



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

CLEITON JOSÉ SANTANA

**INTERNAÇÃO HOSPITALAR E TRAUMA: EVENTO SENTINELA PARA
MONITORAMENTO DOS EFEITOS DAS DROGAS DE ABUSO**

**MARINGÁ
2015**

CLEITON JOSÉ SANTANA

**INTERNAÇÃO HOSPITALAR E TRAUMA: EVENTO SENTINELA PARA
MONITORAMENTO DOS EFEITOS DAS DROGAS DE ABUSO**

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

Área de Concentração: Gestão do Cuidado em Saúde.

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

**MARINGÁ
2015**

**Catálogo elaborado pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da
Universidade Estadual de Londrina**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

S232i Santana, Cleiton José.

Interação hospitalar e trauma : evento sentinela para monitoramento dos
efeitos das drogas de abuso / Cleiton José Santana. – Maringá, 2015.
205 f.

Orientador: Magda Lúcia Félix de Oliveira.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Maringá,
Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2015.

Inclui bibliografia.

**INTERNAÇÃO HOSPITALAR E TRAUMA: EVENTO SENTINELA PARA
MONITORAMENTO DOS EFEITOS DAS DROGAS DE ABUSO**

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

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

Prof. Dr. João Fernando Marcolan
Universidade Federal de São Paulo- UNIFESP

Prof^a. Dr^a. Laura Misue Matsuda
Universidade Estadual de Maringá - UEM

DEDICO

Aos meus pais, José e Olga, pelo exemplo de amor, caráter e dignidade. Minha imensa gratidão pelo incentivo e apoio em minhas decisões, sem medir esforços, pelos ensinamentos, por ter acreditado em mim, nas minhas escolhas e o investimento na formação. Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom da vida, pela proteção e amparo que me permitiram seguir sempre em frente em busca dos meus sonhos.

À minha mãe, Olga, pelo amor incondicional, pelo incentivo cuidado e carinho que sempre dispensou a mim e à nossa família e por sempre me apoiar e incentivar em minhas escolhas.

Ao meu pai, José, exemplo de honestidade, caráter, por conduzir minha criação e dos meus irmãos com muita paciência e bondade e pela luta diária pelo bem de nossa família.

A minha grande irmã, mãe e companheira, Cristina, por me incentivar e apoiar nos momentos de fraqueza, ao meu cunhado, Paulinho, e minha sobrinha, Maria Fernanda. A família do meu irmão, Cristiano, sua esposa, Heloisa, e meus queridos sobrinhos, José Antônio e Maria Vitória, pela força. A toda minha família, meus tios, tias, primos por todo o carinho e atenção e por torcerem por mim.

À grande amiga-irmã, Anai, pelo companheirismo, força e incentivo, a amizade verdadeira e eterna que se iniciou com este mestrado, pela acolhida durante esses dois anos em sua casa e agora com seu lindo filho, Caliel.

Ao grande amigo, Marcelo, que me acolheu em sua casa nos momentos finais da dissertação.

Às amigas especiais que me incentivaram a participar da seleção do mestrado – Maria Angélica, Renata e Andressa - , já que hoje estou aqui celebrando esta conquista.

A todos os professores do Curso de Enfermagem e Psicologia da Faculdade Pitágoras de Londrina, em especial às Coordenadoras, Renata e Maria de Lourdes e aos meus alunos pela torcida de sempre.

À toda equipe da Diretoria de Urgência em Saúde de Londrina e do SAMU Regional Londrina, em especial Vander, Izilda, Nilvana, Renata, Kamilla, Rosi, Gebran, Eduardo, Karin e Vilma.

Às minhas parceiras do grupo técnico de vigilância em Evento Sentinela, Lúcia, Érica e Mirella, sem elas esse trabalho não teria sido possível, em especial à Lúcia pela força e companheirismo, grande mulher, enfermeira e pesquisadora. A todos os amigos e colegas de mestrado, em especial, Ana Patrícia, João Lucas, Kesley, Natalina, Michele.

À minha orientadora, Magda Lúcia, 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 pesquisador, enfermeiro e ser humano.

Aos Professores, João Fernando e Laura, por aceitarem fazer parte da banca examinadora e pelas contribuições valiosas para enriquecerem 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, secretária do PSE, pela paciência e ajuda de sempre.

À Beatriz, Cinthia, Lúcia, Willian, Márcia e Anaí, “irmãos científicos”, pela amizade e companheirismo nessa empreitada.

Aos amigos “CCíticos” com quem convivi durante esses meses, trocando experiências, angústias e, principalmente, alegrias.

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

Aos amigos que me incentivaram e me deram força nos momentos difíceis nesta trajetória, Ana Carolina, Camila, Cleo, Crys, Everton Jonathan, Gisele, Geisa, Lais, Mitiko, Márcia e Patrícia.

Enfim, agradeço a **todos** que participaram e contribuíram de alguma forma para realização deste trabalho.

*A gente não se liberta de um hábito
atirando-o pela janela:
é preciso fazê-lo descer a escala,
degrau por degrau.*

Mark Twain

SANTANA, C. J. **Internação hospitalar e trauma**: evento sentinela para monitoramento dos efeitos das drogas de abuso. 205 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Maringá. Orientadora: Magda Lúcia Félix de Oliveira. Maringá, 2015.

RESUMO

Como não existe um processo de vigilância epidemiológica efetivo para mensuração da intoxicação e dos efeitos das drogas de abuso na saúde da população desenvolvido em sistemas locais de saúde por meio de sistemas passivo e ativo de monitoramento, dados descontínuos são utilizados para pautar as intervenções de prevenção e cuidado. O conceito *sentinel events* foi proposto por Rutstein e colaboradores como a ocorrência de doença, invalidez ou morte desnecessárias e preveníveis por ações de atenção primária, constituindo-se *clear-cuts* para índices da qualidade da assistência à saúde. A formação de sistemas de vigilância de eventos sentinela tem como objetivo monitorar indicadores-chaves na população geral ou em grupos especiais que sirvam como alerta precoce para o sistema, não tendo a preocupação com estimativas precisas de incidência ou prevalência na população geral. Foi formulado o evento sentinela *Internação hospitalar com diagnóstico de trauma associado à intoxicação por drogas de abuso* para vigilância epidemiológica ativa do agravo, entendendo a internação por trauma como evitável e um indicador de gravidade das condições de vida e do cuidado à saúde dos pacientes, que deveriam ter sido assistidos por políticas públicas de enfrentamento às drogas de abuso. Desenvolvido na cidade de Maringá – Paraná – Brasil, o presente estudo, do tipo exploratório-descritivo, objetivou analisar o referido evento sentinela, com vistas a construir um sistema de vigilância dos efeitos do abuso de drogas na saúde dos usuários e os reflexos em suas famílias. Investigação segundo padrões epidemiológicos e clínicos, a partir de análise documental e entrevista com familiares, com casos originários de um centro de informação e assistência toxicológica, denominado Centro de Controle de Intoxicações – CCI/HUM. A população em estudo foi composta por 30 familiares de usuários internados no Hospital Universitário Regional de Maringá – HUM no período de abril de 2014 a setembro de 2014. Como fontes de dados, foram utilizadas a Relação de Pacientes Internados e a Ficha de Ocorrência Toxicológica de Intoxicação Alcoólica e/ou outras Drogas de Abuso (OT/IA) do CCI/HUM, e o prontuário do paciente. Os instrumentos de coleta de dados utilizados foram o Roteiro de Investigação Epidemiológica de Eventos Sentinela, o Roteiro de Avaliação Clínica do paciente e o Diário de Campo, organizados pelo pesquisador. O procedimento de coleta de dados seguiu a metodologia de investigação de eventos sentinela, ampliada com a avaliação clínica dos casos. Os dados para caracterização sociodemográfica do familiar entrevistado, do evento sentinela e da família sentinela foram compilados em planilha eletrônica no *Software Microsoft Office Excel 10.0*, com apresentação da frequência absoluta e relativa, e cálculo das médias e desvio padrão. Para a classificação clínica dos eventos analisou-se a porcentagem de respostas aos itens das escalas de avaliação neurológica de Glasgow e de Reed e de avaliação da severidade das intoxicações, e dimensionou-se os respectivos escores. A matriz para avaliação dos casos seguiu o modelo de *root cause analysis*, com adaptação proposta no Protocolo de Londres pela *Seeking out the underlying root causes of events - SOURCE*. Todos os aspectos éticos envolvidos na pesquisa foram cumpridos rigorosamente (Parecer 458.185). O perfil dos usuários apontou predomínio do sexo masculino, idades entre 13 e 65 anos e média de 40,1 anos, baixa escolaridade e desemprego. A droga mais utilizada foi o álcool, isolada ou

associada a outras drogas e metade deles a utiliza diariamente. A caracterização do evento sentinela apontou 73,4% das ocorrências em ambiente externo, principalmente em acidentes de trânsito, quedas e agressões físicas. O Escore de Avaliação Clínica de Paciente Intoxicado apontou cinco (16,6%) com sintomas visíveis a sintomas graves, com risco de morte, e um caso fatal; em 18 casos (60,0%) existia o registro de politrauma e em 11 (36,6%) de alterações comportamentais e psicomotoras. A razão para início do uso de drogas relatado pelo familiar em 18 casos (60%) foi a influência de amigos, e em 17 casos (56,8%) a família descobriu o uso imediatamente, com a mudança de comportamento do usuário no contexto familiar. As semelhanças e diferenças dos eventos sentinela estavam relacionadas ao contexto de vida do usuário e sua família. Houve relatos de violência na infância, de traumas anteriores, manobras ilícitas para aquisição da droga, alterações de comportamento no âmbito domiciliar e comportamento aditivo nas famílias (42%) e em 20 % das famílias o uso de drogas acontecia dentro de residência. Com a investigação dirigida para a trajetória da ocorrência do evento, identificou-se pontos críticos, permitindo a crítica sobre o desempenho das políticas públicas. A interface entre políticas de educação, segurança pública, assistência social, economia e saúde, inadequadas e deficientes, apontaram ser a causa raiz do abuso de drogas nos casos investigados.

Palavras-chave: Vigilância de evento sentinela; Intoxicação por drogas de abuso; Ferimentos e lesões; Saúde Pública; Cuidados de enfermagem.

SANTANA, C. J. **Hospitalization and trauma**: sentinel events for monitoring the effects of drugs of abuse. 205 f. Dissertation (Master of Nursing) – State University of Maringá. Supervisor: Magda Lúcia Félix de Oliveira. Maringá, 2015.

ABSTRACT

As there is no effective epidemiological surveillance process for measurement of intoxication and the effects of drugs of abuse in population's health developed in health local systems through active and passive monitoring system, discrete data are used to point prevention and care interventions. The concept of sentinel events was defined by Rutstein and researchers as the occurrence of illness, invalidity or unnecessary and preventable death through primary care actions, making clear-cuts rates to quality health care. The formation of sentinel events surveillance systems aims to monitor key indicators in general population or in special groups that serve as an precocious warning for the system, eliminating the concern with accurate estimates of incidence or prevalence in general population. The sentinel event *Hospitalization with diagnostic of trauma associated to intoxication by drugs of abuse* was created for active epidemiological surveillance of the harm, considering hospitalization for trauma as avoidable and an indicator of severity of living conditions of life and health care of patients who should have been assisted by public policies for drug abuse. The exploratory-descriptive study, developed in Maringá, state of Parana, Brazil, aimed to analyze the sentinel event to develop a surveillance system of the effects of drug abuse in users' health and its consequences in their families. This investigation was made according to epidemiological and clinical patterns, document analysis and family interview, with cases from a center of information and toxicological assistance named Center of Toxicological Assistance at University Hospital of Maringá—HUM. The study was composed of 30 family members of patients hospitalized in University Hospital of Maringá – HUM from April to September 2014. Toxicological Occurrence Form of Alcoholic Intoxication and/or other Drugs of Abuse (OT/IA) and the list of inpatients and their records were used as data source. The data collection instruments used were the Epidemiological Investigation Route of Sentinel Events, the Patient's Clinical Evaluation Route and the logbook, organized by the researcher. The data collection procedure followed the investigation method of sentinel events, expanded with clinical evaluation of cases. The socialdemographic characterization data of the family member interviewed, of the sentinel event and the sentinel family were united in a spread sheet in *Microsoft Office Excel Software 10.0*, with presentation of absolute and relative frequency and calculating the average and standard deviation. For clinical classification of events were analyzed the percentage of responses to items of the neurological assessment scales of Glasgow and Reed and the evaluation of intoxications severity, and scaled their scores. The matrix to evaluate the cases followed root cause analyses model, with adjustment proposed in London Protocol by Seeking out the underlying root causes of events - SOURCE. All ethical aspects involved in the research were rigorously executed (Register number 458.185). The profile of users indicated predominance of males, ages between 13 and 65 years and average 40,1 years, low education level and unemployment. The most used drug was alcohol, isolated or associated to other drugs and half of the users use tem daily. The characterization of sentinel event indicated 73,4% of cases in external environment, mostly traffic accidents, falls and physical aggression. The Intoxicated Patient's Clinical Evaluation scored five (16,6%) with visible to severe symptoms, life-threatening and a fatal case; in 18 cases (60,0%) there was a polytrauma register and in 11 (36,6%) behavioral and psychomotor alterations. The reason for starting doing drugs

mentioned by the family in 18 cases (60%) was the influence of friends, and in 17 cases (56,8%) the family discovered the use immediately because of the user's behavior alteration in family context. The similarities and differences of sentinel events were related to user context of life and his family. There were reports of violence during childhood, previous traumas, illicit processes to acquire drugs, behavior alterations at home, and addictive behavior in families (42%) and in 20 % of the families the use of drugs happened inside the house. Critical points were identified due to an investigation directed to occurrence path of the event, which allowed the critic about public policy performance. Inadequate or deficient connection between education policy, public security, social assistance, economics and health seem to define in investigated cases the root cause of the use of drugs of abuse.

Key-words: Sentinel Events Suveillance; Intoxication by Drugs of Abuse; Wounds and Injuries; Public Health; Nursing Care.

SANTANA, C. J. **Internación hospitalaria y trauma: evento centinela para monitoreo de los efectos de las drogas de abuso.** 205 f. Tesina (Maestría en Enfermería) – Universidade Estadual de Maringá. Director de tesina: Magda Lúcia Félix de Oliveira. Maringá, 2015.

RESUMEN

Como no hay un proceso de vigilancia epidemiológica efectivo para mensuración de la intoxicación y de los efectos de las drogas de abuso en la salud de la población desarrollado en sistemas locales de salud por medio de sistemas pasivo y activo de monitoreo, datos discontinuos son utilizados para pautar las intervenciones de prevención y atención. Rutstein y colaboradores propusieron el concepto *sentinel events* como la ocurrencia de enfermedad, invalidez o muerte innecesarias y prevenibles por acciones de atención primaria, constituyéndose *clear-cuts* para índices de calidad de la asistencia a salud. La formación de sistemas de vigilancia de eventos centinela tiene por objetivo monitorear indicadores-clave en la población general o en grupos especiales que sirvan como alerta precoz para el sistema, no habiendo la preocupación con estimativas precisas de incidencia o prevalencia en la población general. Se formuló el evento centinela *Internación hospitalaria con diagnóstico de trauma asociado a la intoxicación por drogas de abuso* para vigilancia epidemiológica activa del agravio, entendiendo la internación por trauma como evitable y un indicador de gravedad de las condiciones de vida y del cuidado a la salud de los pacientes, que deberían haber sido asistidos por políticas públicas de enfrentamiento a las drogas de abuso. Desarrollado en la ciudad de Maringá – Paraná – Brasil, el presente estudio, del tipo exploratorio-descriptivo, objetivó analizar el referido evento centinela, para construir un sistema de vigilancia de los efectos del abuso de drogas en la salud de los usuarios y sus reflejos en las familias. Investigación según patrones epidemiológicos y clínicos, a partir de análisis documental y entrevista con familiares, con casos originarios de un centro de información y atención toxicológica, denominado Centro de Control de Intoxicaciones – CCI/HUM. La población en estudio se compuso de 30 familiares de usuarios ingresados en el Hospital Universitario Regional de Maringá – HUM en el período de abril de 2014 a septiembre de 2014. Como fuentes de datos, se utilizaron la Relación de Pacientes Ingresados y la Ficha de Ocurrencia Toxicológica de Intoxicación Alcohólica y/u otras Drogas de Abuso (OT/IA) del CCI/HUM, y el prontuario del paciente. Los instrumentos de recolección de datos utilizados fueron el Guión de Investigación Epidemiológica de Eventos Centinela, el Guión de Evaluación Clínica del paciente y el Diario de Campo, organizados por el investigador. El procedimiento de recolección de datos siguió la metodología de investigación de eventos centinela, ampliada con la evaluación clínica de los casos. Los datos para caracterización sociodemográfica del familiar entrevistado, del evento centinela y de la familia centinela fueron recompilados en plantilla electrónica en el *Software Microsoft Office Excel 10.0*, con presentación de la frecuencia absoluta y relativa, y cálculo de los promedios y desvío patrón. Para la clasificación clínica de los eventos se analizó el porcentaje de respuestas a los ítem de las escalas de evaluación neurológica de Glasgow y de Reed y de evaluación de la severidad de las intoxicaciones, y se dimensionaron los respectivos escores. La matriz para evaluación de los casos siguió el modelo de *root cause analysis*, con adaptación propuesta en el Protocolo de Londres por *Seeking out the underlying root causes of events* - SOURCE. Se cumplieron rigurosamente todos los aspectos éticos involucrados en la investigación. (Parecer 458.185). El perfil de los usuarios mostró predominio del sexo masculino, edades

entre 13 y 65 años y promedio de 40,1 años, baja educación y desempleo. La droga más utilizada fue el alcohol, aislada o asociada a otras drogas y mitad de ellos la utiliza diariamente. La caracterización del evento centinela mostro que 73,4% de las ocurrencias en ambiente externo, principalmente en accidentes de tránsito, caídas y agresiones físicas. El Escore de Evaluación Clínica de Paciente Intoxicado apuntó cinco (16,6%) con síntomas visibles a síntomas graves, con riesgo de muerte, y un caso fatal; en 18 casos (60,0%) había el registro de politrauma y en 11 (36,6%) de alteraciones comportamentales y psicomotoras. La razón para el inicio de uso de drogas relatada por familiar en 18 casos (60%) fue la influencia de amigos, y en 17 casos (56,8%) la familia descubrió el uso inmediatamente con el cambio de comportamiento del usuario en el contexto familiar. Las similitudes y diferencias de los eventos centinela se relacionaban al contexto de vida del usuario y su familia. Hubo relatos de violencia en la niñez, de traumas anteriores, maniobras ilícitas para adquisición de la droga, alteraciones de comportamiento en el ámbito domiciliario y comportamiento adictivo en las familias (42%) y en 20 % de las familias el uso de drogas se hacía dentro de la vivienda. Con la investigación direccionada hacia la trayectoria de la ocurrencia del evento, se identificaron puntos críticos, permitiendo la crítica sobre el desempeño de las políticas públicas. La interfaz entre políticas de educación, seguridad pública, asistencia social, economía y salud, inadecuadas y deficientes, mostraron ser la causa raíz del abuso de drogas en los casos investigados.

