectiva da família. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 11, p. 168-175, 2012.

BERNARDY, C. C. F.; OLIVEIRA, M. L. F.; BELLINI, L. M. Jovens infratores e a convivência com drogas no ambiente familiar. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 12, n. 3, p. 589-596, 2011.

BONILHA, A. L. L. Reflexões sobre análise em pesquisa qualitativa [editorial]. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 8, 2012.

BOYNTON, P. M.; GREENHALGH, T. Hands on guide to questionnaire research. Selecting, designing and developing your questionnaire. **BMJ**, London, v. 328, p. 1312-1315, 2004.

BOWLING, A. Measuring social networks and social support. In: BOWLING, A. **Measuring health: a review of quality of life measurement scales**. 2. ed. Buckingham: Open University Press, 1997. p. 91-109.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Prevenção do uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. 5. ed. Brasília, DF: Senad, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência em Saúde. **Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, DF, 2004.

BREMBATTI, K. No PR, 70% têm mais medo do que há 5 anos. **Jornal Gazeta do Povo**, Curitiba, jul. 2011. Disponível em: <<http://www.gazetadopovo.com.br/pazsemvozemedo/conteudo.phtml?id=1150248>>. Acesso em: 17 nov. 2012.

BROOK, J. S. et al. Risk and protective factors of adolescent drug use: implications for prevention programs. In: SLOBODA, Z.; BUKOSKI, W. J. (Ed.). **Handbook of drug abuse prevention**. New York: Springer, 2006. p. 265-287.

BUCHELE, F.; COELHO, E. B. S.; LINDNER, S. R. A promoção da saúde enquanto estratégia de prevenção ao uso das drogas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 267-273, 2009.

BUENO, A. L. M.; LOPES, M. J. M. Da cartografia ao território: desafios para os estudos espaciais na área da saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 13, n. 3, p. 571-576, 2014.

CARLINI, E. A. et al. **Uso de drogas psicotrópicas no Brasil: pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do país - 2001**. São Paulo: Cebrid: Unifesp, 2002.

CARLINI, E. A. et al. **II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país - 2005**. São Paulo: Páginas & Letras, 2007. v. 1.

CARR, M. B.; VANDIVER, T. A. Risk and protective factors among youth offenders. **Adolescence**, San Diego, v. 36, n. 143, p. 409-426, 2001.

CARVALHO, L. A. V. Ruídos entre determinismo e liberdade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2005.

CARVALHO NETO, C. Z. **Prevenção à dependência química**. Palmas/TO: Unitins, 2011.

- CASTIEL, L. D. Promoção de saúde e a sensibilidade epistemológica da categoria 'comunidade'. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 5, p. 615-622, 2004.
- CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.
- COLLIVER, J. D. et al. Projecting drug use among aging baby boomers in 2020. **Annals of Epidemiology**, New York, v. 16, no. 4, p. 257-265, 2006.
- COUTINHO, L. M. S.; SCAZUFCA, M.; MENEZES, P. R. Métodos para estimar razão de prevalência em estudos de corte transversal. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 6, 2008.
- CRUZ, V. D. et al. Condições sociodemográficas e padrões de consumo de crack entre mulheres. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 4, p. 1068-1076, 2014.
- CYRULNIK, B. et al. **El realismo de la esperanza: testimonios de experiencias profesionales en torno a la resiliência**. Barcelona: Gedisa, 2004.
- DAIBERT, J. Simplicidade, a marca do Conjunto Requião. **Jornal O Diário Maringá**, Maringá, 26 jun. 2007.
- DE BONI, R. et al. Unrecorded alcohol in Rio de Janeiro: Assessing its misusers through a Respondent-driven Sampling. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 139, p. 169-173, 2014.
- DE MICHELI, D.; FORMIGONI, M. L.S As razões para o primeiro uso de drogas e as circunstâncias familiares prevêm os padrões de uso futuro? **Jornal Brasileiro de Dependência Química**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 20-30, 2001.
- DUE, P. et al. Social relations: network, support and relational strain. **Social Science and Medicine**, Oxford, v. 48. p. 661-673, 1999.
- ESLAVA, A. D. G. et al. El consumo de drogas y su tratamiento desde la perspectiva de familiares y amigos de consumidores en Bogotá, Colombia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. esp., p. 788-795, 2009. Disponível em: < >. Acesso em: 4 fev. 2015.
- ELSEN, I. Desafios da enfermagem no cuidado de famílias. In: BUB, L. I. R. et al. (Org.). **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: UFSC, 1994.
- ERWIN, E. Adolescent perceptions of relevant social problems. **Journal Child Adolescent Psychiatric Nursing**, v. 15, no. 1, p. 24-34, 2002.
- FELSON, M. "Linking criminal choices, routine activities, informal control, and criminal outcomes". In: D. CORNISH, D.; CLARKE, R.V. (Ed.). **The reasoning criminal: rational choice perspectives on offending**. New York: Springer Verlag, 1986.



FELTRAN, G. S. **Fronteiras de tensão**: um estudo sobre política e violência nas periferias de São Paulo. 347 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais)-Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Campinas, 2008.

FELTRAN, G. S. **Fronteiras de tensão**: política e violência nas periferias de São Paulo. São Paulo: Unesp, 2011.

FERGUS, S.; ZIMMERMAN, M. A. Adolescent resilience: a framework for understanding healthy development in the face of risk. **Annual Review Public Health**, Palo Alto, v. 26, p. 399-419, 2005.

FONTANELLA, B. J. B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 389-394, 2011.

FORMIGONI, M. L. O. S. et al. **Efeitos de substâncias psicoativas**: módulo 2. 5. ed. Brasília, DF: Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas, 2014.

GABRIEL E SILVA, C. C. Quando as percepções (re)configuram as periferias urbanas: os espaços do crime e os espaços do medo sob a ótica dos moradores do bairro Nossa Senhora da Apresentação. **Revista Brasileira de Segurança Pública**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 66-83, 2014.

GAVIOLI, A. et al. Risco relacionado ao consumo de drogas em homens trabalhadores da construção civil. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 27, n. 5, p. 471-478, 2014.

GONÇALVES, S. S. P. M.; TAVARES, C. M. M. Atuação do enfermeiro na atenção ao usuário de álcool e outras drogas nos serviços extra-hospitalares. **Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 586-592, 2007.

GUIMARÃES, J. L.C. Motivações do crime segundo o criminoso: condições econômicas, interação social e herança familiar. **Revista Brasileira de Segurança Pública**, São Paulo, v. 1, n. 8, p. 112-31, 2014.

GUIZADO, A. C. Cinco tesis sobre narcotráfico y violencia em Colombia. **Revista Foro**, Bogotá, n. 15, p. 65-73, 2011.

HALDANE, J. B. On a method of estimating frequencies. *Biometrika* 33. 222-225, 1945.

HECKATHORN, D. D. Respondent-driven sampling II: deriving valid population estimates from chain-Referral Samples of hidden population. **Social Problems**, v. 49, no. 1, 2002.

HUESCA, R. S. et al. Detección temprana de factores de riesgo para el consumo de sustancias ilícitas. **Salud Mental**, México, v. 25, n. 3, p. 1-11, 2002.

IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico**: resultado final – Paraná. 2010. Disponível em:

<[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas\\_pdf/total\\_populacao\\_parana.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_parana.pdf)>. Acesso em: 18 out. 2013.

JANG, H. et al. Comparative analysis of acute toxic poisoning in 2003 and 2011: analysis of 3 academic hospitals. **Journal of Korean Medical Science**, Seoul, v. 28, no. 10, p. 1424-1430, 2013.