Palabras-clave: Vigilancia de evento centinela; Intoxicación por drogas de abuso; Heridas y lesiones; Salud Pública; Cuidados de enfermería.

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 por meio de investigação do evento sentinela *Interação hospitalar com diagnóstico de trauma associado à intoxicação por drogas de abuso*, estabelecido pelo Núcleo de Pesquisa Centro de Controle de Intoxicação, desenvolvido em todas as fases preconizadas para a investigação epidemiológica.

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 três artigos científicos:

- Manuscrito 1: **Análise dos efeitos de drogas de abuso pela vigilância de evento sentinela**, com objetivo de analisar os eventos sentinela interação hospitalar com diagnóstico de trauma associado à intoxicação por drogas de abuso, segundo critérios epidemiológicos e clínicos.

- Manuscrito 2: **Análise de causas raiz para o uso de drogas: investigação em eventos sentinela**, com objetivo de analisar a causa raiz do evento sentinela interação hospitalar de indivíduos com diagnóstico de trauma associado à intoxicação por drogas de abuso.

- Manuscrito 3: **Perfil psicossocial de usuários de drogas internados com trauma físico**, com objetivo de identificar o perfil psicossocial de usuários de drogas internados por trauma físico.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Fluxograma para identificação das causas de eventos sentinela Maringá - PR, abril a setembro, 2014.....	38
Figura 2 - Fluxograma da pesquisa. Maringá - PR, abril a setembro, 2014.....	41
Figura 3 - Fases da coleta de dados. Maringá - PR, abril a setembro, 2014.....	48
Quadro 4 - Etapas da análise dos eventos sentinela.....	53

Artigo 2

Quadro 1 - Etapas da análise dos eventos sentinela	85
Figura 1 - Categorias de fatores causais dos eventos sentinelas. Maringá - PR, abril a setembro, 2014	90

Artigo 3

Gráfico 1 - Aspectos do Padrão de uso de drogas pelos eventos sentinelas Maringá - PR, abril a setembro, 2014	109
Gráfico 2 - Antecedentes para o uso de drogas de abuso e para o evento sentinela. Maringá - PR, abril a setembro, 2014	110

LISTA DE TABELAS

Artigo 1

Tabela 1 - Aspectos do padrão de uso de drogas entre os casos investigados e dos antecedentes do evento sentinela. Maringá, abril a setembro, 2014	63
Tabela 2 - Distribuição dos eventos sentinela segundo local, tipo de ocorrência e droga de abuso envolvida. Maringá - PR, abril a setembro, 2014.....	65
Tabela 3 - Distribuição dos sinais e sintomas na admissão hospitalar. Maringá-PR, abril a setembro, 2014	66
Tabela 4 - Classificação clínica dos eventos sentinela. Maringá - PR, abril a setembro, 2014	67
Tabela 5 - Distribuição de fatores para iniciação do uso de drogas. Maringá - PR, abril a setembro, 2014	69
Tabela 6 - Distribuição da continuidade e abstinência do uso de drogas. Maringá – PR, abril a setembro, 2014	70

Artigo 2

Tabela 1 - Avaliação do atendimento dos eventos sentinelas pelos familiares. Maringá, abril a setembro, 2014	87
Tabela 2 - Distribuição de dados sobre a história de tratamento para dependência química. Maringá, abril a setembro, 2014.....	88

Artigo 3

Tabela 1 - Variáveis sociodemográficos e econômicos associados às famílias sentinela. Maringá – PR, abril a setembro, 2014.....	107
Tabela 2 - Variáveis sociodemográficos e econômicos associados aos eventos sentinela. Maringá – PR, abril a setembro, 2014.....	108

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA	Alcoólicos Anônimos
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
APH	Atendimento Pré Hospitalar
CCI	Centro de Controle de Intoxicações
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CIAT	Centro de Informação e Assistência Toxicológica
CID	Código Internacional de Doença
COPEP	Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAF	Ferimento de Arma de Fogo
FCC	Ferimento Corto Contuso
HMM	Hospital Municipal de Maringá
HUM	Hospital Universitário de Maringá
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IML	Instituto Médico Legal
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LENAD	Levantamento Nacional de Álcool e Drogas
MMII	Membros Inferiores
MMSS	Membro Superiores
OMS	Organização Mundial da Saúde
OT/IA	Ocorrência Toxicológica/ Intoxicação Alcoólica e outras Drogas
PPSUS	Programa Pesquisa para o Sistema Único de Saúde
PSE	Programa de Pós Graduação em Enfermagem
PS	Pronto Socorro

PSS	Poisoning Severity Score
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RCA	Análise de Causa Raiz
RENACIAT	Rede Nacional Centros de Informação e Assistência Toxicológica
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SESA	Secretaria do Estado da Saúde do Paraná
SIATE	Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência
SINITOX	Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas
SISAN	Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
SPP	Serviço de Prontuário de Pacientes
SPSS	Software Statistical Package for the Social Sciences
SOURCE	Seeking out the underlying root causes of events
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE	Trauma Crânioencefálico
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAs	Unidades de Acolhimento
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UEM	Universidade Estadual de Maringá
USG	Ultrassonografia
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	21
1.1 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA E JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	21
1.2 A RELAÇÃO DOS TRAUMAS FÍSICOS E O USO DE DROGAS DE ABUSO	24
1.3 REFERÊNCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO: VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE EVENTOS SENTINELA	27
2 OBJETIVOS	34
2.1 OBJETIVO GERAL.....	34
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	34
3 METODOLOGIA	35
3.1 TIPO DE ESTUDO	35
3.2 LOCAL DO ESTUDO	38
3.3 POPULAÇÃO EM ESTUDO	38
3.4 FONTES DE DADOS	41
3.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	43
3.6 PROCEDIMENTOS.....	45
3.6.1 Organização e Capacitação da Equipe de Pesquisa.....	45
3.6.2 Realização de Teste Piloto.....	46
3.6.3 Coleta de Dados.....	46
3.7 ANÁLISE E PROCESSAMENTO DOS DADOS	51
3.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	54
4 ARTIGO 1	55
5 ARTIGO 2	78
6 ARTIGO 3	101
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	124
8 IMPLICAÇÕES DO ESTUDO PARA O ENSINO, A PESQUISA E A PRÁTICA DE ENFERMAGEM	127
REFERÊNCIAS	129
APÊNDICES	136
Apêndice 1- Distribuição do Perfil e motivo das recusas. Maringá - PR, abril a setembro, 2014	137
Apêndice 2-Trajetória dos eventos sentinelas	138

Apêndice 3 - Internação hospitalar e trauma como evento sentinela para o monitoramento dos efeitos das drogas de abuso - Roteiro de investigação de eventos sentinela	175
Apêndice 4 - internação hospitalar e trauma como evento sentinela para o monitoramento dos efeitos das drogas de abuso – Roteiro de classificação clínica	179
Apêndice 5 - Diário de campo	183
Apêndice 6 - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	184
ANEXOS	186
Anexo 1 - Relação dos pacientes internados CCI/HUM	187
Anexo 2 - Ficha de notificação e de atendimento de ocorrência toxicológica – intoxicação alcoólica / outras drogas de abuso.....	188
Anexo 3 - Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde - cid-10	192
Anexo 4 - Folhete de informativo dos serviços de atenção em saúde mental do município de Maringá.....	200
Anexo 5 - Parecer COPEP/UEM.....	202
Anexo 6 - Parecer para acesso a prontuários hospitalares HUM	204

1 INTRODUÇÃO

1.1 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA E JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Em minha experiência profissional e acadêmica, como enfermeiro no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU - e nos plantões realizados no Centro de Controle de Intoxicações do Hospital Universitário Regional de Maringá - CCI/HUM -, tenho assistido um número expressivo de ocorrências envolvendo o abuso de drogas associado à violência e conseqüente trauma físico. A maioria dos pacientes atendidos com história de trauma associado ao uso de drogas apresentava sinais e sintomas de maior gravidade, o que requeria um período maior de internação hospitalar e aumentava a incidência de sequelas temporárias ou permanentes.

O avanço das drogas nas sociedades e os impactos diretos e indiretos decorrentes desse avanço nos convidam a refletir sobre formas mais plurais de conviver e desenvolver respostas mais eficazes para esses problemas que emergem a cada dia. Se deixarmos a frieza do número das informações estatísticas, a maioria de nós é afetada, direta ou indiretamente, pelo uso/abuso, pela dependência, pelo tráfico de drogas e, quando não isso, pela violência associada a comportamentos sociais inadequados (MELO, 2011). Considerado um grave problema social e de saúde pública de âmbito global, o uso abusivo de drogas constitui fator de risco para acidentes/violência e/ou trauma, culminando em mortes, perdas funcionais temporárias e permanentes, e em agravos que geram elevados custos sociais e econômicos (BRASIL, 2013a; JANG et al., 2013; NICASTRI, 2013; OKAMURA et al., 2012).

A relevância do presente estudo fundamenta-se, então, na necessidade emergente de construção de medidas de enfrentamento para um problema que afeta milhões de pessoas em todas as faixas etárias, com enorme variedade de conseqüências biopsicossociais, familiares e individuais, em um momento em que o Brasil parece apresentar uma tendência de aumento de consumo de drogas lícitas e ilícitas (MALBERGIER; CARDOSO; AMARAL, 2012).

Considerando que o uso abusivo de drogas é um fenômeno que precisa ser (re)conhecido e divulgado, nos últimos dez 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 - realiza estudos que acompanham o aumento significativo de notificação 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. Os estudos foram pautados, particularmente, pela necessidade de descrever as relações entre drogas de abuso, violências e crime e as consequências nas famílias, nas comunidades e no trabalho (ARNAUTS; OLIVEIRA, 2012; BALLANI; OLIVEIRA, 2007; BERNARDY; OLIVEIRA; BELLINI, 2011; GAVIOLI et al., 2014; REIS; UCHIMURA; OLIVEIRA, 2013; SANTANA et al., 2014; SELEGUIM et al., 2011; SILVINO et al., 2012).

Este fenômeno emergente, embora seja objeto de pesquisas para a construção de ações e políticas públicas no âmbito da saúde, geralmente é monitorado por meio de inquéritos transversais, em amostras para grandes regiões ou capitais. Porém, estes estudos têm se mostrado insuficientes para a reorientação das ações em nível local, pois dados locais são necessários para caracterizar o perfil de risco e vulnerabilidade de grupos e para apoiar programas de intervenção (BRASIL, 2009; BRASIL, 2014; HARTZ; CHAMPAGNE; LEAL, 1996; MARQUES, 2005).

Não existe um processo de vigilância epidemiológica efetivo para mensuração do efeito das drogas de abuso na saúde da população, porque dados descontínuos são utilizados para pautar as intervenções de prevenção e cuidado. O desconhecimento de informações atualizadas compromete a validade dos índices, pois se há muitos resultados desconhecidos, os achados poderão não mostrar a situação real (HARTZ; CHAMPAGNE; LEAL, 1996).

O enfermeiro se destaca no desenvolvimento de ações de vigilância epidemiológica, gerenciando situações e construindo habilidades para estabelecer prioridades dentro dos limites e dos recursos existentes. Especificamente na vigilância epidemiológica das drogas de abuso, atua desde a coleta de informações, que irá auxiliar na detecção e investigação de casos para identificar, analisar e interpretar tendências, determinantes sociais, econômicos e demográficos, à sensibilização e organização da equipe multiprofissional e da comunidade na prevenção, reabilitação e reinserção psicossocial do usuário de drogas, com vistas a operacionalizar programas e políticas públicas para solução de problemas relacionados ao uso de drogas de abuso (BRASIL, 2014).

O uso abusivo ou não de drogas, como uma realidade crescente em nossa sociedade, exige do enfermeiro capacidade de atuação multidisciplinar. Além dos conhecimentos específicos na área de álcool e drogas, é desejável que este profissional possua conhecimentos que possibilitem o aproveitamento de ferramentas práticas, que possam ser utilizadas em favor de uma estratégia de enfrentamento e redução de danos. A perspectiva de atuação descrita busca contemplar a integração do enfermeiro nas ações específicas da enfermagem de saúde pública, desenvolvida nos serviços que compõem a rede de Atenção do Sistema Único de Saúde (SUS). A prevenção de riscos voltada para o uso abusivo de substância demanda a ampliação do conhecimento acerca dos efeitos farmacológicos e do contexto sociocultural envolvidos no uso das diversas drogas disponíveis, e a identificação de riscos potenciais ou reais. A identificação de riscos deve envolver necessariamente o olhar do profissional enfermeiro acerca das condições que considera perigosas ou facilitadoras do uso abusivo de substâncias, o grupo familiar, a rede social, o comportamento de risco, a participação de gestores e líderes e a sociedade como um todo é fundamental no processo de prevenção, reabilitação e reinserção psicossocial (BECK; DAVID, 2007).

Para a vigilância epidemiológica do fenômeno droga de abuso em um sistema local de saúde, foi formulado, então, um evento “sentinela” buscando-se uma medida da evitabilidade dos eventos e, conseqüentemente, da qualidade da atenção intersectorial, em desenvolvimento desde 2008. A partir da busca ativa e da investigação epidemiológica, são construídos a trajetória e o perfil do que seria “evitável” na história dos casos.

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

A multiplicidade de pesquisas que abordam a “evitabilidade” de internações hospitalares e mortalidade por trauma evidencia sua força como um sensível indicador para eventos sentinela, levando-se em conta a possibilidade de dados mais fidedignos e a concentração de investimentos públicos para o enfrentamento dos efeitos do uso de drogas de abuso na sociedade (ARNAUTS; OLIVEIRA, 2012; IMAMURA, 2012; RASSLAN; BIROLINI, 1998). O evento sentinela proposto foi considerado um indicador de gravidade

das condições de vida e do cuidado à saúde dos pacientes, que estariam no “fundo do poço” ou em extrema vulnerabilidade social e deveriam ter sido assistidos por políticas públicas em dispositivos de promoção à saúde e prevenção de agravos ou de tratamento e reinserção social (BRASIL, 2013a).

Neste contexto, a presente dissertação está vinculada ao projeto de pesquisa *Vigilância epidemiológica das intoxicações por drogas de abuso: investigação de evento sentinela por critérios epidemiológicos, clínicos e laboratoriais*, do Programa Pesquisa para o Sistema Único de Saúde: Gestão Compartilhada em Saúde PPSUS - Fundação Araucária-PR/ SESA-PR (2013-2014), ancorada ao Núcleo de Pesquisa Centro de Controle de Intoxicações, com o objetivo geral de avaliar a aplicabilidade do procedimento de vigilância epidemiológica de eventos sentinela a partir da internação hospitalar de indivíduos com diagnóstico suspeito de traumas decorrentes do uso de drogas de abuso em Maringá, Paraná, Brasil.

Diante disso, na presente investigação pretende-se responder às seguintes questões: o trauma em intoxicados por drogas de abuso acontece naqueles indivíduos com longa trajetória de uso de drogas em vulnerabilidade social e pode ser utilizado como evento sentinela para avaliação da gravidade dos casos e de falhas no acolhimento aos usuários e famílias? Os indivíduos evento sentinela, usuários de drogas e suas famílias ainda não foram acolhidos por políticas públicas adequadas?

1.2 A RELAÇÃO DOS TRAUMAS FÍSICOS E O USO DE DROGAS DE ABUSO

O aumento do uso de drogas pela população brasileira tem ocasionado aumento da atenção a pacientes intoxicados por este grupo de agentes tóxicos em serviços de atenção às urgências e em unidades de internação hospitalar, com diagnósticos médicos relacionados diretamente ao uso de drogas – efeitos da intoxicação aguda e da intoxicação crônica-, ou a efeitos secundários ao uso, como doenças orgânicas, comorbidades psiquiátricas e eventos traumáticos de diversas tipologias e natureza (BRASIL, 2013a; JANG et al., 2013; MALBERGIER; CARDOSO; AMARAL, 2012; MELO, 2011; OKUMURA et al., 2012). A palavra "trauma", do ponto de vista semântico, vem do grego trauma, no plural: traumatos, traumas, cujo significado é “ferida”. Esta admite vários significados, todos eles ligados a acontecimentos não previstos e indesejáveis que produzem alguma forma de lesão, dano ou traumatismo. Embora "traumatismo" seja mais

propriamente a consequência de um trauma, normalmente é utilizado como sinônimo de trauma físico (MOCK et al., 1998).

O trauma é definido como qualquer lesão de tecido, órgão ou parte do corpo produzido por ação violenta, por um agente físico ou químico externo ao organismo de etiologia acidental ou intencional e de intensidade e extensão variadas, em que o poder do agente agressor supera a resistência encontrada, podendo estar situada nos diferentes segmentos corpóreos. Embora na maioria dos casos a noção de trauma esteja vinculada a uma ferida ou lesão que deixa algum tipo de seqüela física, moral, emotiva ou mental, as lesões relacionadas a ele podem ocasionar incapacidades físicas e/ou mentais temporárias ou permanentes (CREDO; FÉLIX, 2012; IMAMURA, 2012; MOCK, C. N. et al., 1998; RASSLAN; BIROLIN, 1998).

Independente de sua melhor definição, o fato é que o trauma é uma doença que representa um problema de grande magnitude e transcendência no Brasil, que tem provocado forte impacto na morbidade, incapacidade e mortalidade da população, com aumento das internações hospitalares em homens e mulheres e um importante custo humano, econômico e social (ARNAUTS; OLIVEIRA, 2012; KORCHA, R. A. et al., 2014 LIMA, 2012; RASSLAN; BIROLIN, 1998).

Lesões traumáticas ou lesões físicas são relacionadas pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID 10 - como lesões por causas externas de morbidade e de mortalidade e configuram um conjunto de agravos à saúde, de origem não intencional ou acidente, e intencional – violência, negligência e abuso, como acidentes automobilístico, motociclístico e ciclístico; atropelamento; ferimentos por arma de fogo, por arma branca e outros instrumentos; agressão/espancamento; queda; afogamento; queimaduras de diversas etiologias (BRASIL, 2008; IMAMURA, 2012).

Índices de lesões por causas externas não são uniformemente distribuídos ao redor do mundo e são muito influenciadas pela situação socioeconômica das várias regiões. As lesões traumáticas são responsáveis por mais de 3,2 milhões de mortes e mais de 312 milhões de feridos ao ano em todo o mundo. Nos Estados Unidos da América (EUA) mais de 60 milhões de pessoas, a maioria com idade até 40 anos, são vítimas de lesões traumáticas a cada ano; ocupam o 4º lugar na classificação de causa de mortes em todas as idades e são as principais causas de morte entre crianças, adolescentes e adultos jovens

(IMAMURA, 2012; MACKENZIE; FOWLER, 2008; POTENZA; NOLAN, 2007; SAMUEL et al., 2009).

No Brasil, a violência e as lesões traumáticas têm sido causas predominantes na morbimortalidade da população desde a década de 1980; até 2007, representavam 12,5% dos óbitos, especialmente entre os homens jovens (83,5%). O padrão de ocorrência do trauma no Brasil não difere de outros países latino-americanos, pois a maior parte dos óbitos é causada por homicídios ou está relacionada a acidentes de trânsito. Em 2007 houve 47.707 homicídios e 38.419 lesões traumáticas e óbitos relacionados ao trânsito, que juntos constituem 67% do total de 131.032 óbitos por causas externas (IMAMURA, 2012; REICHENHEIM et al., 2011).

O trauma é uma doença multissistêmica com caráter endêmico e situa-se no campo da saúde como um dos agravos impostos pela violência aos indivíduos em seus mais variados tipos e manifestações, dentre os quais a relação com o consumo de drogas de abuso (ARNAUTS; OLIVEIRA, 2012; KORCHA, R. A. et al., 2014; RASSLAN; BIROLIN, 1998). A associação álcool e outras drogas de abuso e o aumento da violência urbana está associada como fator causal dos traumas por acidentes e por agressão, principalmente porque os usuários de drogas de abuso apresentam comportamentos impulsivos e de exposição a risco que, se combinados com um ambiente geralmente violento, potencializam a probabilidade de sofrer ou testemunhar eventos traumáticos (IMAMURA, 2012; ROBBEN; SUÁREZ-OROZCO, 2000).

Pesquisa realizada com jovens até 18 anos de idade, diagnosticados com intoxicação alcoólica e histórico de violência, apontou aqueles que sofreram agressão com 10,8 vezes mais chances de necessitarem de internação hospitalar em relação aos que não relataram associação com violência. Para as crianças e adolescentes com intoxicação alcoólica e acidentes por causas diversas, a chance de internação foi 14,2 vezes maior (OLIVEIRA; ARNAUTS, 2011).

O consumo em *binge*, consumo esporádico excessivo em curto espaço de tempo, aumenta o risco dos indivíduos que consumiram álcool envolverem-se em um acidente de trânsito em cerca de três vezes. Definido como um beber episódico, quando uma grande soma de bebidas é consumida em um curto período, esse termo é “o consumo de mais do que 60 gramas de álcool etílico por um adulto do gênero masculino em uma mesma ocasião” (FARKE; ANDERSON, 2007).

Considerando que o consumo em *binge* é um fator de risco importante para tornar-se vítima em um acidente de trânsito e é a forma como a maioria da população que consome bebidas alcoólicas o faz, há uma demonstração da magnitude do problema de beber e dirigir e o desafio que isso representa na elaboração de estratégias de prevenção. A forma *binge* é a prática que mais expõe o jovem a problemas sociais e de saúde, sendo o acidente de trânsito, o envolvimento em brigas, vandalismo e a prática de sexo sem segurança os mais comuns (OLIVEIRA; ARNAUTS, 2011; WESSELOVICZ et al., 2008).

O abuso de drogas está relacionado a mais de 50% dos traumas atendidos nos serviços de saúde, porém o atendimento à pessoa usuária de drogas em um hospital ou unidade de atenção às urgências é voltado à lesão causada pelo trauma e não inclui um “olhar” à violência e ao uso da droga, pois estes não são considerados problemas de saúde de intervenção imediata e em muitos atendimentos não são identificados como causa do trauma. Nesse sentido, estudos que visem desenvolver conhecimento sobre a dependência de drogas de abuso, principalmente no que diz respeito aos fatores de vulnerabilidade, poderiam contribuir para ações preventivas no que tange aos prejuízos e sintomas associados a esse quadro (SACKS; MCKENDRICK; BANKS, 2008).

O consumo de drogas como o álcool não ocorre de forma uniforme socialmente e está presente principalmente em comunidades e famílias com elevada vulnerabilidade, além de ser reconhecido como um dos principais fatores de risco para o trauma físico e psicológico (ARNAUTS; OLIVEIRA, 2012; BERNARDY; OLIVEIRA, 2012; BRASIL, 2013a; REIS; UCHIMURA; OLIVEIRA, 2013). É importante conhecer as circunstâncias em que ocorrem os traumas associados às drogas de abuso, e os fatores relacionados a este evento - o contexto familiar, o ambiente do uso de drogas e o círculo de convivência da vítima, pois possibilita identificar e quebrar a teia que determina a aproximação da droga e consequentemente o abuso, a violência e a hospitalização (DEGENHARDT; MATHERS; HALL, 2014; MARTINS, 2013).

1.3 REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO: VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE EVENTOS SENTINELA

No Brasil, a vigilância e o monitoramento de acidentes e violências são realizados a partir dos sistemas de informação sobre mortalidade e internações hospitalares, boletins de ocorrência policial e comunicações de acidentes de trabalho. O atendimento às vítimas de

violência em uma unidade de urgência ou em um hospital, exceto para os casos previstos em legislação, é voltado à lesão causada pelo trauma e isso pode resultar em subnotificação de morbidades (BRASIL, 2014; IMAMURA, 2012; SACKS; MCKENDRICK; BANKS, 2008).

O monitoramento da relação uso de drogas de abuso, violência e trauma é realizada a partir de informações tóxico-farmacológicas dos Centros de Informação e Assistência Toxicológica – CIAT -, considerados unidades sentinela para o monitoramento das intoxicações e também por pesquisas acadêmicas e operacionais (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CENTROS DE INFORMAÇÃO E ASSISTÊNCIA TOXICOLÓGICA, 2009; MASCARENHAS et al., 2009). A organização de redes de fontes de notificação especializadas, motivadas para participar de esforços colaborativos comuns voltados ao estudo de problemas de saúde ou de doenças específicas, assegura representatividade e qualidade às informações produzidas, ainda que não se pretenda conhecer o universo de ocorrências (BRASIL, 2009; BRASIL 2014).

A vigilância epidemiológica é entendida como a contínua e sistemática coleta, análise e interpretação de dados sobre eventos que afetam a população, seguida da rápida disseminação dos dados analisados aos responsáveis pelas atividades de prevenção e controle. É desenvolvida a partir de sistemas locais de saúde com o objetivo de agilizar o processo de identificação e controle de eventos adversos à saúde ou de fatores de risco (BRASIL 2014; THACKER et al., 1996). Tem como propósito subsidiar a ação de profissionais de saúde para o planejamento, a organização dos serviços de saúde e a normatização de atividades técnicas a partir de informações atualizadas sobre a ocorrência de doenças e agravos e os fatores que as condicionam, numa área geográfica ou população definida (BRASIL, 2009).

Dependendo das características do agravo, dos objetivos do sistema, dos recursos disponíveis e da fonte ou das fontes de informação a serem utilizadas, pode-se optar por sistemas ativos ou passivos de vigilância. O sistema passivo tem como fonte de informação a notificação espontânea dos casos; tem menor custo, contudo é mais vulnerável à subnotificação (BRASIL, 2009).

O sistema ativo caracteriza-se pelo estabelecimento de um contato direto, a intervalos regulares, entre a equipe da vigilância e a fonte de informação e permite um melhor conhecimento do comportamento dos agravos à saúde nas comunidades, tanto em seus aspectos quantitativos como qualitativos. São exemplos de vigilância pelo sistema

ativo a busca ativa de casos, a investigação de condições marcadoras e a investigação de eventos sentinela (BRASIL, 2009; BRASIL 2014; KESSNER; KALK; SINGER, 1973; RUTSTEIN et al., 1976; TRAVASSOS, 1985).

Entende-se que vigilância de áreas sentinela ou vigilância sentinela é um modo de se utilizar modernas técnicas da epidemiologia aliadas a formas de simplificar a operacionalidade de coleta de dados. Existem várias técnicas de monitoramento para esta forma complementar de informações à vigilância tradicional e uma delas está baseada na ocorrência de evento sentinela (BRASIL, 2009; RUTSTEIN et al., 1976).

O conceito de óbitos evitáveis, ou *sentinel events*, foi proposto por Rutstein e colaboradores, como a ocorrência de doença, invalidez ou morte desnecessária e prevenível por ações da atenção primária. Considerando que estas condições poderiam ser melhoradas por tecnologias e ações de saúde eficazes, constituem *seclear-cuts*, que são índices de qualidade da assistência à saúde de uso imediato (RUTSTEIN et al., 1976).

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

Vários autores têm proposto esta ferramenta para avaliação da eficácia de sistemas de saúde como uma forma de “monitoramento de emergência” e defendem a ampliação conceitual de evento sentinela, usada para designar a incorporação de novos conceitos ao processo de análise, diferente daquele obtido sem o seu uso (BALLANI; OLIVEIRA, 2007; FERNANDES; VIEIRA; SCOCHI, 2013; PENNA, 2001; SANTANA, et al., 2014; SILVINO et al., 2012; TEIXEIRA; CASSIANI, 2014).

O *Working Groupon Preventable and Manageable Diseases* elaborou uma lista em que estão incluídas doenças, invalidez ou mortes, a partir da qual pode se eleger um conjunto de eventos sentinela. Nesta cética, Penna (2001, p. 189) defende a ampliação conceitual de evento sentinela:

Ampliando-se o conceito proposto, o evento sentinela pode ser definido como algo que não deve ocorrer se o serviço de saúde funcionar adequadamente. A partir de sua ocorrência, desencadeia-se uma investigação para a detecção das falhas que tornaram o evento possível, visando sua correção de modo a garantir o funcionamento adequado do sistema de saúde. Neste conceito ampliado, podemos pensar também em

eventos sentinelas que não sejam só os propostos inicialmente, como morte por causa não violenta sem assistência médica. Podemos também pensar em eventos sentinelas para avaliação de aspectos específicos do processo, como uso de exames complementares ou acesso, etc. A ideia básica é a coleta de informação a partir do fato negativo do que foi previamente definido como o que não deve ocorrer

O evento sentinela abre novas veredas para a compreensão e análise de ocorrência dos agravos. Ampliando o conceito proposto e considerando evento em saúde como uma manifestação de doença ou uma ocorrência que apresente potencial para causar doenças, pode-se eleger eventos sentinelas com a finalidade de avaliar aspectos específicos do processo de atenção à saúde (BALLANI; OLIVEIRA, 2007; RUTSTEIN et al., 1976; SANTANA, et al., 2014; SILVINO et al., 2012).

A formação de sistemas de vigilância de eventos sentinela teria como objetivo monitorar indicadores-chave na população geral ou em grupos especiais, que sirvam como alerta precoce para o sistema, não tendo a preocupação com estimativas precisas de incidência ou prevalência na população geral. Esses indicadores são gerados pela capacidade de se formar juízo sobre a situação que permita tomar decisões para medidas corretivas a serem implementadas (BALLANI; OLIVEIRA, 2007; BRASIL, 2009; SANTANA, et al., 2014)).

A seleção de um fato negativo, com resultado adverso sério, sinaliza para a necessidade imediata de resposta e gera dois desafios: compreender como e por que o evento ocorreu e prevenir a ocorrência do mesmo evento ou evento similar no futuro. A técnica de investigação de eventos sentinela parte da constatação da existência de falhas do processo que contribuíram para o efeito negativo. A partir do conhecimento de cada uma destas falhas se produz uma investigação para determinar como eventos similares podem ser prevenidos no futuro (BALLANI; OLIVEIRA, 2007; TEIXEIRA; CASSIANI, 2014).

As vantagens do uso dessa técnica são o menor custo, com diminuição da coleta de dados em relação a um universo de casos, a condição de obrigar uma definição clara dos objetivos dos serviços de saúde e sua capacidade de detectar ocorrências na população não coberta pelos serviços de saúde. A vigilância de um evento sentinela específico não serve apenas à monitoração da proporção de ocorrência de condições específicas para avaliar a estabilidade ou alteração nos níveis de saúde de uma população, é também o estudo da proporção de doenças em um corte específico, área geográfica ou subgrupo populacional

para estimar uma tendência na população maior (FERNANDES; VIEIRA; SCOCHI, 2013; HARTZ; CHAMPAGNE; LEAL, 1996; PENNA, 2001; SCOCHI, 1996).

Tais eventos têm sido utilizados em vários países para o monitoramento da qualidade da atenção ao paciente. No entanto, o procedimento de vigilância epidemiológica através de fontes ou eventos sentinela, visando estabelecer a causa básica do evento (raiz causal) ou riscos evitáveis e propor futuras medidas preventivas para o evento, ainda é pouco utilizado no Brasil (BALLANI; OLIVEIRA, 2007; FIGUEIRÓ et al., 2011).

A vigilância epidemiológica dos efeitos do uso de drogas de abuso na saúde, considerados como pouco influenciáveis pela intervenção dos serviços de saúde pois se relacionam a fatores mais diretamente ligados a outros aspectos sociais, poderia ser realizada a partir da construção de eventos sentinela, para compreensão do fenômeno abuso de drogas e assim servir como contraponto à avaliação de outros agravos mais suscetíveis à intervenção.

Ainda que no momento atual não se disponha de manuais práticos com orientações técnicas e operacionais para estas alternativas metodológicas, toma-se importante que sejam estimuladas e apoiadas, particularmente para serem desenvolvidas nos sistemas locais de saúde, visando obter-se informações que atendam ao principal objetivo da vigilância epidemiológica que é o pronto desencadeamento de ações preventivas (BRASIL, 2009).

Nesse sentido, autores têm estabelecido eventos sentinela para vigilância epidemiológica dos efeitos das drogas de abuso na saúde humana, como *Internação hospitalar de jovens com diagnóstico de efeitos secundários do uso de drogas*, e *Internação hospitalar com diagnóstico de trauma associado à intoxicação por drogas de abuso* (BALLANI; OLIVEIRA, 2007; SANTANA et al., 2014; SILVINO et al., 2012).

A potencialidade do evento sentinela *Internação hospitalar de jovens com diagnóstico de efeitos secundários do uso de drogas* foi avaliada e divulgada em estudos anteriores (BALLANI; OLIVEIRA, 2007; SANTANA et al., 2014; SILVINO et al., 2012). Considerando potencialidade como a possibilidade da realização ou a capacidade de vir a ser, as informações coletadas de fichas epidemiológicas, registros de internações hospitalares e visitas domiciliares foram cuidadosamente exploradas e analisadas com rigor ético.

As investigações referidas responderam a duas questões: os dados do evento sentinela evidenciam a inevitabilidade da gravidade dos casos de intoxicação e comorbidades das drogas de abuso? Os dados locais e de pequenas áreas podem refletir os diferenciais de risco a que estão submetidas as populações e subsidiar propostas de intervenção localregionais? Com base no reconhecimento dos fatores de risco para o início e a continuidade do uso de drogas entre os jovens estudados, elaborou-se um modelo síntese das causas subjacentes e raiz, elencando: contexto familiar, cultura/estilo de vida, educação, religião, atenção à saúde, assistência social, economia e segurança pública.

A operacionalização do evento sentinela permitiu analisar os danos do uso de drogas de abuso nas famílias, determinar aspectos das condições de vida, verificar as iniquidades locais, regionais e de assistência sócio sanitária da população investigada, compreender o perfil de risco a vulnerabilidade da mesma frente ao uso de drogas de abuso e apontar ações inadequadas nos sistemas locais de saúde ou a insuficiência de ações adequadas à prevenção do mesmo, com reorientação das ações em nível local.

A investigação epidemiológica avaliada nos estudos desvia-se dos padrões tradicionais por seu caráter menos pragmático e sua abordagem mais qualitativa, porém a sua aplicação permitiu obter muitas informações a partir de um número reduzido de casos, possibilitando incluir questões que a princípio estariam descobertas pela análise tradicional e contribuir na definição de prioridades para as ações preventivas do abuso de drogas.

Quanto aos objetivos de uma investigação epidemiológica, quando o investigador privilegia a busca dos “culpados” o processo tende a encerrar-se nas proximidades das consequências do evento, no entanto, quanto mais completa a análise, maior é a possibilidade da identificação de outros fatores causais e de limites da conclusão anterior. A investigação do evento sentinela pode nos trazer informações não só quanto a possíveis falhas do processo de assistência à saúde, mas também permitir detectar grupos não assistidos, ou seja, não cobertos por políticas públicas intersectoriais (HARTZ et al., 1996; CANADIAN PATIENT SAFETY INSTITUTE, 2006; ROCHA et al., 2010; TEIXEIRA; CASSIANI, 2010).

A metodologia de investigação dos eventos sentinela deu-se a partir dos seguintes passos: definição de um grupo técnico responsável pela investigação; definição do evento e constituição de matriz de análise, busca ativa e triagem dos casos para investigação; investigação epidemiológica dos casos - levantamento e análise de dados por abordagem retrospectiva, utilizando o princípio de *root cause analysis*, que se caracteriza como um

processo de identificação dos fatores causais com estudo individual de cada caso; e análise de evitabilidade dos eventos, com identificação dos determinantes para intervenções de prevenção e implementação de estratégias para cuidado e enfrentamento ao uso de drogas de abuso abuso (BALLANI, 2006; BALLANI; OLIVEIRA, 2007; HEALTH AND SAFETY EXECUTIVE, 2004; RUTSTEIN et al., 1976; SANTANA et al., 2014; SILVINO et al., 2012; THACKER et al., 1996).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o evento sentinela Internação hospitalar com diagnóstico de trauma associado à intoxicação por drogas de abuso.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analisar os eventos sentinela internação hospitalar com diagnóstico de trauma associado à intoxicação por drogas de abuso, segundo critérios epidemiológicos e clínicos.

Analisar a causa raiz do evento sentinela internação hospitalar de indivíduos com diagnóstico de trauma associado à intoxicação por drogas de abuso.

Identificar o perfil psicossocial de usuários de drogas internados por trauma físico.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo exploratório-descritivo desenvolvido a partir da investigação de um evento sentinela para a vigilância epidemiológica dos efeitos sócio-sanitários das drogas de abuso, com análise documental e entrevista domiciliar (BALLANI, 2006; BALLANI; OLIVEIRA, 2007; CANADIAN PATIENT SAFETY INSTITUTE, 2006; HEALTH AND SAFETY EXECUTIVE, 2001; RUTSTEIN et al., 1976; SANTANA et al., 2014; SILVINO et al., 2012).

As pesquisas exploratórias têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. São desenvolvidas com o objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato (GIL, 2010).

As pesquisas descritivas têm como objetivo descrever as características de determinada população ou fenômeno ou estabelecer relações entre variáveis. Salienta as características de um grupo e a distribuição por idade, sexo, procedência, nível de escolaridade, nível de renda, estado de saúde, etc. Algumas pesquisas descritivas vão além da simples identificação da existência de relações entre variáveis, pretendendo determinar a natureza dessa relação e proporcionar uma nova visão do problema, o que a aproxima das pesquisas exploratórias (GIL, 2010).

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

A entrevista é o procedimento mais usual de trabalho de campo e também uma forma de interação social na qual o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais, ou seja, uma forma de diálogo em que uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação (MINAYO, 2010).