JARSEN, L. C. G. Motivações do crime segundo o criminoso: condições econômicas, interação social e herança familiar. **Revista Brasileira de Segurança Pública**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 112-131, 2014.

JESSOR, R. et al. Protective actors in adolescent problem behavior: moderator effects and developmental change. **Developmental Psychology**, Washington, D.C., v. 31, no. 6, p. 923-933, 1995.

JESSOR, R. Risk behavior in adolescence: a psychosocial framework for understanding and action. **Journal of Adolescent Health**, New York, v. 12, p. 597-605, 1991.

JULIANO, M. C. C.; YUNES, M. A. M. Reflexões sobre rede de apoio social como mecanismo de proteção e promoção de resiliência. **Ambiente & Sociedade**, Campinas, v. 17, n. 3, p. 135-154, 2014.

KASLOW, F. Families and family psychology at the millennium. **American Psychologist**, Washington, D.C., v. 56, p. 37-46, 2001.

KENDALL, C. **Respondent-driven sampling**. New Orleans: Tulane University, 2006.

KLIEWER, W.; MURRELLE, L. Risk and protective factors for adolescent substance use: findings from a study in selected Central American countries. **Journal of Adolescent Health**, New York, v. 40, p. 448-455, 2007.

LARANJEIRA, R. et al. **Levantamento nacional de álcool e drogas**. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e outras Drogas, 2013. Disponível em: <<http://inpad.org.br/lenad/>>. Acesso em: 11 dez. 2014.

LARANJEIRA, R. Legalização de drogas e a saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 621-631, 2010.

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

LARANJEIRA, R. et al. **II Levantamento nacional de álcool e drogas (LENAD)**. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), 2012.

LARANJEIRA, R.; RATTO, L.; DUN, J. Heroína: a próxima epidemia de drogas no Brasil? **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 5-7, 1997.

LARANJEIRA, R. Bases para uma política de tratamento dos problemas relacionados ao álcool e outras drogas no Estado de São Paulo. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 191-199, 1996.

LOPES, J. G. As especificidades de análise do espaço, lugar, paisagem e território na geográfica. **Geografia: Ensino & Pesquisa**, Santa Maria, v. 16, n. 2, p. 23-30, 2012.

LUNARDELLI, E. F. **Prevenção ao uso de substâncias psicoativas nas universidades: uma visão sobre a necessidade, relevância e possibilidade**. 2014/2015. Disponível em: <[www.inpad.org.br/publicacoes](http://www.inpad.org.br/publicacoes)>. Acesso em: 9 fev 2015.

MAGALHÃES, C. A. T. **O crime segundo o criminoso**: um estudo de relatos sobre a experiência da sujeição criminal. 2006. f. Tese (Doutorado em Ciências Humanas - Sociologia)- Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Rio de Janeiro, 2006.

MALBERGIER, A.; CARDOSO, L. R. D.; AMARAL, R. A. Uso de substâncias e problemas familiares. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 678-688, 2012.

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

MARANGONI, S. R.; OLIVEIRA, M. L. F. Uso de crack por múltipara em vulnerabilidade social: história de vida. **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 166-172, 2012.

MARCON, S. S. et al. Características da doença crônica em famílias residentes na região norte do município de Maringá, Estado do Paraná: uma primeira aproximação. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v. 26, n. 1, p. 83-93, 2004.

MARINGÁ. Secretaria Municipal de Saúde. **Atenção à saúde mental no município de Maringá**. Maringá, 2013.

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

MARINGÁ. Secretaria Municipal de Assistência Social e Cidadania. **Relatório circunstanciado mensal sobre ações de prevenção e tratamento do uso de drogas na cidade de Maringá em 2009**. Maringá, 2009.

MARIN-LEON, L. et al. Percepção dos problemas da comunidade: influência de fatores sociodemográficos e de saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, 2007.

MEDINA, N. A.; FERRIANI, M. G. C. Protective factors for preventing the use of drugs in the families of a Colombia locality. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.18, n. esp., p. 504-512, 2010.

MILLER, L.; DAVIES, M.; GREENWALD, S. Religiosity and substance use and abuse among adolescents in the National Comorbidity Survey. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, Hagerstown, v. 39, no. 9, p. 1190-1197, 2000.

MINAYO, M. C. S. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, 2001.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 1993.

MORELL, M. G. G. et al. A efetividade do uso da metodologia respondente driven sampling para vigilância comportamental do HIV em trabalhadores do sexo na cidade de Santos. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 17., 2010, Caxambú. **Anais...** Caxambú: Universidade Federal de São Paulo, 2010.

MOREIRA, M. M.; GALERA, S. A. F. Evaluación del uso de alcohol por familias de la periferia de Guayaquil em Ecuador, por estudantes de enfermeira. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. esp. p. 620-625, 2010.

MÜLLER, E. P. L.; CUBAS, M. R.; BASTOS, L. C. Georreferenciamento como instrumento de gestão em unidade de saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 63, n. 6, p. 978-982, 2010.

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

NARDI, E. F. R.; SWADA, N. O.; SANTOS, J. F. Associação entre a incapacidade funcional do idoso e a sobrecarga do cuidador familiar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Rebeirão Preto, v. 21, n. 5, 2013.

NEWCOMB, M. D. Identifying high-risk youth: prevalence and patterns of adolescent drug abuse. **NIDA Research Monograph**, Bethesda, v. 156, p. 7-37, 1995.

NEWCOMB, M. D.; MADDAHIAN, E.; BENTLER, P. M. Risk factors for drug use among adolescents: Concurrent and longitudinal analyses. **American Journal of Public Health**, Boston, v. 76, p. 525-530, 1986.

NICASTRI, S. Drogas: classificação e efeitos no organismo. In: BRASIL. Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Prevenção do uso de drogas**: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. 5. ed. Brasília, DF: Senad, 2013.

NICHIATA, L.Y. I. et al. A utilização do Conceito "vulnerabilidade" pela enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 5, 2008.

NIDA-National Institute on Drug Abuse. **Preventing drug use among children and adolescents**: a research based guide. Princeton: NIH Publication, 1997.

OKUMURA, Y. et al. Comparison of emergency hospital admissions for drug poisoning and major diseases: a retrospective observational study using a nationwide administrative discharge database. **BMJ Open**, London, v. 2, no. 6, 2012.

OLIVA, A. L. **Apoio social para dependentes do álcool**. 2007. 123 f. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade)- Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2007.

OLIVEIRA, M. L. F. A concepção explicativa do conceito de vulnerabilidade e a Enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 12 n. 4, p. 623-623, 2013.

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

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Sistema de indicadores municipais de trabalho decente**. Disponível em: <<http://simtd.oit.org.br>>. Acesso em: dez. 2014.

OTÁLVARO, A. F. T. et al. Calidad de vida de pacientes con dependencia a heroína de un centro de atención de drogodependencias de Medellín (Colombia). **Investigacion y Educacion en Enfermeira**, Antioquia, v. 30, n. 1, p. 35-43, 2012.

PATOCK-PECKHAM, J. A. et al. Effect of religion and religiosity on alcohol use in a college student sample. **Drug and Alcohol Dependence**, Limerick, v. 49, p. 81-88, 1998.

PEDRAZZI, E. C. **Arranjo domiciliar e apoio dos familiares aos idosos mais velhos**. 2008. 131 f. Dissertação (Mestrado)-Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2008.

PENTZ, M. A. Evidence-based prevention: characteristics, impact, and future direction. **Journal of Psychoactive Drugs**, Philadelphia, v. 35, suppl. 1, p. 143-152, 2003.