No presente estudo foi definido como evento sentinela *Internação hospitalar com diagnóstico de trauma associado à intoxicação por drogas de abuso*, entendendo a intercorrência internação por trauma como evitável e indicadora de maior gravidade dos

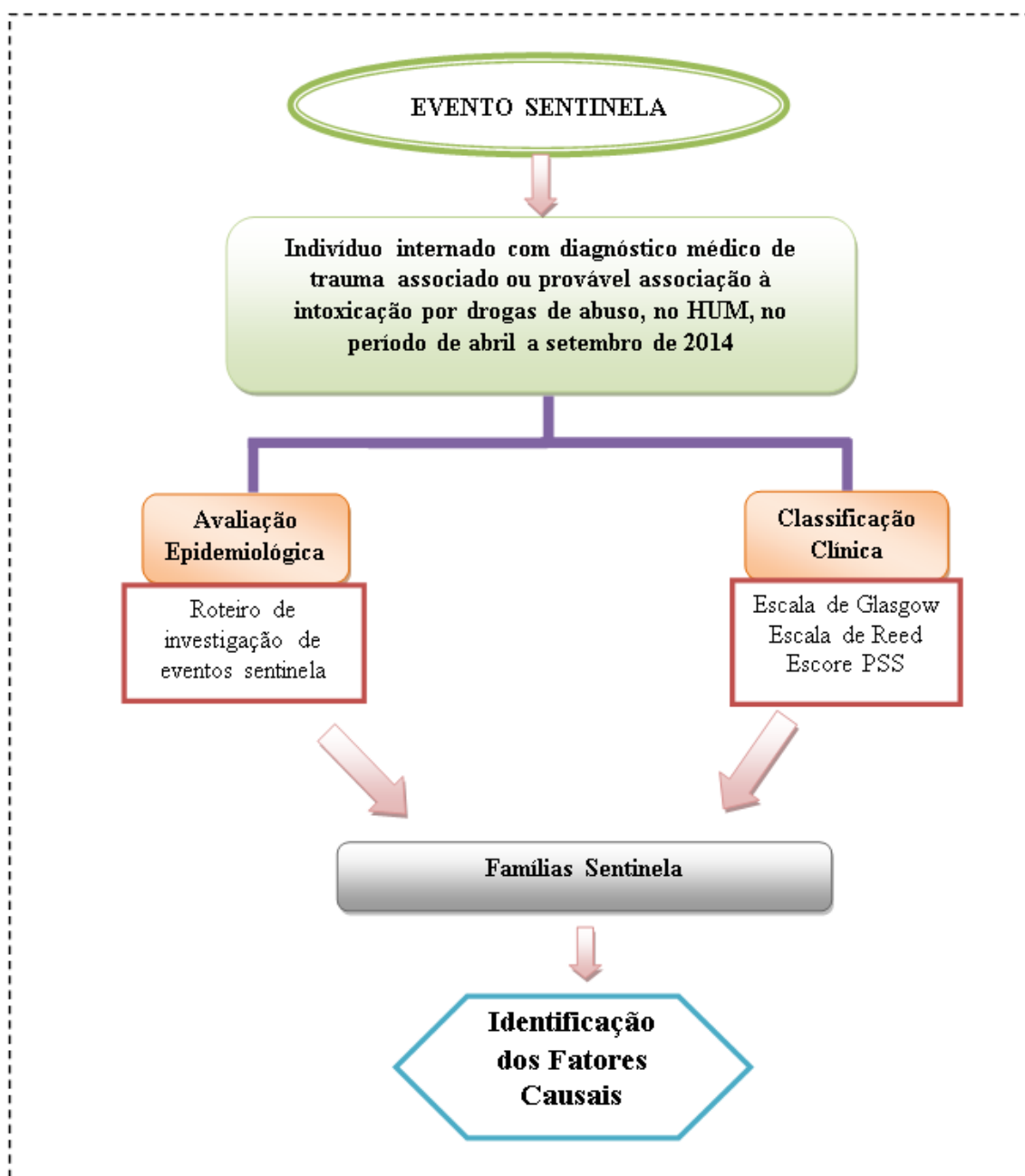
casos, que já deveriam ter sido assistidos por políticas públicas adequadas. Evento sentinela semelhante já teve sua potencialidade avaliada por pesquisas desenvolvidas em dissertação de mestrado e em projeto de iniciação científica (BALLANI, 2006; SANTANA et al., 2014; SILVINO et al., 2012).

Do ponto de vista clínico, uma internação hospitalar acontece em pacientes que são admitidos para ocupar um leito por um período igual ou superior a 24 horas e que necessite receber cuidados específicos, constantes, sistematizados e gradativos, objetivando progressivamente uma evolução clínica dentro do ambiente hospitalar. No entanto, todos os casos de óbito ocorridos dentro do hospital são considerados internações hospitalares, mesmo que a duração da internação tenha sido menor do que 24 horas (BRASIL, 2002).

Para o presente estudo, foi considerado caso o indivíduo que atendia a um conjunto específico de critérios do agravo sob investigação, com quadros clínicos compatíveis ou testes laboratoriais confirmativos ou ser vinculado epidemiologicamente a outro caso confirmado. Como caso suspeito considerou-se o indivíduo que apresentava sinais e sintomas sugestivos do agravo estudado, com a mesma sintomatologia ou clinicamente compatível. Foram descartados aqueles que não atendiam aos requisitos necessários à sua confirmação com o agravo investigado, seguindo a proposta de Ballani (2006), Brasil (2009) e Brasil (2014).

A partir da notificação do evento sentinela, foi realizada a avaliação epidemiológica e classificação clínica de cada caso, com informações dos documentos hospitalares – Ficha de Ocorrência Toxicológica de Intoxicação Alcoólica e Outras Drogas - OT/IA, prontuário hospitalar do paciente e entrevista com um familiar, este representando a família do paciente, denominadas no presente estudo Famílias Sentinela. Na figura 1, está sistematizado o delineamento do estudo.

Figura 1 - Fluxograma para identificação das causas de eventos sentinela. Maringá - PR, abril a setembro, 2014



Fonte: O próprio autor

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado na cidade de Maringá – Paraná – Brasil, com casos originados do Hospital Universitário Regional de Maringá - HUM, onde funciona o Centro de Informação e Assistência Toxicológica de referência para a macrorregional Noroeste.

Maringá, localizada na região Noroeste do Paraná, é a terceira maior cidade do Estado e a sétima mais populosa da região Sul do Brasil. Possui a população de 357.117 habitantes, uma área territorial de 486,433 km², com densidade populacional de 678 habitantes por km². A expansão urbana do polo metropolitano tem como municípios limítrofes Sarandi, a Leste, e Paiçandu, a Oeste (BRASIL, 2010).

O Hospital Universitário Regional de Maringá é um hospital público da Universidade Estadual de Maringá (UEM) que desenvolve atividades de assistência, ensino e pesquisa. Designa-se como hospital ensino e, em razão de sua capacidade operacional ativa, classifica-se como hospital de médio porte e alta complexidade, que atende prioritariamente à população da 15ª Regional de Saúde. O Pronto Socorro – PS, funciona em plantão 24 horas e é referência regional para atenção às urgências e emergências clínicas e traumáticas, pediátricas, gineco-obstétricas, incluindo os acidentes toxicológicos (BRASIL, 2013b).

O Centro de Controle de Intoxicações - CCI/HUM integra a Rede Nacional de Centros de Informação e Assistência Toxicológica – RENACIAT. Caracteriza-se por ser um serviço público de apoio às urgências toxicológicas, por meio de ações de prevenção e controle, atendendo à população interna e externa ao HUM em um regime de plantão de 24h. Tem como uma de suas atividades a vigilância epidemiológica das intoxicações, visto que a investigação dos casos possibilita o levantamento das relações causais da ocorrência e a formulação de ações de prevenção e controle das mesmas (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CENTROS DE INFORMAÇÃO E ASSISTÊNCIA TOXICOLÓGICA, 2009).

3.3 POPULAÇÃO EM ESTUDO

A população em estudo foi composta por pacientes considerados eventos sentinela e respectivos familiares, registrados no CCI/HUM, no período de abril de 2014 a setembro de 2014, configurando-se uma amostra intencional.

Os participantes da amostra foram escolhidos intencionalmente pelo pesquisador, com base em determinados critérios, como pertencer a um determinado grupo julgado como de interesse pelo pesquisador. Em pesquisas com amostragem intencional, geralmente, se escolhe casos considerados "típicos" da população em estudo para fazer parte da amostra (SCHILLEWAERT; LANGERAK; DUHAMEL, 1998).

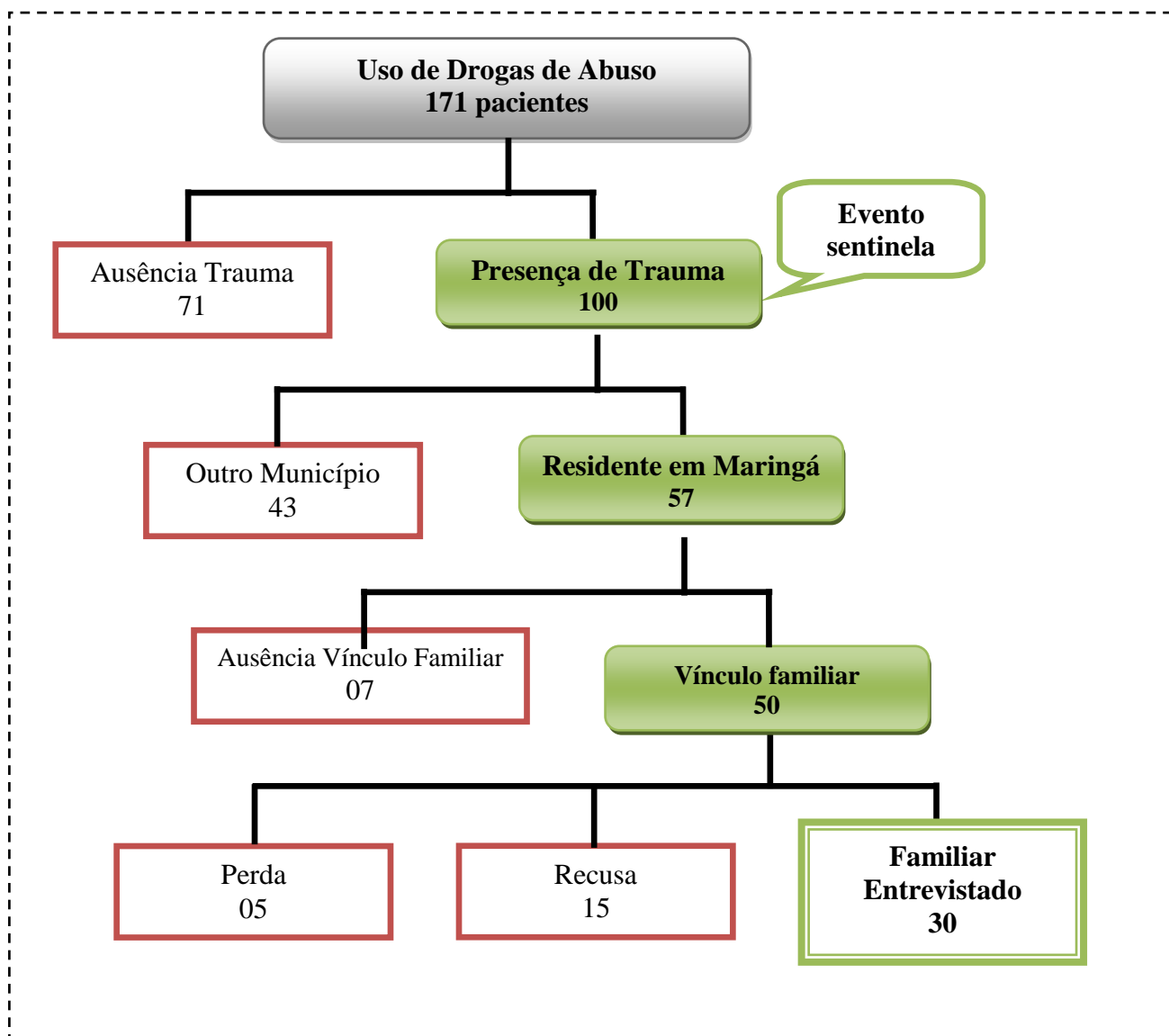
Foram selecionados para o estudo pacientes eventos sentinela, independentes de sexo e idade, e notificados ao CCI/HUM espontaneamente ou por busca ativa de casos realizada diariamente nas diversas unidades de internação do HUM por estudantes de enfermagem integrantes do projeto de extensão universitária *Toxicovigilância: busca ativa e educação em saúde no HUM*. Este procedimento garantiu que casos que não foram notificados espontaneamente ao CCI/HUM fossem incluídos no estudo.

Como critérios adicionais de inclusão dos participantes da pesquisa foram utilizados: ter vínculo familiar e moradia definitiva; residentes no município de Maringá – Paraná pela dimensão locorregional da sistemática de vigilância epidemiológica. Para a investigação dos eventos sentinela foi determinado um familiar como informante-chave.

No período estabelecido, foram encontrados 171 pacientes com registro de efeitos do uso de drogas de abuso. Destes, 100 tinham diagnóstico médico de trauma associado ao uso de drogas e foram considerados eventos sentinela. No entanto, considerando os critérios de inclusão, foram elegíveis para estudo 50 eventos sentinela de moradores da cidade de Maringá - PR. (Figura 2)

Foram excluídos *a priori* sete casos devido à ausência de vínculo familiar. Todos os casos eram do sexo masculino; quatro moravam sozinhos, distanciados da sua família devido ao uso de drogas de abuso, que foi confirmado através do contato telefônico previamente realizado; e três eram moradores de rua, segundo registros dos documentos hospitalares. Sendo assim, foram selecionados 30 casos para investigação epidemiológica, cujos documentos hospitalares e o contato telefônico subsidiaram a confirmação dos critérios de inclusão do estudo. (Figura 2)

Figura 2 - Fluxograma da pesquisa. Maringá - PR, abril a setembro, 2014.



Fonte: O próprio autor

Aconteceram 15 recusas e cinco perdas. Os cinco casos considerados como perdas foram:

➤ Homem, 19 anos, escolaridade e profissão ignorada, com história de uso de bebida alcoólica e acidente de trânsito por queda de moto. Permaneceu internado um dia. Nos documentos hospitalares não existia registro de número telefônico e endereço residencial encontrava-se incompleto.

➤ Homem, 30 anos, ensino médio completo, trabalha como açougueiro, com história de uso de bebida alcoólica e maconha e acidente de trânsito colisão moto-moto.

Permaneceu internado um dia. Realizado contato telefônico sem sucesso, realizada visita no endereço registrado nos documentos hospitalares e na casa ninguém conhecia o paciente.

➤ Homem, 25 anos, escolaridade e profissão ignorada, com história de uso de bebida alcoólica e acidente de trânsito por queda de motocicleta. Permaneceu internado um dia. Realizado contato telefônico sem sucesso, realizada visita no endereço registrado nos documentos hospitalares e o número da casa é inexistente.

➤ Homem, 38 anos, ensino médio incompleto, trabalha com promoção de eventos, com história de uso de bebida alcoólica e queda em plano elevado (2 metros). Permaneceu internado três dias. Realizado contato telefônico sem sucesso, realizada visita no endereço registrado nos documentos hospitalares e o número da casa é inexistente.

➤ Homem, 22 anos, cuja família desconhecia o evento; o mesmo atendeu ao telefone quando foi realizado o contato prévio e solicitou ao pesquisador que não “entrasse” em contato novamente, pois a família sabe do uso de drogas mas não o aceita.

As recusas aconteceram durante o contato telefônico do pesquisador com as famílias. Dez familiares não aceitaram falar sobre o uso de drogas na família, três referiram falta de tempo, mesmo sendo oferecidas várias opções de horário e a possibilidade de indicar outro informante-chave e dois familiares referiram “fragilidade” devido a problemas familiares. Nestes casos, a idade dos eventos sentinela variou de 22 a 65 anos, maioria do sexo masculino, com o álcool como droga de abuso - em um caso o álcool associado à maconha e outro associado à cocaína.

No Apêndice 1, esses casos estão detalhados em quadro que sintetiza informações compiladas dos documentos hospitalares – sexo, idade, escolaridade, profissão, droga de abuso e tipo de trauma -, familiar respondente e o motivo da recusa. O número de recusas está abaixo do esperado, considerando as características da população em estudo e a experiência de investigações anteriores (BALLANI, 2006; SILVINO et al., 2012).

3.4 FONTES DE DADOS

Como fontes de dados foram utilizadas a Relação de Pacientes Internados, a Ficha de Ocorrência Toxicológica de Intoxicação Alcoólica e/ou outras Drogas de Abuso (OT/IA) do CCI/HUM e o prontuário do paciente.

A Relação de Pacientes Internados com diagnóstico de intoxicação pelas diversas etiologias e circunstâncias é uma listagem impressa do CCI/HUM, na qual mensalmente são registrados todos os pacientes atendidos pelo serviço com as seguintes informações: data da ocorrência toxicológica; nome, idade e sexo do paciente; classificação do agente tóxico e circunstância da intoxicação; serviço de saúde e unidade da internação; duração da internação e desfecho do caso. (Anexo 1)

A Ficha de Ocorrência Toxicológica é um instrumento de notificação de casos de intoxicação com modelo padronizado nacionalmente pelo Sistema Nacional de Informação Tóxico-Farmacológica - SINITOX.No CCI/HUM -, é utilizada uma ficha ampliada com objetivo de facilitar o acompanhamento dos casos notificados, a implementação de medidas de prevenção e a vigilância dos eventos (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2001).

No CCI/HUM é utilizado uma ficha para notificação específica de intoxicação alcoólica e/ou outras drogas de abuso, denominada Ficha de Ocorrência Toxicológica de Intoxicação Alcoólica e/ou outras Drogas de Abuso - OT/IA -, de conteúdo ampliado, que fornece dados de identificação do intoxicado, da ocorrência toxicológica, do tratamento realizado, da evolução clínica e o desfecho do caso. (Anexo 2)

Os prontuários analisados foram acessados no Serviço de Prontuário de Pacientes do HUM. O prontuário do paciente é o conjunto de documentos e informações que se referem a um paciente e sua doença, composto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada. Possui caráter legal, sigiloso e científico, o que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo (GALVAO; RICARTE, 2012).

O prontuário hospitalar do HUM é de caráter multiprofissional, reúne os diversos elos da evolução clínica do paciente com a ação de enfermeiros, médicos, nutricionistas, assistente social, psicólogos, técnicos de enfermagem, além de estudantes de graduação e pós-graduação de diversas áreas da saúde. Um conjunto de profissionais atuantes, com responsabilidade individual e coletiva, mantendo um relacionamento horizontal com o paciente com o registro da sua atuação em um único documento – o prontuário hospitalar multiprofissional (OSELKA, 2002; VASCONCELLOS; GRIBEL; MORAES, 2008)

3.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Os instrumentos de coleta de dados utilizados foram o Roteiro de Investigação de Eventos Sentinela, o Roteiro de Classificação Clínica e o Diário de Campo.

O Roteiro de Investigação de Eventos Sentinela seguiu as etapas de investigação propostas por Penna (2001) e foi adaptado de modelo proposto por Ballani (2006). As variáveis do Roteiro foram definidas conforme o Manual de Preenchimento da Ficha de Notificação e de Atendimento dos Centros de Assistência Toxicológica (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2001). (Apêndice 3) O Roteiro de Investigação de Eventos Sentinela foi composto por quatro blocos temáticos:

Bloco I – Dados Socioeconômicos e demográficos do Usuário de Drogas – composto por 12 questões que abordam dados de identificação – nome; endereço e telefone; data de nascimento; idade; sexo; raça/cor; situação conjugal; religião; escolaridade e situação ocupacional.

Bloco II – Dados do Evento - composto por 19 perguntas relacionadas divididas em: História da Intoxicação e Atendimento pré-hospitalar, que abordasse a data e horário do evento, drogas lícitas e ilícitas que utilizou e local da ocorrência do trauma; Dados da Internação Hospitalar, com o diagnóstico médico hospitalar, sinais e sintomas da admissão, comorbidades, intercorrências durante a internação, exames complementares, tratamento registrado, duração da internação e registro das condições de alta, e outros dados da história clínica. Para padronização, foi utilizado o Capítulo XX - Causas externas de morbidade e de mortalidade, da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID 10 (BRASIL, 2008). (Anexo 3)

Bloco III – Investigação Domiciliar e Familiar – composto por 39 perguntas relacionadas e subdivido em três eixos: Dados do Familiar Entrevistado: nome, idade, sexo, raça/cor, situação conjugal, religião, escolaridade, situação ocupacional e relação familiar com o usuário de drogas; Caracterização da Família: composição familiar, tipo de moradia, renda, serviços de saúde utilizados pela família e hábitos de lazer; Dados do Usuário de Drogas Informado pelo Familiar: história de trauma na infância, comportamento do usuário com a família e a sociedade, como o usuário adquire a droga, percepção do familiar a causa do início do uso de drogas, história de tratamento para dependência química e a possibilidade de o usuário ter deixado de usar drogas por algum tempo.

Bloco IV - Conclusão da investigação – dividido em quatro eixos: Qual o motivo básico para o uso de drogas de abuso pelo indivíduo? Como a família vê o problema?; Antecedentes e fatores de risco no domicílio, no trabalho, no serviço de saúde, outros; Este evento poderia ter sido evitado? Por quais medidas sociais, educativas, assistência médica, assistência hospitalar, outras?; Foram realizadas orientações quanto a alternativas de tratamento e/ou prevenção da ocorrência? (Apêndice 3)

O Roteiro de Investigação de Eventos Sentinela foi submetido à apreciação da banca examinadora da qualificação. Após adequações de estrutura e conteúdo, foram realizados dois testes-pilotos do roteiro para avaliação e calibração do conteúdo, que propiciaram um *feedback* sobre a redação, a clareza, tempo de entrevista e objetividade das questões, ou seja, se as respostas poderiam atingir os objetivos propostos pela pesquisa.

O Roteiro de Classificação Clínica, desenvolvido pelo pesquisador, contém informações para analisar a gravidade das intoxicações e alterações neurológicas decorrentes do trauma. O instrumento de investigação é dividido em duas escalas de avaliação neurológica e uma de avaliação da severidade da intoxicação, e a percepção do pesquisador referente à classificação clínica. Para avaliação neurológica foi utilizada a Escala de Glasgow e a Escala de Reed e para avaliação da severidade das intoxicações foi utilizado o Escore de Avaliação Clínica de Paciente Intoxicado – PSS (Poisoning Severity Score – IPCS/EAPCCT) (TEASDALE; JENNETT, 1974; PERSSON et. al., 1998; MUNNÉ; ARTEAGA, 2003; LOPES, 2007). (Apêndice 4)

A Escala de Glasgow relaciona-se a três áreas do funcionamento neurológico - abertura dos olhos, melhor resposta verbal e melhor resposta motora - oferecendo uma visão geral do nível de resposta do paciente e tem sido utilizada para avaliar o estado neurológico de pessoas que sofreram lesão cerebral. Para cada resposta é dado um número, alto para normal e baixo para prejudicada. A pontuação mínima é 3 e a máxima é 15; a pontuação 8 ou menor é considerada coma (TEASDALE; JENNETT, 1974).

A Escala de Reed foi desenvolvida para correlacionar a gravidade da intoxicação exógena com a intensidade das alterações neurológicas pela pontuação de zero a quatro, na qual a menor pontuação se relaciona com maior a gravidade de condições clínicas (MUNNÉ; ARTEAGA, 2003; LOPES, 2007).

O Escore de Avaliação Clínica de Paciente Intoxicado - PSS é padronizado para classificar a gravidade do envenenamento pela a avaliação qualitativa da morbidade causada por envenenamento e identificação dos riscos reais e comparabilidade dos dados.

Deve ser usado para a classificação de envenenamentos agudos, independentemente do tipo e do número de agentes envolvidos. O uso da pontuação é simples, variando de zero a quatro, na qual a classificação da gravidade deve ser avaliada através dos sinais e sintomas clínicos observados. Os sinais e sintomas apresentados no esquema da pontuação definem a classificação do grau da severidade (PERSSON et al., 1998).

O Diário de Campo, considerado um instrumento de registro de dados, permite o relato escrito do pesquisador, daquilo que ouve, vê e pensa no percurso da coleta de dados (BOGDAN; BIKLEN, 1994). Este estudo foi composto por informações referentes ao: comportamento dos entrevistados, aparência física, estilo de falar e de agir do respondente; características da moradia, tipo de material, presença de várias residências no mesmo terreno; infraestrutura, aspectos da localização da residência e dificuldades e facilidades do processo de coleta de dados. (Apêndice 5)

3.6 PROCEDIMENTOS

3.6.1 Organização e Capacitação da Equipe de Pesquisa

O trabalho de campo foi realizado pelo mestrando, pela orientadora da dissertação, por uma doutoranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual Maringá – PSE/UEM e por estudantes do curso de Graduação em Enfermagem da UEM que participaram da seleção de casos e das etapas da investigação epidemiológica.

A capacitação dessa equipe deu-se de duas formas:

- Realização do Evento I - Encontro de Estudos em Vigilância Epidemiológica de Eventos Sentinela, nos meses de novembro de 2013 e março de 2014, realizado no âmbito do Núcleo de Pesquisa Centro de Controle de Intoxicações, com participação da equipe de pesquisa e da equipe do Projeto do PPSUS - Vigilância epidemiológica das intoxicações por drogas de abuso: investigação de evento sentinela por critérios epidemiológicos, clínicos e laboratoriais. A orientadora do projeto realizou grupos de discussão com participantes para esclarecimento de dúvidas sobre o referencial teórico metodológico da pesquisa, a constituição do grupo técnico responsável pela investigação e a organização do trabalho de campo.

- Reuniões periódicas com a orientadora e a equipe de pesquisa, para esclarecimento de dúvidas e direcionamento dos procedimentos para a coleta e análise dos dados.

3.6.2 Realização de teste piloto

Foram realizados dois testes-piloto no mês de março de 2014, com aplicação das etapas da investigação de eventos sentinela, sendo escolhidos dois casos de indivíduos hospitalizados durante o mês de janeiro de 2014. Os participantes dos testes piloto foram:

➤ Homem, 35 anos, com 06 anos estudados e pintor, com histórico de uso de cocaína, crack, maconha e álcool, vítima de acidente de trânsito por atropelamento. Permaneceu internado por 12 dias. Foi internado em hospital psiquiátrico para tratamento da dependência química seis dias após a alta hospitalar.

➤ Homem, 47 anos, com oito anos estudados e pedreiro autônomo, com histórico de uso de bebida alcoólica e acidente de trânsito por colisão carro anteparo – árvore. Permaneceu internado por quatro dias. Após a alta, o mesmo retornou para casa.

Foram entrevistadas a irmã e a esposa destes indivíduos e ambas informaram vários conflitos familiares, com dificuldade para acessar serviços públicos de assistência à saúde e social para tratamento do uso de drogas, reforçando ainda mais a importância da pesquisa.

Os testes pilotos permitiram identificar possíveis falhas no instrumento, principalmente modificações quanto à organização de apresentação das questões e auxiliaram na abordagem do pesquisador com o familiar, quanto à adequação da linguagem, para possibilitar melhor compreensão pelos familiares entrevistados. A vivência do teste possibilitou prever o tempo necessário para cada visita domiciliar e aplicação do Roteiro de Investigação.

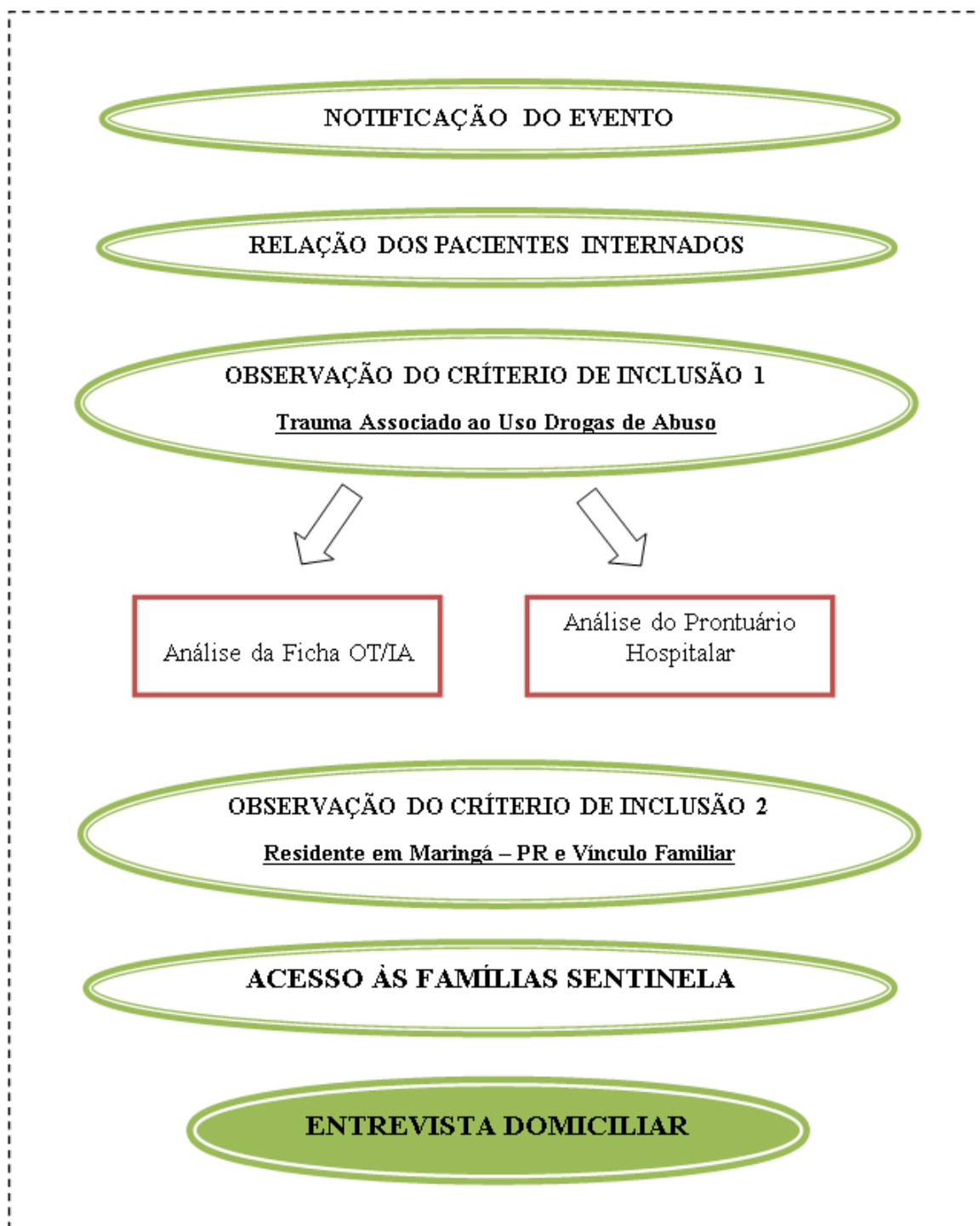
3.6.3 Coleta de Dados

A coleta de dados seguiu a metodologia de investigação de eventos sentinela (BALLANI; OLIVEIRA, 2007; PENNA, 2001; RUTSTEIN et al., 1976; SANTANA et al., 2014; SILVINO et al., 2012) e foi ampliada com a avaliação clínica dos casos.

Os casos foram incluídos no estudo após a notificação espontânea ao CCI/HUM pelos profissionais do HUM ou após a captura pelo procedimento de busca ativa realizado no Pronto Socorro e posterior registro na Relação de Pacientes Internados. A busca ativa foi realizada diariamente, em três períodos do dia, em todos os setores do HUM, por estagiários plantonistas do CCI/HUM e por alunos que participam do projeto de extensão universitária *Toxicovigilância: busca ativa e educação em saúde no HUM*, com o objetivo de reduzir a subnotificação de casos.

O pesquisador realizou consulta semanal na Relação de Pacientes Internados do CCI/HUM e separou os eventos sentinela. Após, foram localizadas e auditadas as fichas OT/IA para cumprimento dos critérios de inclusão/exclusão do estudo, com seleção das fichas de pacientes residentes em Maringá-PR e com vínculo familiar.

Figura 3 - Fases da coleta de dados. Maringá - PR, abril a setembro, 2014.



Fonte: O próprio autor

As fichas OT/IA e os prontuários dos 30 pacientes foram selecionados para desenvolvimento da investigação epidemiológica e clínica em três momentos: compilação

e análise dos dados da ficha OT/IA e do prontuário hospitalar do paciente, e classificação clínica do paciente. Neste momento foi preenchido o primeiro bloco temático do Roteiro de Investigação de Evento Sentinela.

Das fichas OT/IA, foram anotados dados cadastrais do paciente, os dados telefônicos e os endereços. Também foram coletadas informações adicionais às histórias clínicas dos pacientes e dados como escolaridade e profissão que não constam nos prontuários hospitalares. Na ficha OT/IA constava também a data de admissão do paciente no HUM, o tipo de trauma e a droga de abuso.

Dos prontuários hospitalares, também foram compilados dados pessoais e de endereço postal e número telefônico para confrontar com as fichas OT/IA, facilitando a localização dos pacientes e/ou de seus familiares responsáveis e dados referentes à internação, os quais foram preenchidos nos campos específicos do roteiro de investigação, enfocando os sintomas apresentados durante a internação, tratamento registrado, diagnósticos médico, exames complementares, evolução clínica e desfecho, que foram utilizados para instrumentalizar a entrevista familiar e a classificação clínica.

A Classificação Clínica do Paciente foi realizada através das informações contidas nas fichas OT/IA e no prontuário do paciente, com análise nos dados registrados, correlacionando-os às escalas de Glasgow, Reed e o Escore PSS (TEASDALE; JENNETT, 1974; PERSSON et. al., 1998; MUNNÉ; ARTEAGA, 2003; LOPES, 2007). A percepção do pesquisador foi realizada com base nas informações registradas nos prontuários pelos profissionais de enfermagem e medicina nos documentos hospitalares e na ficha de ocorrência toxicológica de Intoxicação Alcoólica e Outras Drogas de Abuso do Centro de Controle de Intoxicação. O pesquisador definiu três variáveis conforme os sinais e sintomas do paciente durante a internação e possíveis sequelas temporárias e permanentes.

Por tratar-se de uma pesquisa com dados retrospectivos, foram confrontados os dados telefônicos e os endereços na Ficha OT/IA com os registros dos prontuários hospitalares, visando obter dados mais fidedignos para localizar os endereços e diminuir as perdas. Após este procedimento, foi realizado contato telefônico prévio com a família a ser visitada, para o agendamento da data e horário da entrevista.

Para a abordagem telefônica foi adotada uma apresentação única para todos os casos: “Estamos realizando uma pesquisa sobre a internação hospitalar de pacientes com trauma associado ao uso drogas de abuso no HUM, e a partir da notificação do(a) (nome do(a) paciente) no dia (data), sua família foi selecionada para fazer parte da pesquisa.

Gostaríamos de marcar uma data para entrevistar um familiar em sua residência. A entrevista será realizada pelo próprio pesquisador e alunos do grupo de pesquisa”.

Após o aceite prévio da pesquisa via contato telefônico, foi confirmado o endereço com o familiar e realizada a busca via *Google Maps*. Em seguida, iniciou-se o processo de visitas domiciliares e das entrevistas, realizadas no máximo 60 dias após o cadastro do caso, para obter o máximo de informações com a menor margem de erro possível, considerando como fator importante a memória do entrevistado.

Para a entrevista domiciliar, foram percorridos 23 bairros do município de Maringá, com predominância de 17 casos na região norte da cidade, sendo quatro casos no mesmo bairro. Todas as entrevistas foram realizadas com a participação do pesquisador, almejando uniformizar o registro, embora tenha ocorrido a participação de estudantes e outro aluno de pós-graduação do PSE/UEM.

Os dados foram coletados por meio de um único encontro com cada participante, e as entrevistas foram individuais, com duração aproximada de 50 minutos. Após o pesquisador esclarecer os objetivos da pesquisa e o familiar confirmar sua participação assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, as informações foram registradas no Roteiro de Investigação.

Na maioria das entrevistas domiciliares realizadas, houve boa receptividade ao pesquisador e aos outros entrevistadores pelos familiares. Duas entrevistas não aconteceram na residência do usuário de drogas a pedido do familiar, pois o usuário estaria presente e o familiar não iria se sentir à vontade para participar (Famílias 16 e 28). (Apêndice 2)

Como compromisso do pesquisador ao paciente e sua família, ao término de todas as entrevistas domiciliares, foi entregue ao familiar um impresso com orientações sobre os serviços de saúde mental para assistência e tratamento de dependentes químicos no município de Maringá e realizada orientação sobre o acesso a estes serviços, ressaltando a importância da prevenção, do cuidado/tratamento e da reabilitação e reinserção social dos usuários. (Anexo 4)

Em seguida, foi preenchido o Diário de Campo, com informações relevantes do comportamento dos entrevistados, características da moradia e aspectos da localização da residência. (Apêndice5)

Após a avaliação de cada caso, em reunião do grupo técnico responsável pela investigação em período inferior a trinta dias da entrevista, foi preenchido no Roteiro de

Investigação o item conclusão do caso, com análise do motivo básico para o uso de drogas de abuso e fatores de risco/vulnerabilidade; como a família analisa a situação e como essas ocorrências poderiam ser evitadas; e a existência de apoio de redes sociais e serviços públicos. Através dos questionamentos: qual o motivo básico para o uso de drogas de abuso pelo indivíduo?; como a família vê esse problema?; os antecedentes e fatores de risco no domicílio, no trabalho, na escola, no serviço de saúde e outro; a possibilidade do evento ser evitado e por quais medidas sociais, educativas, assistência à saúde e outras.