PETTIT, G. S.; BATES, J. E.; DODGE, K. A. Supportive parenting, ecological context, and children's adjustment: a seven-year longitudinal study. **Child Development**, Chicago, v. 68, no. 5, p. 908-923, 1997.

PREVENÇÃO ao uso indevido de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011.

REIS, L. M.; HUNGARO, A. A.; OLIVEIRA, M. L. F. Políticas públicas para o enfrentamento do uso de drogas de abuso: Percepção social em uma comunidade. Florianópolis, **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 4, p. 1050-1058, 2014.

REIS, L. M.; UCHIMURA, T. T.; OLIVEIRA, M. L. F. Perfil socioeconômico e demográfico em uma comunidade vulnerável ao uso de drogas de abuso. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 276-282, 2013.

REIS, D. C. et al. Vulnerabilidades e necessidades de acesso à atenção primária à saúde na adolescência. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 12, n. 1, p. 63-71, 2013.

REIS, L. M. (Com) **vivendo com drogas de abuso: percepção social em uma comunidade do Noroeste do Paraná**. 2012. 122 f. Dissertação (Mestrado)-Universidade Estadual de Maringá, 2012.

RICARDO, C. M.; SIQUEIRA, P. P.; MARQUES, C. R. Estudo conceitual sobre os espaços urbanos seguros. **Revista Brasileira de Segurança Pública**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 200-216, 2013.

ROJAS, M. **Factores de riesgo y protectores identificados en adolescentes consumidores de substâncias psicoactivas: revisión y análisis del estado actual**. Local: Cedro, 1999. Cap. 3. Disponível em: <[http://www.cedro.org.pe/ebooks/friesgo\\_cap3-p50-93.pdf](http://www.cedro.org.pe/ebooks/friesgo_cap3-p50-93.pdf)>. Acesso em : 13 jul. 2013.

ROLIM, M. **Políticas públicas sobre drogas: o papel dos municípios**. Porto Alegre: Blog Marcos Rolim, 2011.

ROUQUAYROL, M. A; GURGEL, M. **Epidemiologia & Saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2013.

SANCHEZ, Z. V. D. M.; OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A. Razões para o não-uso de drogas ilícitas entre jovens em situação de risco. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 599-605, 2005.

SCHEIER, L. M.; NEWCOMB, M. D.; SKAGER, R. Risk, protection, and vulnerability to adolescent drug use: latent-variable models of three age groups. **Journal of Drug Education**, Amityville, v. 24, no. 1, p. 49-82, 1994.

SANTANA, C. J. et al. Potencialidade de um evento sentinela para vigilância epidemiológica do abuso de drogas. **Revista de Enfermagem da UFPE**, Recife, v. 8, n. 12, p. 321-327, 2014.

SCHENKER, M. O desafio da drogadicção na sociedade contemporânea. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 618-18, 2010.

SCHENKER, M.; MINAYO M. C. S. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2005.

SCHLITHLER, A. C. B.; CERON, M.; GANÇALVES, D. A. **Famílias em situação de vulnerabilidade ou risco psicossocial**. Monografia (Especialização em Saúde da Família). Disponível em: <[http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/1/modulo\\_psicossocial/Unidade\\_18.pdf](http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_psicossocial/Unidade_18.pdf)>. Acesso em: 23 set. 2014.

- SCHILLEWAERT, N.; LANGERAK, F.; DUHAMEL, T. Non-probability sampling for WWW surveys: a comparison of methods. **Journal of the Market Research Society**, v. 40, p. 307-322, 1998.
- SELEGHIM, M. R. **Recursos e adversidades no ambiente familiar de indivíduos usuários de crack**. 2011. Tese (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Estadual de Maringá, Departamento de Enfermagem, 2011.
- SHAURICH, D. Compreensões de acadêmicos de enfermagem sobre família. **Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 415-20, 2009.
- SILVA, D. I.; MAFTUM, M. A.; MAZZA, V. A. Vulnerabilidade no desenvolvimento da criança: influência dos elos familiares fracos, dependência química e violência doméstica. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 4, p. 1087-1094, 2014.
- SILVA, M. R. S. et al. Processos que sustentam a resiliência familiar: um estudo de caso. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 92-99, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a11>>. Acesso em: 23 set. 2014.
- SILVA, M. R. S.; LUNARDI, V. L. A concepção de família como unidade complexa. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v. 8, n. 1, p. 64-72, 2006.
- SILVINO, M. C. S. et al. Operacionalização de evento sentinela para vigilância do uso de drogas de abuso. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 3, n. 2, p. 59-66, 2012.
- SIQUEIRA, D. F. et al. Percepção de familiares sobre a iniciação do uso de crack por adolescente. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 14, n. 1, p. 948-954, 2015.
- SOARES, L. F. **Tudo ou nada**: a história do brasileiro preso em Londres por associação ao tráfico de duas toneladas de cocaína. São Paulo: Nova Fronteira, 2012.
- SOUZA, A. L. M. A. **Perfil de adolescentes e jovens usuários de crack à luz da teoria da intervenção prática de enfermagem em saúde coletiva**. 2012. 76 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal de Pernambuco, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Recife, 2012.
- SPRICIGO, J. S. et al. Atenção ao usuário de drogas: um espaço para o enfermeiro. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 13, n. 2, p. 296-302, 2004.
- UNODC-United Nations Office on Drugs and Crime. **World drug report 2012**. New York, 2013.
- VORSTEG, R. H. Operant reinforcement theory and determinism. **Behaviorism**, Cambridge, v. 2, p. 108-119, 1974.

YUNES, M. A. **A questão triplamente controvertida da resiliência em famílias de baixa renda**. 2001. 155 f. Tese (Doutorado em Psicologia da Educação)-Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2001.

WAIDMAN, M. A. P.; ELSESEN, I. **O cuidado interdisciplinar à família do portador de transtorno mental no paradigma da desinstitucionalização**. *Texto e Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 341-349, 2005.

ZANETIC, A. Transformações urbanas, dinâmicas criminais e ações preventivas. **Revista Brasileira de Segurança Pública**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 118-132, 2013.

ZWEIG, J. M.; PHILLIPS, B. S.; LINDBERG, L. D. Predicting adolescent profiles of risk: looking beyond demographics. **Journal of Adolescent Health**, New York, v. 31, p. 343-353, 2002.



**APÊNDICES**

## APÊNDICE 1

### *Fatores de proteção para o uso de drogas de abuso em uma comunidade com indicadores elevados de violência*

#### *Roteiro de Observação da Comunidade Conjunto Requião*

DESCRIÇÃO	
<b>Equipamentos sociais</b>	<b>Unidade Básica de Saúde</b>
	<b>Centro de Referência de Assistência Social</b>
	<b>Entidades civis que prestam apoio social</b>
	<b>Quadra poliesportiva</b>
	<b>Academia para Terceira Idade (ATI)</b>
	<b>Escolas</b>
<b>Vida financeira</b>	<b>Supermercado, açougue</b>
	<b>Farmácia</b>
	<b>Outro</b>
<b>Particularidades das ruas</b>	<b>Policimento</b>
	<b>“Biqueira”*</b>
	<b>Consumo de drogas</b>
	<b>Fluxo de pessoas nas casas</b>
	<b>Outro</b>
<b>Moradores/pessoas</b>	<b>Vestimentas</b>
	<b>Comportamento</b>
	<b>Faixa etária</b>
	<b>Outro</b>
<b>Igrejas</b>	<b>Evangélicas</b>
	<b>Católicas</b>
<b>Entretenimento para jovens</b>	<b>Clubes Noturnos</b>
	<b>Bares</b>
	<b>Cinemas/Teatro</b>

\*Pequenos pontos de venda de drogas.