3.7 ANÁLISE E PROCESSAMENTO DOS DADOS

Previamente ao processamento e análise dos dados, a metodologia de investigação dos eventos sentinela pressupõe os seguintes passos: definição do evento/caso a ser investigado, definição de uma equipe de trabalho/grupo técnico responsável pela investigação; busca ativa e triagem dos casos por abordagem retrospectiva com dados sobre o que aconteceu(?) e como aconteceu(?), realizadas principalmente em unidades sentinela (TEIXEIRA; CASSIANI, 2014).

A equipe de trabalho multiprofissional, a fim de contribuir com vários pontos de vista sobre o evento analisado e identificar diferentes fatores causais, foi constituída pelos participantes do Projeto PPSUS, tendo a orientadora da dissertação como facilitadora desta equipe. A investigação epidemiológica propriamente dita consistiu na análise crítica dos dados, com estudo individual e descrição detalhada de cada evento, incluindo sua cronologia, e na constituição de uma matriz de análise para processamento das informações (TEIXEIRA; CASSIANI, 2014).

Os dados primários foram coletados em um único encontro com cada familiar por meio de entrevistas domiciliares individuais com duração aproximada de 50 minutos. A máscara do roteiro e os dados foram compilados em planilha eletrônica no software Microsoft Office Excel 10.0 e analisados por meio de estatística descritiva simples (medidas de localização central e de dispersão) - frequências absolutas e relativas, e cálculo das médias e desvio padrão. Todos os aspectos éticos envolvidos na pesquisa foram cumpridos rigorosamente.

Para a Classificação Clínica dos eventos, analisou-se a porcentagem de respostas aos itens das escalas de avaliação neurológica de Glasgow, de Reed e de avaliação da severidade das intoxicações, e dimensionou-se os respectivos escores. Os resultados dessas

operações estão apresentados em tabelas com o tipo de ocorrência e os sinais e sintomas relacionados ao trauma e à gravidade associados ao uso de drogas de abuso.

Seguindo a técnica recomendada para estudo de eventos sentinela, foi realizada a reconstrução da trajetória e contextualização dos atendimentos. Para tanto, foi revisitada a história individual de cada caso e compilados dados da ocorrência toxicológica, da internação hospitalar e da entrevista domiciliar, descritos como caracterização do usuário de drogas, caracterização do evento/história clínica, história individual e caracterização do entrevistado, história familiar, condições sociodemográficas da família e acesso às políticas públicas.

Posteriormente, os dados foram submetidos à análise, na qual a matriz para avaliação dos casos seguiu o modelo de *root cause analysis* ou análise da causa raiz, que promove uma análise crítica e minuciosa sobre os eventos, a identificação de falhas nos processos e propicia a conclusão que frequentemente falhas sistêmicas predominam em relação às falhas individuais (HEALTH AND SAFETY EXECUTIVE, 2004; CANADIAN PATIENT SAFETY INSTITUTE, 2006). Foi realizada uma adaptação de metodologias de análise de causa raiz, proposta por Taylor-Adams e Charles Vincent, no Protocolo de Londres pela *Seeking out the underlying root causes of events - SOURCE* (TAYLOR-ADAMS; VINCENT; STREET, 2004; CANADIAN PATIENT SAFETY INSTITUTE, 2006; TEIXEIRA; CASSIANI, 2014).

A Análise de Causa Raiz - RCA teve seu início no campo da engenharia, para lidar com atividades de alto risco e aproximadamente há 30 anos é utilizada na área de saúde como ferramenta para a melhoria de qualidade, para investigar um evento ou um conjunto de eventos que potencialmente requer melhorias em processos/sistemas (CANADIAN PATIENT SAFETY INSTITUTE, 2006).

A RCA é um processo sistemático e interativo, realizado após eventos críticos ou eventos sentinelas, em que os fatores que contribuíram para um incidente são identificados pela reconstrução da sequência de eventos e pelo constante questionamento do porquê, até que as causas subjacentes sejam elucidadas. É um processo reativo, ou seja, é implementado após a ocorrência de um incidente e concentra-se em sistemas e processos e não em desempenhos individuais (PENNA, 2001; THACKER et al., 1996).

A RCA é de natureza interdisciplinar e se aprofunda, perguntando "o que" e "por que" até que todos os aspectos do(s) processo(s) sejam analisados e os fatores que contribuíram para o evento sejam considerados, identificando-se alterações que podem

ocorrer em sistemas e processos. A investigação focaliza o processo a partir da análise das causas proximais para a causa raiz por meio de sucessivos porquês, que determinam onde atuar para reduzir ou eliminar o risco de recorrências (LEE; MILLS; WATTS, 2012; RUTSTEIN et al., 1976)).

A RCA consiste em análise retrospectiva, desde o momento em que o evento sentinela ocorreu até quando o paciente termina o seu percurso, pautando-se nas seguintes perguntas: O que aconteceu? Como aconteceu? Por que aconteceu? O que pode ser feito para impedir que isso aconteça de novo? (CANADIAN PATIENT SAFETY INSTITUTE, 2006; ROCHA et al., 2010; TEIXEIRA; CASSIANI, 2010). (Quadro 1)

Quadro 1 - Etapas da análise dos eventos sentinela.

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

Fonte: HEALTH AND SAFETY EXECUTIVE, 2004

Por meio da análise sistemática da história de cada caso na busca dos registros nos prontuários hospitalares, nas fichas OT/IA, no roteiro de classificação clínica, na entrevista junto ao familiar, foram investigados os possíveis fatores de vulnerabilidades que tenham influenciado o uso de droga e conseqüentemente a internação hospitalar com diagnóstico de trauma. Para resgatar essas informações, elaborou-se, então, três perguntas: Por que o indivíduo iniciou o uso de drogas de abuso? Por que ele continuou o uso de drogas de abuso? Onde houve fracasso?

Os questionamentos são de qual foi o motivo básico para o uso de drogas pelo indivíduo; quais os antecedentes e fatores de risco no domicílio, trabalho, no serviço de saúde e outros. Este evento sentinela poderia ter sido evitado? Por quais medidas? Sociais?

Educativas? Assistência Médica? Assistência Hospitalar? Porque ele ocorreu? Como ocorreu?

3.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Nesta pesquisa, todos os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), foram obedecidos e o seu projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (COPEP/ UEM) com parecer favorável Número 458.185. (Anexo 5)

Para a utilização dos dados das fichas OT/IA e dos prontuários hospitalares, foi solicitada a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. (Anexo 6)

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE foi apresentado em todas as entrevistas, informando os objetivos da pesquisa e a liberdade de desistir da participação em qualquer momento da entrevista, assegurando o sigilo quanto às informações prestadas e o anonimato sempre que os resultados da pesquisa fossem divulgados. O referido documento foi preenchido pelo pesquisador e assinado em duas vias, dos quais uma via permaneceu com o pesquisador e a outra foi entregue ao entrevistado. (Apêndice 6)

Os casos investigados e as famílias foram identificados por números de 1 a 30 para garantia da privacidade e preservação de anonimato e sigilo dos dados, e a reconstrução da trajetória dos casos e dos atendimentos está descrito no Apêndice 2. O sigilo é necessário pois nem sempre é claro para os pacientes e seus familiares que as questões abordadas serão apenas para o estudo e que seguirão os aspectos éticos relacionados à pesquisa em grupos vulneráveis (REALE, 2005). Estudos com essa população pressupõem maior cuidado dos entrevistados.

Entende-se que usuários de drogas de abuso e seus familiares inserem-se na categoria de indivíduos vulneráveis, sob a perspectiva das normas éticas para pesquisa. O pesquisador não buscou confirmar a autenticidade dos fatos narrados por meio de perguntas recorrentes, respeitando o direito à confidencialidade das informações (ROGERS; BALLANTYNE, 2008).

4 ARTIGO 1

**ANÁLISE DE EFEITOS DE DROGAS DE ABUSO PELA VIGILÂNCIA DE
EVENTOS SENTINELA
ANALYSIS OF EFFECTS OF DRUGS OF ABUSE BY SENTINEL EVENTS
SURVEILLANCE
ANÁLISIS DE EFECTOS DE DROGAS DE ABUSO POR LA VIGILANCIA DE
EVENTOS CENTINELA**

Cleiton José Santana
Magda Lúcia Félix de Oliveira

RESUMO

O objetivo do estudo foi analisar os eventos sentinela internação hospitalar com diagnóstico de trauma associado à intoxicação por drogas de abuso, segundo critérios epidemiológicos e clínicos. Estudo exploratório-descritivo, utilizando a metodologia de investigação epidemiológica de 30 eventos sentinela registrados em um centro de assistência toxicológica no período de abril a setembro de 2014. O perfil dos eventos sentinela apontou predomínio do sexo masculino, idade média de 40,1 anos, baixa escolaridade e desemprego. A droga mais utilizada foi o álcool, isolada ou associada às outras drogas, e metade deles a utiliza diariamente. A caracterização do evento sentinela apontou 73,4% das ocorrências em ambiente externo, principalmente acidentes de trânsito, quedas e agressão física. O Escore de Avaliação Clínica de Paciente Intoxicado apontou cinco (16,6%) com sintomas visíveis a sintomas graves, com risco de morte, e um caso fatal; em 18 casos (60,0%) existia o registro de politrauma e em 11 (36,6%) de alterações comportamentais e psicomotoras. A razão para início do uso de drogas relatado pelo familiar em 18 casos (60%) foi a influência de amigos, e em 17 casos (56,8%) a família descobriu o uso imediatamente com a mudança de comportamento do usuário no contexto familiar. As semelhanças e diferenças dos eventos sentinela estavam relacionadas ao contexto de vida do usuário e sua família. Houve relatos de violência na infância, de traumas anteriores, manobras ilícitas para aquisição da droga, alterações de comportamento no âmbito domiciliar, e comportamento aditivo nas famílias (42%) e em 20 % das famílias o uso de drogas acontecia dentro de casa. A internação hospitalar por trauma físico aconteceu naqueles indivíduos com longa trajetória de uso de drogas, gravidade clínica e em vulnerabilidade social.

Descritores: Vigilância de Evento Sentinela, Intoxicação por Droga de Abuso, Ferimentos e Lesões, Enfermagem.

ABSTRACT

The study aimed to analyze sentinel events hospitalization with trauma diagnostic associated to intoxication by drugs of abuse, according to epidemiological and clinic criteria. It is an exploratory-descriptive study using epidemiological investigation methodology of 30 sentinel events registered in a toxicological assistance center from April to September 2014. The profile of sentinel events indicated a predominance of males, average 40,1 years, low educational level and unemployed. The most used drug was alcohol isolated or associated to other drugs, and half of the users consume it daily. The characterization of sentinel event indicated 73,4% of cases in external environment, mostly

traffic accidents, falls and physical aggression. The Intoxicated Patient's Clinical Evaluation scored five (16,6%) with visible to severe symptoms, life-threatening and a fatal case; in 18 cases (60,0%) there was a polytrauma register and in 11 (36,6%) behavioral and psychomotor alterations. The reason for starting doing drugs mentioned by the family in 18 cases (60%) was the influence of friends, and in 17 cases (56,8%) the family discovered the use immediately because of the user's behavior alteration in family context. The similarities and differences of sentinel events were related to user context of life and his family. There were reports of violence during childhood, previous traumas, illicit processes to acquire drugs, behavior alterations at home, and addictive behavior in families (42%) and in 20 % of the families the use of drugs happened inside the house. The hospitalization due to physical trauma happened with individuals with long drugs use history, clinical severity and presenting social vulnerability.

Key-words: Sentinel Events Surveillance; Drugs of Abuse Intoxication; Wounds and Injuries; Nursing.

RESUMEN

El objeto de estudio fue el análisis de los eventos centinela internación hospitalaria con diagnóstico de trauma asociado a la intoxicación por drogas de abuso, según criterios epidemiológicos y clínicos. Estudio exploratorio-descriptivo, utilizando la metodología de investigación epidemiológica de 30 eventos centinela registrados en un centro de asistencia toxicológica en el período de abril a septiembre de 2014. El perfil de los eventos centinela apuntó predominio del sexo masculino, edad media de 40,1 años, baja educación y desempleo. La droga más utilizada fue el alcohol, aislada o asociada a otras drogas, y mitad de ellos la utiliza diariamente. La caracterización del evento centinela apuntó 73,4% de las ocurrencias en ambiente externo, principalmente accidentes de tránsito, caídas y agresión física. El Escore de Evaluación Clínica de Paciente Intoxicado mostró cinco (16,6%) con síntomas visibles a síntomas graves, con riesgo de muerte, y un caso fatal; en 18 casos (60,0%) había el registro de politrauma y en 11 (36,6%) de alteraciones comportamentales y psicomotoras. La razón para el inicio de uso de drogas relatado por familiar en 18 casos (60%) fue la influencia de amigos, y en 17 casos (56,8%) la familia descubrió el uso inmediatamente con el cambio de comportamiento del usuario en el contexto familiar. Las similitudes y diferencias de los eventos centinela se relacionaban al contexto de vida del usuario y su familia. Hubo relatos de violencia en la niñez, de traumas anteriores, maniobras ilícitas para adquisición de la droga, alteraciones de comportamiento en el ámbito domiciliario, y comportamiento adictivo en las familias (42%) y en 20 % de las familias el uso de drogas ocurría dentro de casa. La internación hospitalaria por trauma físico ocurrió en aquellos individuos con larga trayectoria de uso de drogas, gravedad clínica y en vulnerabilidad social.

Descriptores: Vigilancia de Evento Centinela; Intoxicación por Droga de Abuso; Heridas y Lesiones; Enfermería.

INTRODUÇÃO

O aumento do abuso de drogas pela população brasileira tem ocasionado a crescente demanda da atenção a pacientes intoxicados em serviços de atenção às urgências e em unidades de internação hospitalar, com diagnósticos médicos relacionados diretamente ao uso de drogas – efeitos da intoxicação aguda e da intoxicação crônica-, ou a efeitos secundários ao uso, como doenças orgânicas, comorbidades psiquiátricas e eventos traumáticos de diversas tipologias e natureza (MALBERGIER; CARDOSO; AMARAL, 2012; OKUMURA et al., 2012; JANG et al., 2013).

O trauma representa um problema de saúde de grande magnitude e transcendência no Brasil, com forte impacto na morbidade, incapacidade e mortalidade da população, aumenta as internações hospitalares em homens e mulheres e também no custo humano, econômico e social (ARNAUTS; OLIVEIRA, 2012; KORCHA et al., 2014; RASSLAN; BIROLINI, 1998).

A associação álcool e outras drogas de abuso e o aumento da violência urbana têm sido considerados como fatores causais dos traumas por acidentes e por agressão, principalmente porque os usuários de drogas de abuso apresentam comportamentos impulsivos e de exposição a risco que, se combinados com um ambiente geralmente violento, potencializam a probabilidade de sofrer ou testemunhar eventos traumáticos (IMAMURA, 2012).

Embora o abuso de drogas esteja relacionado a mais de 50% dos traumas atendidos nos serviços de saúde, o atendimento à pessoa usuária de drogas geralmente é voltado à lesão causada pelo trauma e não inclui um “olhar” à violência e ao uso da droga, pois estes não são considerados problemas de saúde de intervenção imediata e também não são identificados como causa do trauma (IMAMURA, 2012). Nesse sentido, estudos que visam desenvolver conhecimento sobre a dependência de drogas de abuso podem contribuir para ações preventivas no que tange aos prejuízos e sintomas associados a esse quadro (IMAMURA, 2012; SACKS; MCKENDRICK; BANKS, 2008,).

No Brasil, o efeito das drogas de abuso na saúde humana é monitorado por meio de inquéritos transversais em amostras para grandes regiões ou capitais, por meio de estudos que têm se mostrado insuficientes para caracterizar o perfil de risco e vulnerabilidade de grupos (BALLANI, T. S. L.; OLIVEIRA, 2007; BRASIL, 2014; HARTZ; CHAMPAGNE; LEAL, 1996). Como não existe um processo de vigilância epidemiológica efetivo para

mensuração do efeito das drogas de abuso na saúde da população, dados descontínuos são utilizados para pautar as intervenções de prevenção e cuidado, comprometendo a validade de índices (HARTZ; CHAMPAGNE; LEAL, 1996).

A vigilância epidemiológica pode ser realizada a partir de sistemas passivos e ativos de notificação. O sistema ativo caracteriza-se pelo estabelecimento de contato direto entre a equipe da vigilância e a fonte de informação e permite um melhor conhecimento do comportamento dos agravos à saúde nas comunidades, quantitativos e qualitativos. São exemplos de vigilância pelo sistema ativo a busca ativa de casos, a investigação de condições marcadoras e a investigação de eventos sentinela (BRASIL, 2014; FERNANDES; VIEIRA; SCOCHI, 2013; RUTSTEIN et al., 1976).

Evento sentinela aplica-se à detecção de doença prevenível, incapacidade ou morte inesperada, cuja ocorrência serve como um sinal de alerta de que a qualidade da terapêutica ou prevenção deve ser questionada. Toda vez que se detecta evento dessa natureza, o sistema de vigilância deve ser acionado para que a investigação determine como prevenir eventos similares no futuro e medidas indicadas possam ser rapidamente acionadas (FERNANDES; VIEIRA; SCOCHI, 2013; HARTZ; CHAMPAGNE; LEAL, 1996; PENNA, 2001; RUTSTEIN et al., 1976; TEIXEIRA; CASSIANI, 2014).

No presente estudo, foi definido um evento sentinela articulando internação hospitalar, trauma e intoxicação por drogas de abuso, entendendo a intercorrência internação por trauma como evitável e um indicador de gravidade das condições de vida e do cuidado à saúde dos pacientes e suas famílias, que deveriam ter sido assistidos por políticas públicas em dispositivos de promoção à saúde e prevenção de agravos ou de tratamento e reinserção social (BRASIL, 2013b).

A perspectiva de “evitabilidade” de internações hospitalares e de morbimortalidade por lesões traumáticas evidenciam sua força como evento sentinela da qualidade dos serviços e para a concentração de investimentos públicos para o enfrentamento dos efeitos do uso de drogas de abuso na sociedade (ARNAUTS; OLIVEIRA, 2012; IMAMURA, 2012; RASSLAN; BIROLINI, 1998). Foi formulado, então, um evento “sentinela” para a vigilância epidemiológica do fenômeno droga de abuso em um sistema local de saúde, buscando uma medida da evitabilidade dos eventos futuros (BALLANI; OLIVEIRA, 2007; SANTANA et al., 2014; SILVINO et al., 2012).

Na presente investigação pretende-se responder a seguinte questão: o trauma em intoxicados por abuso de drogas pode ser utilizado como evento sentinela para avaliação

da gravidade dos casos e de falhas no acolhimento aos usuários e famílias? Diante disso, para discussão da potencialidade do evento sentinela formulado, o objetivo do presente estudo foi analisar os eventos sentinela internação hospitalar com diagnóstico de trauma associado à intoxicação por drogas de abuso, segundo critérios epidemiológicos e clínicos.

METODOLOGIA

Estudo exploratório-descritivo desenvolvido a partir da investigação epidemiológica do evento sentinela *Internação hospitalar com diagnóstico de trauma associado à intoxicação por drogas de abuso* (BALLANI; OLIVEIRA, 2007; RUTSTEIN et al., 1976; SANTANA, et al., 2014; SILVINO et al., 2012; CANADIAN PATIENT SAFETY INSTITUTE, 2006); Com análise documental e entrevista domiciliar.

O estudo foi realizado na cidade de Maringá – Paraná – Brasil, com casos originários do Hospital Universitário Regional de Maringá (HUM), onde funciona o Centro de Informação e Assistência Toxicológica (CIAT) de referência para a macrorregional Noroeste, vinculado à Rede Nacional de Centros de Informação e Assistência Toxicológica – RENACIAT.

Foi considerado caso o indivíduo que atendia a um conjunto específico de critérios do agravo sob investigação, com quadros clínicos compatíveis ou testes laboratoriais confirmativos ou ainda ser considerado vinculado epidemiologicamente a outro caso confirmado. Como caso suspeito considerou-se o indivíduo que apresentava sinais e sintomas sugestivos do agravo em estudo, com a mesma sintomatologia ou clinicamente compatível (BRASIL, 2014). Foram descartados aqueles que não atendiam aos requisitos necessários à sua confirmação com o agravo investigado.

A amostra foi escolhida intencionalmente, dentro de determinados critérios e em casos considerados "típicos" da população em estudo (SCHILLEWAERT; LANGERAK; DUHAMEL, 1998) e foi composta por pacientes com diagnóstico de trauma associado à intoxicação por drogas de abuso, internados em um hospital universitário público e acessados a partir da notificação ao CIAT, denominados eventos sentinelas, e um familiar representante de suas famílias, denominadas famílias sentinelas.

Foram participantes do estudo 30 eventos sentinela, independentes de sexo e idade, com vínculo familiar e moradia definitiva, residentes no município de Maringá- Paraná e notificados ao CIAT no período de abril a setembro de 2014; e um familiar como

informante-chave, considerando-se os parâmetros para a vigilância epidemiológica por meio de eventos sentinela – entrevista com a família e análise voltada a um sistema local de saúde. Os documentos hospitalares e o contato telefônico subsidiaram a confirmação dos critérios de inclusão no estudo, e os familiares foram acessados por contato telefônico para serem convidados a participar da pesquisa.

Como fontes de dados foram utilizadas a Relação de Pacientes Internados, uma listagem impressa do CIAT, para identificar todos os casos de intoxicação por drogas de abuso no período em estudo; a Ficha de Ocorrência Toxicológica de Intoxicação Alcoólica e/ou outras Drogas de Abuso (Ficha OT/IA); e o prontuário hospitalar do paciente, acessado no Serviço de Prontuário do Paciente do Hospital e analisado para confirmação diagnóstica e avaliação da internação hospitalar e do manejo clínico.

A Ficha OT/IA é um instrumento de notificação de casos de intoxicação com modelo padronizado nacionalmente pelo Sistema Nacional de Informação Tóxico-Farmacológica- SINITOX, o qual possibilitou identificar as drogas de abuso presentes na intoxicação e a ocorrência toxicológica associada ao trauma (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2001). No CIAT, a ficha epidemiológica é utilizada de forma ampliada com o objetivo de facilitar o acompanhamento dos casos notificados e, assim, fornecer dados de identificação do intoxicado, da ocorrência toxicológica, do tratamento realizado, da evolução clínica e do desfecho do caso.

O instrumento de coleta de dados foi o Roteiro de Investigação de Eventos Sentinela, seguindo as etapas de investigação e modelo propostos por Penna (2001) e Ballani e Oliveira (2007) e composto por quatro blocos temáticos: bloco I – Dados Socioeconômicos e Demográficos do Usuário de Drogas; bloco II – Dados do Evento Sentinela; bloco III – Investigação Domiciliar e Familiar; bloco IV – Avaliação e Conclusão da investigação.

Um Roteiro de Classificação Clínica foi construído para analisar a gravidade das intoxicações decorrentes do trauma com utilização de uma escala de avaliação da severidade da intoxicação - Escore de Avaliação Clínica de Paciente Intoxicado – PSS e a percepção do pesquisador referente à gravidade da intoxicação e do trauma (Poisoning Severity Score – IPCS/EAPCCT) (PERSSON et al., 1998).

A coleta de dados seguiu a metodologia de investigação de eventos sentinela, ampliada com a avaliação clínica dos casos sugeridos por Penna (2001) e Ballani e Oliveira (2007). Os documentos hospitalares dos pacientes foram selecionados para

desenvolvimento da investigação epidemiológica e clínica, com preenchimento do Roteiro de Investigação de Evento Sentinela. Os dados primários foram coletados em um único encontro com cada participante por meio de entrevistas domiciliares individuais com duração aproximada de 50min.

A partir da análise dos documentos e da entrevista domiciliar, foram elencados os seguintes aspectos para o estudo: dos registros dos documentos hospitalares - a história da intoxicação e o atendimento pré-hospitalar, segundo o local, tipo de ocorrência e droga de abuso. Dados da internação hospitalar: sinais e sintomas na admissão, setor, duração e intercorrências durante a internação, diagnóstico e tratamento médico, registros das condições de alta e de outros profissionais. Da classificação clínica e da entrevista com familiar representante da família sentinela – dados do usuário de drogas informados pelo familiar: comportamento do usuário na família, no trabalho e sociedade, a iniciação, razão e tempo de uso de drogas, tempo entre início do uso e descoberta da família, como família descobriu, história de tratamento para dependência química, história abstinência, período de abstinência.

Seguindo a técnica recomendada para estudos de eventos sentinela, foi realizada a reconstrução da trajetória e contextualização dos atendimentos. Para tanto, foi revisitada a história individual de cada caso e compilados dados da ocorrência toxicológica, da internação hospitalar e da entrevista domiciliar, descritos como caracterização do usuário de drogas, caracterização do evento/história clínica, história individual e caracterização do entrevistado, história familiar, condições sociodemográficas da família e acesso às políticas públicas.

A máscara do roteiro e os dados foram compilados em planilha eletrônica no software Microsoft Office Excel 10.0 e analisados por meio de estatística descritiva simples (medidas de localização central e de dispersão) - frequências absolutas e relativas, cálculo das médias e desvio padrão. Todos os aspectos éticos envolvidos na pesquisa foram cumpridos rigorosamente.

Para a Classificação Clínica dos eventos, analisou-se a porcentagem de respostas da escala de avaliação da severidade das intoxicações – PSS – e dimensionou-se os respectivos escores e a percepção do pesquisador sobre a gravidade do caso. Os resultados estão apresentados em tabelas com o tipo de ocorrência e os sinais e sintomas relacionados ao trauma e a gravidade da intoxicação associados ao uso de drogas de abuso e percepção do pesquisador.

Todos os aspectos éticos envolvidos na pesquisa foram cumpridos rigorosamente. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (COPEP/ UEM) com parecer favorável número 458.185.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise das 30 famílias sentinela apontou um número elevado de familiares que convivem cotidianamente com as repercussões do uso de drogas na família, e a maioria dos familiares entrevistados (16 – 53,3%) referiu alguma doença ou problema de saúde crônico - sete auto-referiram hipertensão arterial sistêmica, três depressões e dois diabetes mellitus. A idade dos familiares entrevistados variou de 19 a 78 anos, com média de $51,9 \pm 16$ anos, a maioria mulheres (26 – 86,7%), as quais (14 - 46,7%) eram mães do usuário de droga e sete em situação de “chefe da família”. Metade era casada e a escolaridade variou entre nenhum ano estudado (3 – 10,0%) e 16 anos estudados (3 – 10,0%), com média de $7,5 \pm 4,8$ anos.

O consumo abusivo do álcool e outras drogas nas famílias pode ser causa determinante e agravante de adoecimento e sobrecarga de outros membros da família, principalmente os familiares mais próximos (ANTUNES, 2012).

O II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (II LENAD) estimou que existem na população brasileira aproximadamente 5.7% de pessoas dependentes de álcool e/ou maconha e/ou cocaína, representando mais de 8 milhões de pessoas. Considerando que os domicílios brasileiros são compostos em média por quatro pessoas, estima-se que pelo menos 28 milhões de pessoas vivem hoje no Brasil com um dependente químico (LARANJEIRA et al., 2012).

No presente estudo, encontrou-se um número médio de 4,1 moradores por domicílio, com média de 1,8 crianças e 1,4 de idosos. Nessa perspectiva, considerando o número de casos investigados e a composição familiar, encontrou-se 124 pessoas que conviviam diariamente com os efeitos do uso de drogas, sendo que em 11 (36,6%) famílias existiam crianças. Conviver em uma família que possui um dependente de drogas é um desafio para as crianças, pois esta realidade pode desencadear o uso precoce (BERNARDY; OLIVEIRA; BELLINI, 2012).

Três famílias eram do tipo ampliado, isto é, havia presença de filhos casados, tios, genro, nora, sobrinhos e até amigos morando na mesma residência. Em cinco famílias não existia a presença do pai como membro da família e a mãe era a responsável por todas as atividades da residência. O modelo cultural estabelece que o chefe do grupo doméstico é o marido-pai, deve pertencer ao sexo masculino e a sociedade espera que ele sustente a família (BERNARDY; OLIVEIRA; BELLINI, 2012).

A renda *per capita* das famílias variou entre R\$ 150,00 e R\$ 3500,00, com média de R\$ 689±652,06 e mediana R\$ 512,50. A maioria das famílias (59,9%) apresentava até duas pessoas com renda individual e em três delas a renda era proveniente de aposentadoria de um de seus membros.

O perfil dos eventos sentinela apontou predomínio do sexo masculino (29 – 96,7%). A idade variou entre 13 e 65 anos, com média de 40,1 anos e mediana de 43, (23 - 76,7%) nunca se casou e dois eram separados/divorciados, solteiro, raça/cor (auto referida) branca - 66,7%, baixa escolaridade – 33,3% com mais de quatro anos estudados e 50% desempregados. A área de ocupação predominante daqueles que trabalhavam foi na construção civil – pintor, metalúrgico e auxiliar de eletricitista.

O sexo masculino é predominante em todas as estatísticas, independente das drogas de abuso. Homens apresentam maior uso na vida e maior dependência de álcool e outras drogas do que mulheres em todas as faixas etárias (LARANJEIRA et al., 2012).

As características dos eventos sentinela estudados corroboram com estudos anteriores, em que os homens usuários de drogas são 2,4 vezes mais propensos do que as mulheres a serem vítimas de trauma e estão mais predispostos a comportamentos de risco (ARNAUTS; OLIVEIRA, 2012; IMAMURA, 2012; LARANJEIRA et al., 2012).

Tabela 1 – Aspectos do padrão de uso de drogas entre os casos investigados e dos antecedentes do evento sentinela. Maringá, abril a setembro, 2014.

Variáveis	Resultados/ %
Usuário de álcool	93,3
Poliuso de drogas	43,3
Usa droga diariamente	50,0
Comportamento agressivo, alienado, indiferente	53,3
Ocorrência de trauma anterior ao evento	83,3
Manobras ilícitas para aquisição da droga	50,0

Fonte: O próprio autor

O álcool foi a droga referida pela maioria dos eventos sentinela na internação hospitalar, confirmados por critérios clínicos ou laboratoriais (28 – 93,3%), (13 - 43,3%) deles faziam uso associado de várias drogas - álcool, maconha e crack (9 – 30%), álcool e maconha (2 – 6,6%), álcool, maconha, cocaína/crack (2 - 6,6%). (Tabela 1)

O fácil acesso à bebida alcoólica, por ser considerada uma droga lícita, aumenta a possibilidade de intoxicações alcoólicas e seus efeitos na maioria dos eventos. A droga mais utilizada foi o álcool isolado ou associado a outras drogas, metade deles a utiliza diariamente, sendo que em 13 casos (43,3%) o álcool estava associado à cocaína, maconha e crack.

Em (25 - 83,3%) casos havia história de trauma anterior ao evento sentinela. É importante conhecer as circunstâncias em que ocorrem os traumas associados às drogas de abuso e os fatores relacionados a este evento - o contexto familiar, o ambiente do uso de drogas e o círculo de convivência da vítima -, pois possibilita identificar e quebrar a teia que determina a aproximação à droga, à violência e à hospitalização (DEGENHARDT; MATHERS; HALL, 2014; IMAMURA, 2012; MARTINS, 2013).

Em relação ao padrão de uso de drogas entre os casos investigados, verificou-se, ainda, que o tempo médio de uso era de 20,8 anos, diferente da média nacional que é de 13 anos (LARANJEIRA et al., 2012). A amostra em estudo não é assemelhável a inquérito de base populacional, uma vez que trata-se de uma investigação epidemiológica de eventos sentinelas com usuários de drogas identificados como no “fundo do poço”.

A distribuição dos eventos sentinela segundo o local, ocorrência e a droga de abuso envolvida, estão descritos na Tabela 2, na qual se observa que o local da ocorrência informado em 22 casos (73,4%) foi o ambiente externo, associado ao tipo de ocorrência causadora do trauma. Dos casos que ocorreram na residência, chama atenção casos de agressão física de pai e filho e de ferimento de arma de fogo, indicando que a residência do usuário de droga não é um ambiente seguro para a família.

Lesões traumáticas ou lesões físicas são relacionadas pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde- CID 10 como lesões por causas externas de morbidade e de mortalidade e configuram um conjunto de agravos à saúde, de origem não intencional ou acidentes e intencional – violência, negligência e abuso, como acidentes automobilístico, motociclístico e ciclístico; atropelamento;

ferimentos por arma de fogo, por arma branca e outros instrumentos; agressão/espantamento; queda; afogamento; queimaduras de diversas etiologias (BRASIL, 2008; IMAMURA, 2012). No presente estudo foram encontrados acidentes de transporte, quedas e agressão.

Tabela 2 – Distribuição dos eventos sentinela segundo local, tipo de ocorrência e droga de abuso envolvida. Maringá - PR, abril a setembro, 2014.

Variáveis	n, %
Local	
Ambiente Externo	22 (73,4)
Residência	6 (20,0)
Outro	2 (6,6)
Ocorrência	
Acidente de Trânsito	12 (40)
<i>Atropelamento</i>	4 (13,3)
<i>Queda de Bicicleta</i>	3 (10,0)
<i>Queda de Motocicleta</i>	3 (10,0)
<i>Colisão de Automóvel</i>	2 (6,6)
Queda	10 (33,3)
<i>Queda da Própria Altura</i>	8 (26,7)
<i>Queda de Plano Elevado</i>	2 (6,6)
Forças Mecânicas	8 (26,7)
<i>Agressão Física</i>	4 (13,3)
<i>Ferimento por Arma de Fogo</i>	4 (13,3)
Droga Envolvida	
Álcool	15 (50,0)
Álcool e outras Drogas	13 (43,4)
Maconha e Crack	2 (6,6)

Fonte: O próprio autor

Após a ocorrência do trauma, para 24 casos (80,0%) foi solicitado atendimento pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU e/ou Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência –SIATE. O SAMU é um dos dispositivos de operacionalização da Política Nacional de Atenção às Urgências para atendimento pré-hospitalar – APH de urgências traumáticas, clínicas, pediátricas, cirúrgicas, gineco-obstétricas e de saúde mental, em todos os ciclos da vida e em todos os lugares e situações (BRASIL, 2006). No Paraná, o SIATE é um serviço instalado no Corpo de Bombeiros que realiza atendimento pré-hospitalar para o trauma, operacionalizado por bombeiros socorristas.

Em cinco ocorrências (16,7%) não foi solicitado nenhum serviço de APH e os pacientes foram transportados para o serviço de saúde por veículos próprios. Este dado pode estar relacionado à história da intoxicação por droga de abuso ou não envio da unidade móvel para o local do evento pela “marginalização” do dependente químico.

Na admissão hospitalar, os pacientes apresentaram sinais e sintomas relacionados ao trauma, sendo que em 18 dos casos (60,0%) existia o registro de politrauma. (Tabela 3)

Tabela 3 – Distribuição dos sinais e sintomas dos eventos sentinelas na admissão hospitalar. Maringá - PR, abril a setembro, 2014.

Variáveis	n, %
Politrauma	18 (60,0)
Outras Lesões Traumáticas	
Ferimento Corto Contuso	11 (36,6)
Lesão na Face	11 (36,6)
Luxação	7 (23,3)
Fratura Fechada	6 (20,0)
Sangramento	6 (20,0)
Ferimento Penetrante	4 (13,3)
Escoriação	4 (13,3)
Fratura Exposta	3 (10,0)
Edema Local e Hematoma	3 (6,6)
Alterações Comportamentais e Psicomotoras	
Agitação Psicomotora	4 (13,3)
Confusão Mental	4 (13,3)
Sonolência/torpor	3 (10,0)

Fonte: O próprio autor

O registro de politrauma, no qual há mais de um sistema do corpo afetado, pode estar associado ao mecanismo de lesões e a cinemática do trauma relacionado aos acidentes de transporte, quedas e agressões por indicando a gravidade clínico-cirúrgica dos casos (IMAMURA, 2012), mas as principais lesões traumáticas observadas neste estudo compreenderam escoriações, hematomas, fraturas ósseas fechadas e expostas.

Além dos sinais e sintomas relacionados ao trauma, (11 - 36,6%) dos eventos sentinela apresentaram outras alterações funcionais, possíveis comorbidades e transtorno mental, registradas como alterações comportamentais e psicomotoras. A agitação psicomotora pode ser definida como uma atividade motora excessiva associada a uma experiência

subjetiva de tensão, são manifestações psicopatológicas complexas, mas inespecíficas, que podem ser decorrentes de condições clínicas variadas, o que exige o estabelecimento de raciocínio clínico voltado para um diagnóstico diferencial amplo. Comportamento agitado, potencialmente agressivo ou francamente agressivo também não são particularidades de nenhum transtorno mental específico, o que implica em uma ampla investigação do diagnóstico diferencial (MANTOVANI et al., 2010).

O diagnóstico médico inicial registrado nos documentos hospitalares é condizente com os sinais e sintomas apresentados na Tabela 3, notando-se pouca alteração no diagnóstico médico inicial e no diagnóstico médico final. Em alguns casos, a confirmação ocorreu por meio de exames complementares, principalmente nos casos das fraturas ósseas.

A Classificação Clínica dos usuários, realizada pelo o Escore da Severidade de Intoxicação, acompanhou os sinais e sintomas registrados nos documentos hospitalares, cujos resultados se encontram na tabela 4.