## APÊNDICE 2

### *Projeto de Pesquisa Fatores de proteção para o uso de drogas de abuso em uma comunidade com indicadores elevados de violência*

#### *Roteiro de Entrevista*

#### **PARTE 1 - Dados socioeconômicos e demográficos**

##### *A-Entrevistado*

- 1. Data de nascimento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- 2. Sexo:**  Masculino                       Feminino
- 3. Raça/cor:**  Branca  Preta  Amarela  Parda  Indígena  Não sabe/ Não respondeu (NR/NS)
- 4. Estado conjugal:**  Solteiro(a)  Mora junto  Casado  Separado/Divorciado  
 Viúvo(a)  NS/NR
- 5. Escolaridade:**  Não alfabetizado  Escolaridade alcançada: \_\_\_\_\_  NS/NR
- 6. Situação profissional:**  Aposentado  Autônomo                       Desempregado  
 Empregado  Do lar  Afastado por licença \_\_\_\_\_  NS/NR  Outro \_\_\_\_\_
- 7. Ocupação:** \_\_\_\_\_
- 8. Tempo residindo no Conjunto Habitacional Requião (I, II, III ou IV):** \_\_\_\_\_

##### *B-Família*

**9. Renda familiar mensal (em reais):** \_\_\_\_\_

**10. Quantas pessoas moram com você?** \_\_\_\_\_

Membros	Sexo	Idade	Ocupação
Cônjuge			
Filho 1			
Filho 2			
Filho 3			
Filho 4			
Filho 5			
Filho 6			
Outro:			
Outro:			
Outro:			

#### **PARTE 2 – Questão norteadora**

**11. Porque você considera que os seus familiares não fazem uso de drogas de abuso?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### **PARTE 3 – Fatores de risco ou proteção para o uso de drogas**

***Fatores de proteção na família***

**12. Religião** Praticante:  S  N  NS/NR

**Caso afirmativo**

**12.1** Denominação: \_\_\_\_\_

**12.2. Há quanto tempo?**

- 12.2.1** Menos de 1 semana  **12.2.2** Menos de 1 mês  
 **12.2.3** Menos de 1 ano  **12.2.4** Mais de 1 ano  **12.2.5** NS/NR

***13. Fatores familiares***

- 13.1** Bom exemplo dos pais  **13.4** Outro:  
 **13.2** Respeito aos pais

***14. Fatores escolares***

- 14.1** Bom desempenho escolar dos filhos  **14.2** Boa relação com professores e escola  
 **14.3** Outro

***15. Fatores sociais***

- 15.1** Oportunidade de trabalho  **15.3** Oportunidades para lazer  
 **15.2** Respeito às autoridades sociais  **15.4** Outro:

***16. Fatores relacionados às drogas***

- 16.1** Informações sobre efeitos e danos das drogas  **16.3** Outro  
 **16.2** Regras de controle para consumo adequado

***Fatores de risco na família******17. Fatores familiares***

- 17.1** Desentendimentos familiares  **17.5** Pais autoritários  
 **17.2** Desemprego  **17.6** Divórcio  
 **17.3** Violência doméstica  **17.7** familiar com depressão ou outro problema mental  
 **17.4** Mudanças constantes de endereço  **17.8** Outro:

***18. Fatores escolares***

- 18.1** Não envolvimento com a escola  
 **18.2** Filhos fora da escola  
 **18.3** Outro:

***19. Fatores sociais***

- 19.1** Facilidade ao acesso às drogas  **19.4** Falta de oportunidade para trabalhar  
 **19.2** Violência urbana  **19.5** Outro:  
 **19.3** Colegas que fazem uso de drogas

***20. Fatores relacionados às drogas***

- 20.1 Disponibilidade para compra  
 20.2 Amizade com pessoas que vendem drogas  
 20.3 Outro

**PARTE 4 – Percepção social de drogas de abuso e violência na comunidade\***

**21. Existe uso drogas de abuso na sua comunidade?**

- S  N  NS/NR

Caso afirmativo

**21.1. Quanto?**

- 21.1.1 Muito  21.1.2 Moderado  21.1.3 Pouco  21.1.4 NS/NR

**21.2. O uso de drogas de abuso na sua comunidade te incomoda?**

- S  N  NS/NR

**21.3. A presença de drogas de abuso na comunidade interfere na sua vida social, como ir à igreja, mercado ou festas na comunidade?**  S  N  NS/NR

De que forma: \_\_\_\_\_

**21.4. A presença de drogas de abuso na comunidade interfere na sua vida familiar?**  S  N  NS/NR

**21.5. Você teve alterações no seu estilo de vida por causa da presença de drogas de abuso na comunidade?**

- S  N  NS/NR

**22. Conhece alguém da comunidade que usa drogas de abuso?**

- S  N  NS/NR

Caso afirmativo

**22.1. Quantas pessoas você conhece?**

- 22.1.1 1  22.1.1.2 2  22.1.1.3 3  22.1.1.4 4  22.1.1.5 5  
 22.1.1.6 6  22.1.1.7 7  22.1.1.8 8  23.1.1.9 9  22.1.1.10 10  
 22.1.1.11 +10  22.1.1.12 NS/NR

**22.2. Ela mora perto de você?**

- S  N  NS/NR

**23. Você acredita que há violência no Conjunto Residencial Requião?**

- S  N  NS/NR

Caso afirmativo

**23.1. A violência está relacionada às drogas de abuso:**

- S  N  NS/NR

**24. Você sofreu alguma violência na comunidade?**

- S  N  NS/NR

Caso afirmativo

**24.1. Há quanto tempo?**

- 24.1.11 semana  24.1.2 1 mês  24.1.3 Menos de 1 ano  
 24.1.4 Acima de 1 não  21.1.5 NS/NR

**24.2. Qual violência você sofreu?**

- 24.2.1 Agressão física  24.2.2 Arrombamento  24.2.3 Assalto  
 24.2.4 Assassinato  24.2.5 Bala perdida  24.2.6 Roubo de carro  
 24.2.7 Sequestro/ refém  24.2.8 Outro  24.2.9 NS/NR

\*Adaptado de REIS (2012).

**PARTE 5 – Redes Sociais**

**25. Você frequenta algum grupo na sua comunidade (Igreja/ curso/academia)? Qual?**

**26. De onde são os seus amigos mais frequentes?**

**27. Você participa de alguma reunião do seu bairro?**

**28. Pode contar com seus vizinhos caso precise?**

Entrevistadora: \_\_\_\_\_

### APÊNDICE 3

*Projeto de Pesquisa Fatores de proteção para o uso de drogas de abuso em uma comunidade com indicadores elevados de violência*

Diário de campo n° \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2014

Iniciais do nome: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_

CONTEÚDO DESCRITIVO	
<b>Comportamento do entrevistado</b> Aparência física, estilo de falar e de agir do respondente	
<b>Característica da moradia</b> Tipo de material (alvenaria/madeira), presença de várias residências no mesmo terreno	
<b>Infraestrutura</b> Onde se localiza a residência (perto de escola, creche, igreja, bares, empresas, terrenos baldios)	
<b>Dificuldade da coleta de dados</b>	
<b>Facilidade da coleta de dados</b>	

Entrevistadora: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE 4

### *Projeto de pesquisa Fatores de proteção para o uso de drogas de abuso em uma comunidade vulnerável*

#### **BOAS PRÁTICAS DO ENTREVISTADOR\***

##### **Prezada entrevistadora**

Aproxima-se um momento muito importante desse estudo – a pesquisa de campo. Sua boa atuação é fundamental para o êxito desta pesquisa e para facilitar o desempenho dos entrevistadores, este texto, de forma rápida, sintetiza formas de abordagem de conduta para a coleta de dados. É primordial que você realize a pesquisa de campo da maneira como a mesma foi planejada, de acordo com as orientações a seguir:

\* Mantenha-se uniformizada: jaleco e crachá.

\* Apresente-se a quem recepcioná-la no domicílio, dizendo seu nome e explicando que está participando como entrevistadora de uma pesquisa do Curso de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá.

\* Após identificação, explique de forma clara e breve, os objetivos da pesquisa, esclarecendo a importância das informações para a mesma. Informe quais são as drogas de abuso: álcool, tabaco, maconha, *crack*, cocaína, anfetaminas, êxtase, anabolizantes, medicamentos psicoativos/controlados, (sem receita médica).

\* Defina, no domicílio, o morador a ser entrevistado, e solicite após leitura, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

\* Mantenha o clima de cordialidade no desenvolvimento da entrevista. Para que isso aconteça, adote os seguintes procedimentos:

→ Tratar o entrevistado com respeito; Direcionar o assunto da entrevista apenas à coleta de dados, evitando assuntos alheios ao tema; Manter uma postura “profissional”- perguntar, escutar e registrar todas as respostas com naturalidade, isto é, evitar fazer expressões faciais, mudanças no tom da voz ou emitir sons que possam sugerir ou comunicar ao informante sua opinião de aprovação, reprovação ou surpresa diante das respostas da pessoa entrevistada.

→ Conduzir a entrevista, se possível, em ambiente de privacidade, possibilitando que o entrevistado possa responder as questões livremente.

→ Deixar o entrevistado se expressar, mas não permitir que a entrevista se desvie do roteiro proposto.

→ Respeitar a ordenação das questões.

→ Ler cada questão pausadamente, em voz audível. Se o entrevistado não entender a pergunta, tentar esclarecê-la, sem mudar-lhe o sentido.

→ Não sugerir, induzir ou antecipar as respostas, o que constitui uma das causas mais frequentes de erro de respostas em pesquisas. As alternativas para as pessoas poderão ser lidas ao entrevistado, quando houver esta orientação no enunciado, caso contrário, aguardar a resposta.

→ Assinalar apenas uma resposta, exceto naquelas com instruções específicas. Quando o entrevistado emitir uma resposta que não seja exatamente igual a uma das alternativas, mas similar, o entrevistador deve então, ler a alternativa da forma como está escrita no questionário e aguardar a confirmação do entrevistado.

→ Assinalar as alternativas *não sabe/não respondeu (NS/NR)* sempre que o entrevistado não souber ou não se recordar da resposta ou quando por qualquer motivo, não for obtida a resposta.

→ Ao terminar a entrevista, é recomendável agradecer a colaboração do entrevistado e o tempo dispensado. Preencher o diário de campo após cada entrevista.

\*Adaptado de REIS (2012)



## APÊNDICE 5

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidá-lo(a) a participar da pesquisa intitulada **Fatores de proteção para o uso de drogas de abuso em uma comunidade vulnerável**, que é desenvolvida no curso de Mestrado em Enfermagem e é orientada pela professora doutora Magda Lúcia Félix de Oliveira, da Universidade Estadual de Maringá.

O objetivo da pesquisa é analisar fatores de proteção ao uso de drogas de abuso em uma comunidade com indicadores elevados de violência relacionados ao uso de drogas de abuso. Para isto, a sua participação é muito importante, e ela se daria da seguinte forma: conceder a entrevista, após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; se consentida, o roteiro de entrevista será aplicado pela aluna pesquisadora.

Em se tratando de moradores de uma comunidade com território bem definido, possíveis desconfortos poderão surgir como o constrangimento ao discutir com a pesquisadora a vivência de violência na sua vizinhança ou o relato da percepção da circulação de drogas de abuso na comunidade. A aluna pesquisadora compreenderá estes momentos e, em respeito à sua privacidade, poderá sugerir continuidade da entrevista em outro momento.

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

Não são previstos benefícios diretos na participação da pesquisa. No entanto, espera-se que os resultados contribuam para a produção de informações na área, visando ao desenvolvimento de novas estratégias para enfrentamento do uso de drogas de abuso, pela equipe de saúde e pelos membros da comunidade.

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

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

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

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

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

Eu, Anai Adario Hungaro, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supra-nominado.

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

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

1- Nome: AnaiAdarioHungaro. Telefone: (44) 99815400  
Endereço Completo: Rua Jaracatiá, 97. Vila Bosque - Maringá – Pr. CEP: 87005-070  
e-mail: hungaroanai@hotmail.com

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

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

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

**ANEXOS**

## ANEXO 1

### Notícias de jornais sobre violência no Conjunto Requião

#### **Maringá Manchete**

##### **Bandidos assaltam sorveteria no centro de Maringá, 21/09/14**

Por volta das 20h40 deste domingo na avenida XV de Novembro, Centro de Maringá, bandidos armados tomaram de assalto clientes da sorveteria Espucreme. Os assaltantes foram violentos com as vítimas, um adolescente e mais um comparsa estavam armados com um revólver calibre 38 e um simulacro de pistola. Informações preliminares dão conta de que policiais militares conseguiram prender os assaltantes na av São Paulo, próximo do local do roubo. As fotos mostram uma das vítimas que passou mal após a ação dos bandidos e as duas armas apreendidas pela Polícia Militar. Policiais também localizaram no *Conjunto Requião* um terceiro envolvido no assalto, que daria fuga com um carro aos outros dois comparsas.

---

#### **Maringá Manchete, Roberto Silva**

##### **Assaltante morre após perseguição policial, 08/09/14**

A perseguição começou na BR-376 e só terminou no Contorno Norte no *Conjunto Requião* em Maringá, na tarde desta segunda-feira (08). Segundo informações da Polícia Militar, dois assaltantes roubaram um veículo Ford Ecosport na cidade de Mandaguaçu - eles abordaram o dono do carro no centro da cidade e o levaram como refém até as proximidades do distrito de Iguatemi. A vítima é morador em Maringá e tem uma propriedade rural em Mandaguaçu. Os policiais em posse das informações avistaram o carro no Contorno Norte, começou aí a perseguição, acudados, os elementos abandonaram o veículo e fugiram a pé. Um deles, Ramon Lucas Pedroso Batista, 22 anos, foi alcançado pelos policiais militares, ao apontar a arma aos policiais foi baleado na perna. O SIATE foi chamado, mas, o rapaz morreu com um tiro que acertou a veia femoral, o que o fez perder muito sangue, não houve tempo de socorro. O outro assaltante, Rodrigo Arribard, 18 anos, mesmo com o comparsa ferido saiu em disparada, mas foi preso tentando invadir uma casa. Após os procedimentos o corpo foi encaminhado ao IML de Maringá, e o preso levado para a delegacia.

---

#### **Maringá Manchete, André Almenara**

##### **Vereador fica sob mira de revólver em assalto, 21/08/14**

O vereador de Maringá, Francisco Gomes dos Santos (PTB), Chico Caiana, 50 anos, passou momentos delicados na tarde desta quinta-feira no interior de seu estabelecimento comercial, um mercado localizado na rua José Toral Querubim, no *Conjunto Requião*. Chico se preparava para ir à sessão do legislativo, quando se aproximou de seu veículo e foi abordado por um homem de capacete que portava uma arma, o vereador foi obrigado a voltar para o estabelecimento onde estavam mais quatro pessoas, um outro homem

aguardava o ladrão em uma motocicleta. O assaltante ameaçava o tempo todo com xingamentos, bastante nervoso sempre apontava a arma ao vereador e às demais pessoas. O homem fugiu em seguida levando relógio, carteira, celular e dinheiro que havia no caixa. Mesmo com a situação de violência psicológica sofrida, Chico Caiana apanhou o seu carro e perseguiu os ladrões, mas, acabou desistindo temendo pela sua vida. Em pronunciamento na tribuna da Câmara, o vereador disse que passou momentos de humilhação e pode perceber na pele o que sofre os comerciantes da cidade e do país inteiro, que têm precariamente uma segurança pública falha.

---

**Jornal do Povo Online, Tiago Mathias**

**Cinco são presos com armas e drogas no Conjunto Requião , 24/03/14**

Uma arma de calibre 38, drogas, celulares e dinheiro foram apreendidos pela Polícia Militar (PM) de Maringá na madrugada de sábado, durante patrulhamento no *Conjunto Requião*. De acordo com o relatório de ocorrências, três rapazes acabaram presos e outros dois adolescentes apreendidos. O grupo estava em atitude considerada suspeita na Rua Dirce Maria Ribeiro. Ao perceberem a aproximação da viatura, tentaram fugir em direção a uma residência. Durante revista pessoal, os policiais encontraram um revólver de calibre 38 municiado e algumas porções de drogas. Questionados, os rapazes conduziram a equipe até a residência onde um dos suspeitos havia se escondido. No local, foram encontrados 1kg de maconha, aproximadamente 100 pedras de crack embaladas para a venda, uma balança de precisão e R\$ 1 mil em dinheiro, além de vários aparelhos celulares de procedência não informada. Diante dos fatos, Jonathan da Silva, de 21 anos, Thiago Célio, de 23 anos, Fabrício da Silva, de 18 anos, e outros dois menores, com 15 e 16 anos, foram encaminhados para a 9ª Subdivisão Policial (SDP) para as cabíveis providências.

---

**Gazeta do Povo, William Kayser**

**Número de homicídios em Maringá cresce 16% no semestre, 26/07/2013**

Foram 35 casos nos primeiros seis meses deste ano contra 30 no mesmo período do ano passado. Bairro mais violento, segundo a PM, é o *Conjunto Requião*. O número de homicídios registrados no primeiro semestre deste ano foi 16% maior que o contabilizado no mesmo período de 2012. De acordo com o relatório semestral divulgado pela Polícia Militar (PM) nesta sexta-feira (5), foram 35 mortes nos primeiros seis meses de 2013 contra 30 no mesmo período do ano passado. Segundo a polícia, a maioria dos crimes está relacionada ao uso e tráfico de drogas.

---

**O Diário**

**Antitóxicos desmonta “biqueira” no Requião, 08/06/2013**

Uma série de denúncias no telefone 181 (Narcodenúncia) levou a Equipe Antitóxica, da 9ª Subdivisão Policial de Maringá, a desmontar um ponto de venda de drogas, popularmente, conhecido como “biqueira”, que funcionava havia meses em uma residência localizada no *Conjunto Requião*, zona norte da cidade. A operação resultou na prisão de seis rapazes, todos reincidentes, e na apreensão de uma pistola calibre 9 milímetros e dois revólveres 38, todos muniados, além de maconha e crack embalados para a venda. De acordo com o comando da Polícia Civil, a operação foi deflagrada por volta das 16 horas desta quinta-feira, depois de quatro investigadores da Seção Antitóxicos, que monitoravam um ponto de drogas, localizado na Rua Said Jacob, notarem uma grande movimentação de viciados no local e avistarem um rapaz sentado na área da casa, empunhando uma pistola. No momento em que davam voz de prisão ao rapaz armado, posteriormente, identificado como Flávio de Souza Leandro, 21 anos, os investigadores foram surpreendidos com a fuga de outros quatro jovens, que estavam nos fundos da residência. Na fuga, dois deles dispensaram dois revólveres, no telhado da casa vizinha, mas a ação foi frustrada e todos foram cercados e presos. Dentro da casa, os policiais encontraram 220 gramas de maconha e cinco pedras de crack. Na sequência, os investigadores seguiram para outra residência, localizada na Rua Professora Anna Saddi Barros Cunha, em Sarandi, onde flagraram JonatanDeniz da Silva, vinte anos, conhecido como “Batata”, em posse de três munições intactas. Silva foi levado à Delegacia de Sarandi e autuado em flagrante por posse ilegal de munição. Do grupo preso em Maringá, apenas Dayton Torres, 21, assumiu a posse de um revólver. Todos os demais, inclusive o dono do imóvel, negaram a propriedade da outra arma, bem como das drogas apreendidas.

**ANEXO 2**

*Atividades pré coleta de dados : Participação junto à Diretoria de Programas Sobre  
Drogas de Maringá e no território investigado*



## DIRETORIA DE PROGRAMAS SOBRE DROGAS - SASC

"A Drogas não está com você,  
se livre dessa realidade"

### REUNIÃO COMITÊ GESTOR INTERINSTITUCIONAL CRACK, É POSSÍVEL VENCER!

Data: 25 de Julho de 2013

Local: SALA DE REUNIÕES DA SASC

Horário: 08:30 horas

#### Pauta da Reunião:

1) Apresentação dos trabalhos de alunos da UEM pela professora Magda;

2) Organização do II Fórum

#### 2.1. Relato da Comissão de Organização do II Fórum;

**Dia 17 de Outubro**

7:30 – Credenciamento

8h:15min – Apresentação Cultural -

8h:30min – Mesa de Abertura

9h:15min – Palestra: Alinhamento de conceitos e práticas na política sobre drogas:

"Como vemos e como lidamos com o usuário de drogas?"

Dra. Lia Cavalcanti – Psicossocióloga fundadora da Associação Espoir Goutte d'Or (EGO) – França. Consultora da Comissão Europeia em Programas de Educação, prevenção e redução de danos.

10h:45 min às 12h – Debate

13h:30min – Apresentação Cultural -

13h:45min – Considerações sobre o Plano "Crack é possível vencer"- Representante do Comitê Gestor Nacional.

14h:15 – Vídeo: Plano Crack e Rede de Atenção no Município de Maringá – "O Desafio da Integração"

14h:45 – Painel de Diálogos com Gestores Municipais

16h:45min – Encerramento.

#### 2.2. Escolha de representantes de cada eixo para elaboração do vídeo;





## DIRETORIA DE PROGRAMAS SOBRE DROGAS - SASC

"A droga não está com você,  
se não está dentro de você."

- Convidar o Coronel Rodrigues do Conselho de Segurança, assim como representantes da Cultura e Esporte para participarem da reunião do Eixo Prevenção, que será realizada no dia 18/07/2013;
- Convidar as Igrejas para participarem do Comitê, realizando ações integradas, para fortalecer e melhorar a qualidade dos serviços e do acolhimento, assim como a Prevenção;

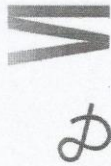
### 4) Relato da discussão da reunião do Eixo Prevenção;

**Dia 18/07/2013:** Estiveram presentes na reunião Camila Bassani (Estagiária no MP), Lucília Amaral (UEM), Anai Hungaro (CRR / CCI - HUM), Maristela Ferrari (DPSD), Fernanda Paco (DPSD), Paula Nishiyama (UEM), Rubens Marcon (COMAS), Deise Marins (Amaex - Amor Exigente).

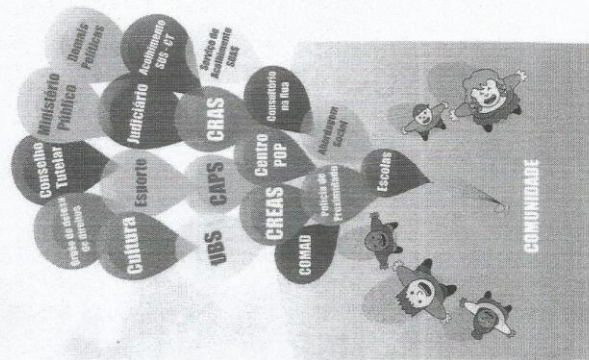
#### Assuntos tratados:

- Discussão sobre a falta de ações do Eixo Prevenção no Plano Federal (Planejamento das Ações);
- Paula informou sobre o instrumento \_\_\_\_\_, que serve para fazer um levantamento nas escolas estaduais, porém para isso estão aguardando o resultado da Fundação Araucária se vai haver financiamento, bem como que está com um projeto sendo executado em uma Comunidade Terapêutica onde faz exames para saber se há uso de drogas dentro das instituições. O recurso para este projeto foi de R\$ 15.000,00 financiado pela Senad porém, este recurso será somente até o fim do ano;
- Recurso para o Centro Regional de Referência. Está em processo de repasse para UEM;
- Discussão sobre ações de prevenção nos bairros: Importância da participação das políticas da cultura e esporte para que promova ações mais prazerosas do que as drogas e que a maior prevenção é a garantia dos direitos constitucionais;
- Discussão do Projeto Piloto de Prevenção do bairro Vila Operária. Considerando que não houve continuidade após sua aprovação pelo Comitê, solicitou-se ao diretor de Programas sobre Drogas Alex Chaves, agendamento de uma reunião com o prefeito, para assegurar compromissos com as secretarias envolvidas no projeto;
- Segundo informações da representante do Conselho Estadual, Lucília, a Sisnad recebe poucos projetos de prevenção às drogas;

# FÓRUM MUNICIPAL "CRACK, É POSSÍVEL VENCER"



# CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE POLÍTICA SOBRE DROGAS "Unindo as pontas na ponta"



### II Fórum "Crack, é possível vencer"

7h30	Credenciamento
8h30	Mesa de Abertura
9h15	Palestra: Alinhamento de conceitos e políticas na política sobre drogas: "Como vencer e como lidar com o usuário de drogas?"
10h45	Debate
13h30	Apresentação Cultural - Considerações sobre o Plano Nacional
13h45	"Crack e possível vencer" - Representante do Comitê Gestor Nacional
14h15	Video: Plano Crack e Rota de Atuação no Município de Maringá
14h45	"O Desafio da Integração" - Painel de Diálogos com Gestores Municipais
16h45	Encerramento

### III Conferência Municipal de Políticas sobre Drogas

7h30	Credenciamento
8h30	Mesa de Abertura
9h00	Leitura do Engajamento Interno
9h15	Palestra
	Dr. Carlos Alberto Feitoso Baptista - Coordenador do CESP
	- PR
10h	Debate
10h45	Avaliação da Política Pública sobre Drogas no último biênio (COMAD e Diretoria de Programas sobre Drogas)
13h30	Grupos de Trabalho
14h45	Leitura e aprovação das propostas
15h30	Apresentação e referendo dos novos conselheiros
16h	Encerramento



SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E CIDADANIA-SASC  
COMAD

28 de março 2014

**CONVITE**

O Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas – COMAD convida para o primeiro módulo do Ciclo de Capacitação para conselheiros 2014/2015, conforme segue:

**Data:** 28 de março, sexta-feira    **Horário:** Manhã: das 8 horas as 11h30min    Tarde: das 13h30 as 17 horas

**Local:** Auditório da Secretaria de Saúde, Av. Prudente de Moraes, 885.

**Tematiza:** Estrutura de Estado e Gestão de Políticas Públicas

**Carga horária:** 08 horas

**Certificação:** será disponibilizada declaração de participação expedido pelo COMAD

**Palestrante Convidado:** Wilson José Gonçalves de Araújo.

**WILSON J. G. ARAÚJO** é Assistente Social, Especialista em Dependência Química pela Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, Professor na disciplina de Políticas Públicas, em especial saúde, com foco em Saúde Mental e Dependência Química; Consultor e assessor em Políticas Públicas; Implantou no ano de 2008 a Unidade de Adolescentes Dependentes Químicos no Hospital de Neuropsiquiatria do Paraná, onde foi Coordenador e Assistente Social até 2012; Foi Presidente do Conselho Municipal da Assistência Social (CMAS) de Pirapuaçu/PR (Gestão 2009 -2011); Foi Presidente do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e Adolescente (CMDCA) de Pirapuaçu PR (Gestão 2011-2012).

Atualmente trabalha como Diretor da Proteção Social Especial na Secretaria Municipal de Assistência Social de Pirapuaçu/PR. É membro da Diretoria do CRESS/PR atuando como Conselheiro Fiscal, e membro da Comissão de Cadastro e Comissão Permanente de Ética; É conselheiro Titular no Conselho Estadual de Políticas Sobre Drogas (CONED) do Paraná. É conselheiro Suplente no Conselho Estadual de Saúde (CES) do Paraná.

**Obs.: solicitamos aos participantes que preencham a ficha abaixo e enviar no e-mail do conselho, [convite@paranainga.pr.gov.br](mailto:convite@paranainga.pr.gov.br) de preferência até o dia 25 de março para melhor organização do evento e viabilizar declaração de participação.**

Helena Maria Ramos dos Santos  
Presidente COMAD



**CONVITE**

A Prefeitura de Maringá, por meio das Secretarias de Assistência Social e Cidadania e Saúde, convida para o lançamento do projeto de prevenção às drogas,

**Drogas, conhecer para enfrentar**

Dia: 29 de Março de 2014 (sábado)  
Horário: 14 às 17 horas  
Local: **CEDUCART**  
Praça Miguel de Oliveira, s/n -  
Conjunto Requião

COMPAREÇA A MAIS ESTAÇÃO DA PREFEITURA DE MARINGÁ  
POR UMA CIDADE CADA VEZ MELHOR

**SAÚDE**  
Secretaria de Saúde

**SASC**  
Secretaria de Assistência Social e Cidadania

**Prefeitura de MARINGÁ**  
Qualidade em parceria com os cidadãos

## **CONVITE**

O Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas – COMAD convida para o segundo módulo do Ciclo de Capacitação para conselheiros 2014/2015, conforme segue:

Data : 23 de maio, sexta-feira- das 08 as 17 horas

**Modulo II - Temática: Política Nacional sobre Drogas, Direitos dos Usuários e Redução de Danos**

Local: Auditório da Pontifícia Universidade Católica - PUC - Av Prudente de Moraes esquina com Av Duque de Caxias- Centro

Temática: Política Nacional sobre Drogas e Redução de Danos

Carga horária: 08 hs/aula

Manhã : das 8 horas as 11h30min

Tema: Política Nacional Sobre Drogas e os Direitos dos Usuários

Convidado: Robertson Fonseca de Azevedo – Promotor da Infância e Adolescência da Comarca de Maringá-Pr

Tarde: das 13h30 as 17 horas

Tema: A Cultura do Consumo: a prevenção, o Tratamento e as Estratégias para Redução de Danos

Convidado: Fábio José Orsini Lopes – Psicólogo- UEM

Certificação: será disponibilizado declaração de participação expedido pelo COMAD

Inscrições: poderão ser feitas no local, informando nome completo, órgão de atuação, e-mail e telefone.

Informações: comad@maringa.pr.gov.br ou pelo fone: 3221-6456

**Maria Eloisa Ferreira Passeri** Psicóloga

Setor de Gestão do Trabalho/SUAS Secretaria de Assistência Social e Cidadania-SASC  
Rua Joubert de Carvalho, 127, Centro Maringá- Paraná - CEP 87013-200

## ANEXO 3

*Parecer do CEP*

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Universidade Estadual de Maringá

## PROJETO DE PESQUISA

**Título:** (Com) Vivendo com Drogas de Abuso: Percepção Social em uma Comunidade do Noroeste do Paraná

**Pesquisador:** Magda Lúcia Félix de Oliveira

**Versão:** 2

**Instituição:** Universidade Estadual de Maringá

**CAAE:** 01380112.0.0000.0104

## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

**Número do Parecer:** 16799

**Data da Relatoria:** 30/04/2012

## Apresentação do Projeto:

O uso de drogas de abuso tem aumentado desde a década de 1990 e suas consequências na vida do indivíduo e da sociedade são consideradas um problema de saúde pública. Consiste também, em um problema social com impactos diretos na saúde do indivíduo, e na vida da família, comunidade e sociedade (DEA et al., 2004; FIGLIE et al., 2004; HEIM, ANDRADE, 2007). O uso de drogas de abuso está inserido culturalmente na sociedade, implicando em dificuldade no manejo das drogas de abuso, também em decorrência da comercialização e fácil acesso a elas. Cerca de 10% da população dos centros urbanos de todo o mundo consomem abusivamente substâncias psicoativas, independente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo, cenário que encontra equivalência no Brasil, que está dentro da perigosa média mundial em relação ao número de usuários de drogas ilícitas (BRASIL, 2003, TAVARES, BÉRIA, LIMA, 2004). As múltiplas dimensões da vida do indivíduo, como relacionamento familiar, convívio social, trabalho e saúde, nos diferentes ciclos vitais, são afetadas em função do abuso de drogas, decorrentes do tipo de droga utilizada e seus efeitos adversos sobre o organismo do indivíduo (GONÇALVES, TAVARES, 2007). As complexas relações que envolvem o uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas constituem um cenário de vulnerabilidade à violência. Portanto, configura-se como um problema complexo e desafiante enfrentado pelos governantes dos países desenvolvidos e, principalmente, dos países em desenvolvimento (ABREU, 2007). O índice elevado do uso de drogas de abuso, geralmente é acompanhado pelos problemas sociais, de saúde, econômicos, jurídicos e legais, que envolvem violência, criminalidade e desagregação de famílias e leva à diversas consequências nas relações pessoais no meio em que o usuário está envolvido, ou seja, na própria família, no trabalho e na comunidade (BARROS, PILLON, 2006; BRASIL, 2003). Os efeitos negativos das drogas de abuso na comunidade impactam a estabilidade das estruturas, ameaçam valores políticos, econômicos, humanos e culturais dos estados e sociedades, contribui para o crescimento dos gastos com tratamento médico e internação hospitalar, para o aumento dos índices de acidentes de trabalho, acidentes de trânsito, violência urbana e mortes prematuras e, ainda, para a queda de produtividade dos trabalhadores. Afeta homens e mulheres, de todos os grupos raciais e étnicos, pobres e ricos, jovens, adultos e idosos, pessoas com ou sem instrução, profissionais especializados ou sem qualificação (CARLINI et al., 2002). Falar de drogas envolve questões de saúde e segurança pública nos aspectos do tráfico, violência, delinquência e aspectos morais envolvendo a ligação entre as necessidades de saúde, percepção social e o processo de trabalho instaurado para satisfazê-las (CAMPOS, MISHIMA, 2005). Para atender as necessidades de saúde, faz-se necessário investigar junto à comunidade a percepção dos problemas na visão do indivíduo, no entanto, são escassas as produções científicas sobre a percepção dos problemas da comunidade, sendo este um tema abordado quase que exclusivamente pela mídia (MARIN-LEON et al., 2007). O estudo será desenvolvido no município de Maringá, no Conjunto Habitacional Requião, pois representa a área com indicadores de maior violência relacionada ao consumo de drogas do município. A área total é composta por 70 quadras, distribuídas em vinte e nove ruas e duas avenidas. Atualmente possui 1492 terrenos ocupados e aproximadamente 5140 pessoas, que compõem cerca de 1639 famílias. Será realizado amostragem probabilística aleatória, representativa do total de domicílios no Conjunto Habitacional Requião I, II, III e IV, onde um membro da família responderá ao questionário. Para compor a amostra serão selecionados, aleatoriamente, 384 domicílios, onde será entrevistada para cada uma das unidades amostrais (domicílio) uma pessoa considerada legível de acordo com os critérios de inclusão (unidade observacional). Diante do contexto onde o consumo de drogas de abuso é exposto de diversas formas, a percepção social do indivíduo deve ser levada em consideração, pois pode indicar o melhor caminho para lançar estratégias de

prevenção ao uso de drogas de abuso.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Analisar a percepção social da presença de drogas de abuso e violência em uma comunidade de um município da região Noroeste do Paraná.

**Objetivo Secundário:**

Estabelecer o perfil socioeconômico e demográfico dos moradores da comunidade; Investigar a percepção social sobre drogas de abuso e violência na comunidade; Identificar a percepção social da comunidade frente às políticas públicas para enfrentamento do uso de drogas de abuso; Verificar como a infraestrutura e a rede social da comunidade influenciam para o enfrentamento do uso de drogas de abuso.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A versão atual apresenta justa ponderação entre riscos e benefícios da pesquisa. Nesse sentido esclarece:

**Riscos:**

Em se tratando de moradores de uma comunidade com território bem definido, possíveis desconfortos poderão surgir como o constrangimento ao discutir com a pesquisadora a vivência de violência na sua vizinhança ou o relato da percepção da circulação de drogas de abuso na comunidade. Diante disso, a aluna pesquisadora compreenderá estes momentos e, em respeito à privacidade do entrevistado, poderá sugerir continuidade da entrevista em outro momento.

**Benefícios:**

Os dados servirão como fonte de informações nesta área e representarão fatores essenciais para o desenvolvimento de novas estratégias para o enfrentamento do uso de drogas de abuso, pela equipe de saúde, bem como pelos membros da comunidade, que convivem diariamente nesse contexto marcado pelo uso, tráfico e as violências inerentes ao impacto das drogas de abuso na comunidade.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto está fundamentado de forma adequada. A justa ponderação entre riscos e benefícios da pesquisa foi revisada.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A proponente apresenta folha de rosto devidamente assinada pelo Chefe de Departamento. Em sua submissão inicial, o protocolo restou pendente para esclarecimentos acerca da ponderação entre riscos e benefícios da participação, dada a condição de vulnerabilidade dos sujeitos envolvidos. A referida recomendação se aplicava igualmente ao texto do TCLE que foi modificado de forma satisfatória.

**Recomendações:**

Considerando as alterações implementadas, não há recomendações a fazer.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Diante do exposto, o Comitê Permanente de Ética em Pesquisas envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá é de parecer pela aprovação da presente pesquisa, uma vez que foram devidamente solucionadas as pendências previamente apontadas.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Face o exposto e considerando o processo de avaliação ética da proposta, este comitê de ética em pesquisa se manifesta por aprovar o protocolo na forma em que ora se apresenta.