Tabela 4 – Classificação clínica dos eventos sentinela. Maringá - PR, abril a setembro, 2014

Variáveis	n, %
Poisoning Severity Score	
Um/Leve	19 (63,4)
Dois/Moderado	8 (26,6)
Três/Grave	3 (10)
Fatal*	1 (3,3)
Percepção do Pesquisador	
Leve	17 (56,7)
Moderado	10 (33,3)
Grave	3 (10)

Fonte: O próprio autor

*classificado como grave e fatal

No Escore de Avaliação Clínica de Paciente Intoxicado – PSS (Poisoning Severity Score – IPCS/EAPCCT) – (19 - 63,3%) dos casos apresentaram sintomas leves que são resolvidos espontaneamente, (8 - 26,6%) casos são sintomas visíveis ou prolongados, dois casos (3 - 10%) sintomas graves, com risco de morte, e um caso (3,3%) foi classificado como grave na admissão, que evoluiu para óbito durante a internação, recebendo a

pontuação 4 – fatal. O PSS é um método de classificação para casos de intoxicação independentemente do tipo e número de agentes envolvidos, que levará em conta a trajetória clínica e deve ser aplicado de acordo com a maioria da sintomatologia severa (PERSSON et al., 1998).

A percepção do pesquisador foi realizada com base nas informações registradas pelos profissionais de enfermagem e medicina nos documentos hospitalares e na ficha de ocorrência toxicológica de Intoxicação Alcoólica e Outras Drogas de Abuso do Centro de Controle de Intoxicação. O pesquisador definiu três variáveis conforme os sinais e sintomas do paciente durante a internação e possíveis sequelas temporárias e permanentes.

A gravidade extrema aconteceu em caso com ferimento por arma de fogo em crânio e história de uso de maconha. O adolescente de 13 anos evoluiu para óbito e foi realizada captação e doação de múltiplos órgãos. Importante ressaltar que o uso de drogas acontecia no contexto familiar, pois o conceito da família sobre maconha era de que “não é droga”.

O setor de internação para o maior número de pacientes foi o pronto socorro, com 25 (83,4%) casos. A duração média da internação foi de 5 dias, diretamente relacionada aos sinais e sintomas apresentados e a classificação clínica de cada caso. O pronto socorro e a unidade de terapia intensiva são as unidades hospitalares que os pacientes com maior gravidade são atendidos, avaliados e tratados.

Em sete casos (23,3%) foram registradas intercorrências não relacionadas ao diagnóstico principal, como agitação psicomotora, agressividade e não aceitação do tratamento prescrito e evasão hospitalar. As intercorrências hospitalares descritas são gerenciadas pelo enfermeiro, que articula junto a sua equipe e à equipe multiprofissional o melhor procedimento a ser realizado ao paciente e sua família. Um plano de assistência deve ser colocado em prática por meio da comunicação terapêutica e/ou contenção física e registros nos documentos hospitalares (ARNAUTS; OLIVEIRA, 2012).

Nos registros dos documentos hospitalares, as informações relacionadas às condições de alta hospitalar, destaca-se uma falha no processo de alta em que em 16 casos (53,4%) não existia nenhum registro e/ou orientações para alta, e apenas em dois casos foi encontrado registro de outros profissionais referente ao tratamento e reabilitação do uso de drogas de abuso, nos dois casos registrados a assistente social HUM realizou orientações para alta.

Percebe-se que pouco profissionais abordam o usuário de drogas em unidades de urgência e hospitais gerais, representando oportunidades perdidas para o desenvolvimento

da técnica de intervenção breve ou "aconselhamento breve" (*brief counseling*), que tem como objetivo reduzir o risco de danos proveniente do uso continuado de drogas de abuso, isto pode estar relacionado à falta de conhecimento dos profissionais. A intervenção breve pode ser realizada pelo enfermeiro, médico, assistente social, psicólogo ou técnico de enfermagem, com recomendações para redução do consumo de substâncias psicoativas e encaminhamentos (PEREIRA et al., 2013).

No que se refere aos dados da tabela 5, em (18 - 60%) casos a razão para início do uso de drogas relatado pelo familiar foi a influência de amigos e nove (30,0%) estavam relacionados com o contexto familiar seja devido à desestrutura familiar e até mesmo influência de familiares (pai e avó) para a iniciação do uso de drogas. (Tabela 4)

Tabela 5 – Distribuição de fatores para iniciação do uso de drogas de abuso. Maringá - PR, abril a setembro, 2014

Variáveis	n, %
Razão para Uso de Drogas	
Influência Amigos	18 (60,0)
Desestrutura Familiar	5 (16,7)
Influência Familiares	4 (13,3)
Outros	3 (10,0)
Situação Observada pela Família	
Mudança de Comportamento	12 (40,0)
Uso na Residência	8 (26,7)
Relato de Vizinhos	4 (13,3)
Outros	6 (20,0)
Início de Uso e Conhecimento da Família	
Imediatamente < 12 meses	21 (70)
1 – 10 anos	5 (16,7)
Acima de 20 anos	4 (13,3)

Fonte: O próprio autor

O conhecimento do uso de drogas pela família aconteceu de várias formas, em (12 - 40%) casos foi devido à mudança de comportamento do usuário no contexto familiar, em oito (26,7%) o uso da droga de abuso acontecia na residência, os demais casos o conhecimento deu-se devido a relato de vizinhos, separação conjugal, abandono da família para “morar na rua”. Apenas um usuário informou a família sobre o uso de drogas ilícitas.

O tempo entre o início de uso e conhecimento da família, em (21 - 70 %) se deu imediatamente, período inferior a 12 meses, a média das famílias que descobriram o uso de

drogas anos após o início é de 11,5 anos. No entanto, (4 – 13,3%) casos a família teve conhecimento após 20 anos ou mais.

O tempo de uso das drogas de abuso variou de um a 56 anos, com média de 20,8 anos, também diferente da média nacional estabelecida em inquéritos de base populacional, que é de 13 anos (LARANJEIRA et al., 2012). O perfil da amostra em estudo não se assemelha a de inquéritos transversais e indica que os eventos sentinela e suas famílias possivelmente têm uma trajetória de recaídas, adoecimento e vulnerabilidade social, conforme se vê na tabela 6.

Tabela 6 – Distribuição da continuidade e abstinência do uso de drogas de abuso. Maringá - PR, abril a setembro, 2014.

Variáveis	N, %
Tempo de Uso	
Menos de 1 ano	1 (3,3)
1 a 5 anos	4 (13,3)
5 a 10 anos	4 (13,3)
10 a 20 anos	6 (20,0)
20 a 30 anos	8 (26,8)
30 a 40 anos	5 (16,6)
40 anos ou mais 50 anos	2 (6,6)
Abstinência	
Sim	17 (56,7)
Não	13 (43,3)
Período de Abstinência	(Sim %)
Menos de 30 dias	7 (41,1)
Menos de 6 meses	4 (23,5)
Menos de 1 ano	3 (17,7)
5 anos ou mais	3 (17,7)

Fonte: O próprio autor

Em 17 casos (56,7%) o familiar informou que ocorreu abstinência do uso de drogas, que variou de menos de 30 dias até cinco anos ou mais. As principais causas para a volta ao uso das drogas ou recaídas foram a continuidade do grupo de convívio (amigos) e a não mudança de estilo de vida, desilusão amorosa e ausência de acompanhamento e abandono do tratamento de reabilitação social.

Existe mudança de comportamento de usuários de drogas nos denominados pontos de virada (*turning points*), eventos significativos de vida favorecem a interrupção do

consumo, sendo relevante detectá-los e oferecer dispositivos de saúde, sociais e culturais como apoiadores para alteração da exclusividade com a droga (MARANGONI; OLIVEIRA, 2013; WOLLE et al., 2011). Neste estudo, observou-se que a ocorrência do trauma funcionou como *turning point* com sete usuários passando da fase compulsiva do uso de drogas para padrões controlados, com a diminuição do uso de drogas de abuso, o que melhorou o relacionamento no contexto familiar. Em dois casos ocorreu a interrupção do uso de drogas em pacientes que se encontravam em reabilitação da lesão traumática e com sequelas temporárias.

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. Isso deve-se à 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).

Sobre as relações familiares e sociais em (12 - 40,0%) famílias, houve relatos de violência na infância. Em (25 - 83,3%) famílias foram mencionadas histórias de traumas anteriores. Na família 28, a irmã relatou que o uso de drogas do irmão tem influência do pai, pois o pai faz consumo de bebida alcoólica e há conflito entre pai e filho; o evento aconteceu na briga familiar e agressão entre pai e filho. A família pode ser considerada um fator de risco ou protetor para o usuário de droga, o comportamento aditivo familiar e o uso de drogas dentro de casa poderão influenciar o início ou uso indiscriminado de drogas de abuso, por outro lado, a família estruturada e bem integrada tem um importante papel em conduzir seus integrantes em caminhos opostos às drogas (WOLLE et al., 2011).

Os fatores protetores para prevenção e o não uso de drogas se relaciona ao fato de ter um bom relacionamento com os membros da família, desenvolver habilidades sociais, fazer integração participando de atividades esportivas, clube, igreja, na escola e no trabalho e também receber suporte de pessoas significativas (MARCOLAN, 2004).

Em duas famílias a mãe referiu fornecer o dinheiro para a compra e o consumo da droga de abuso e em sete famílias o familiar entrevistado relata que o usuário rouba/furta para conseguir a droga, inclusive na própria residência e detenção judicial.

Em seis das famílias (20%) o uso de drogas acontecia dentro de casa, e em quatro (13,3%) o início do uso de drogas está relacionado com a influência de familiares. Em relação ao comportamento aditivo familiar, encontraram-se outros usuários de drogas além

do caso investigado em 14 (46,7%) famílias, sendo que 13 usavam álcool e nove eram os pais.

A família, pelo papel de inserir seus membros na cultura e ser instituidora das relações primárias, influencia a forma do comportamento de seus integrantes frente a uma nova situação. Neste aspecto, A relação familiar é o fator mais relevante a ser considerado, mas de forma combinada com outros fatores, para despontar o comportamento dos familiares (SCHENKER; MINAYO, 2005). Na família do jovem de 13 anos que evoluiu a óbito, a irmã informou que era normal o uso de drogas na residência, onde os demais membros também usam drogas e não consideram maconha como “droga”.

Nove famílias (30%) relataram que em algum momento da vida recorreram a instituições que prestam serviço de mútua ajuda para tratamento do uso de drogas. Doze famílias (40%) nunca procuraram ajuda em nenhum serviço para tratamento e reinserção social do seu familiar.

No Brasil, a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS – estabelece pontos de atenção para o atendimento a pessoas com problemas mentais, incluindo os efeitos nocivos do uso de álcool e outras drogas e é composta por serviços e equipamentos de complexidade variável, como os Centros de Atenção Psicossocial(CAPS), os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura, as Unidade de Acolhimento (UAs), e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III) (BRASIL, 2011). No entanto, algumas famílias desconheciam esses serviços, utilizando apenas aqueles de atenção às urgências em saúde e de urgências psiquiátricas e hospitais psiquiátricos.

A utilização do CAPSad, considerado um dispositivo inovador para as estratégias de desinstitucionalização e humanização da Rede de Atenção Psicossocial, foi referido por menos de vinte por cento das famílias, e nenhum dos usuários estava em tratamento no CAPSad quando aconteceu o trauma, diferente da média nacional de cinquenta por cento de famílias que conheciam os CAPSad e procuraram atenção nesses locais (LARANJEIRA et al., 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A internação hospitalar por trauma físico aconteceu naqueles indivíduos com longa trajetória de uso de drogas e em vulnerabilidade social e, por estas características, possuem potencialidade para ser utilizados como evento sentinela. A análise do evento sentinela apontou a gravidade social dos casos investigados, permitiu medir fatores de risco na dinâmica social e familiar, e apontou que políticas públicas inadequadas contribuem para a iniciação e continuidade do uso de drogas de abuso por falhas no acolhimento aos usuários e famílias.

Destacaram-se como fatores para vulnerabilidade familiar no grupo estudado: alguma doença ou problema de saúde crônico autorreferido pelos responsáveis, ausência do pai como membro da família e sobrecarga da mãe/mulher, e com média de 1,8 crianças em cada residência; presença de comportamento aditivo e de violência entre familiares, principalmente produzida pelo usuário de droga. Estas famílias utilizam a rede de atenção à saúde do SUS para tratamento de saúde de seus membros, apenas nove recorreram a instituições de mútua ajuda para tratamento do uso de drogas e grande parte desconhece o Centro de Apoio Psicossocial Álcool e Drogas, utilizando os serviços de emergência psiquiátrica como porta de entrada.

Os usuários iniciaram precocemente o uso de drogas lícitas/ilícitas, mas tinham idade acima da média nacional para o uso de drogas, provavelmente devido à longa duração do uso de drogas, o que pode ter determinado o número de solteiros/divorciados com baixa escolaridade e desempregados. O padrão de poliuso e de uso diário de drogas, adquiridas principalmente com atos ilícitos, foi marcante. Em nove casos a família teve o conhecimento do uso após 10 anos ou mais, e a abstinência por mais de cinco anos foi registrada em apenas três casos.

Também, o Escore de Avaliação Clínica de Paciente Intoxicado apontou cinco com sintomas visíveis a sintomas graves, com risco de morte, e um caso fatal; em 18 casos existia o registro de politrauma e em 11 deles alterações comportamentais e psicomotoras como comorbidades. Foi verificada a história de outros traumas anteriores ao evento sentinela, principalmente os acidentes de trânsito e agressão física.

Ao investigar as características e os contextos de vida dos casos e das famílias, foi possível verificar elementos comuns e divergentes quanto à relação indivíduo/droga de abuso e as consequências, ao tipo de família, condições socioeconômicas, modalidade de

assistência à saúde, relações familiares e sociais, convivência com drogas de abuso na família, influência das drogas no cotidiano familiar e a responsabilidade e os limites impostos pela família. Não se deve esquecer que o conceito de “evento sentinela” determina a investigação de cada ocorrência, considera evitável no nível individual ou coletivo, propondo-se as medidas pertinentes.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, F. **Vivência de cuidadores familiares de usuários de álcool que necessitaram de internação em terapia intensiva**. 2012. ??? f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2012.

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, v. 16, n. 3, p. 488-494, jul./set. 2007.

BERNARDY, C. C. F.; OLIVEIRA, M. L. F.; BELLINI, L. M. Jovens infratores e a convivência com drogas no ambiente familiar. **Rev. RENE: Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 12, n. 3, p. 589-96, 2012.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Prevenção do uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. 5. ed. Brasília: SENAD, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde, décima revisão (CID – 10). Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>[acessado em: dez/2014].

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção as urgências**. 3. ed. Amp. Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N° 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). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 dez. 2011. Seção 1, p. 59.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CANADIAN PATIENT SAFETY INSTITUTE. **Canadian root cause analysis framework**: a tool for identifying and addressing the root causes of critical incidents in healthcare. **Edmonton**: Canadian Patient Safety Institute, 2006. Disponível em:

<http://www.paediatricchairs.ca/safety_curriculum/domain6.docs/CPSIRootCauseAnalysisFramework.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2014.

DEGENHARDT, L.; MATHERS, B.; HALL, W. D. Response to Hser et al.(2014): The necessity for more and better data on the global epidemiology of opioid dependence. **Addiction**, London, v. 109, n. 8, p. 1335-1337, 2014.

FERNANDES, C.; VIEIRA, V. C. L.; SCOCHI, M. J. Mortalidade infantil e classificação de evitabilidade: pesquisando municípios da 15ª Regional de Saúde do Paraná. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 12, n. 4, p. 752-759, 2013.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Centro de Informação Científica e Tecnológica. Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas. **Manual de preenchimento da ficha de notificação e de atendimento**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

HARTZ, Z. M. A.; CHAMPAGNE, F.; LEAL, M. C. Mortalidade infantil “evitável” em duas cidades do Nordeste do Brasil: indicador de qualidade do sistema local de saúde. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 310-8, 1996. Disponível: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101996000400004>>. Acesso em: 14 nov. 2014.

IMAMURA, J. H. **Epidemiologia dos traumas em países desenvolvidos e em desenvolvimento**. 2012. 144 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

JANG, H. S. 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, n. 10, p. 1424-1430, 2013.

KORCHA, R. A. et al. Violence-related injury and gender: the role of alcohol and alcohol combined with illicit drugs. **Drug And Alcohol Review**, Abingdon, v. 33, n. 1, p. 43-50, 2014.

LARANJEIRA, R. et al. (Org.). **II Levantamento nacional de álcool e drogas**. São Paulo: INPAD; UNISFESP, 2012. Disponível em: <<http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Lenad-II-Relat%C3%B3rio.pdf>>. Acesso em: 11 dez. 2014.

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.

MANTOVANI, C. et al. Manejo de paciente agitado ou agressivo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 32, p. 96-103, 2010. Suplemento 2.

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

MARCOLAN, J. F. O Suicídio como problema mundial de saúde coletiva: aspectos de vigilância em saúde mental. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 28-34, 2004.

MARTINS, C. B. G. Acidentes e violências na infância e adolescência: fatores de risco e de proteção. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 66, n. 4, p. 578-584, 2013.

OKUMURA, Y. et al. Comparison of emergency hospital admissions for drug poisoning and major diseases: a retrospective observational study using a nation wide administrative discharge database. *BMJ Open*, London, v. 2, n. 6, p. 1-7, 2012. Disponível em: <<http://bmjopen.bmj.com/content/2/6/e001857.full.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2014.

PENNA, M. L. F. **Condição marcadora e evento sentinela na avaliação de serviços de saúde**. Texto básico elaborado para a Bibliografia Básica do projeto GERUS. Texto de apoio da Unidade I. Brasília: Fundação Nacional da Saúde, 2001. Disponível em: <<http://www.rdconsultoria.com.br/Downloads/Educa%C3%A7%C3%A3o%20Continuada/Gest%C3%A3o%20de%20Riscos/Evento%20sentinela%20na%20avalia%C3%A7%C3%A3o%20da%20sa%C3%BAde.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2014.

PEREIRA, M. O. et al. Efetividade da intervenção breve para o uso abusivo de álcool na atenção primária: revisão sistemática. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 66, n. 3, p. 420-428, 2013.

PERSSON, H. et al. Poisoning Severity Score: Grading of acute poisoning. *Journal of Toxicology - Clinical Toxicology*, New York, v. 36, n. 3, p. 205-213, 1998.

RASSLAN, S.; BIROLINI, D. O trauma como modelo de doença. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgões*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. III-III, 1998.

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.

RUTSTEIN, D. D. et al. Measuring the quality of medical care: a clinical method. *New England Journal of Medicine*, Boston, v. 294, n. 11, p. 582-588, Mar. 1976.

SACKS, J. Y.; MCKENDRICK, K.; BANKS, S. The impact of early trauma and abuse on residential substance abuse treatment outcomes for women. *Journal of Substance Abuse Treatment*, New York, v. 34, n. 1, p. 90-100, Jan. 2008.

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

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, p. 707-717, 2005.

SCHILLEWAERT, N.; LANGERAK, F.; DUHAMEL, T. Non-probability sampling for www surveys: a comparison of methods. *Journal of Market Research Society*, London, v. 40, n. 4, p. 307-313, Oct. 1998.

SILVINO, M. C. S. et al. Operacionalização de evento sentinela para vigilância do uso de drogas de abuso. *Saude & Transformação Social*, Florianópolis, v. 3, n. 2, p. 59-66, 2012.

TEASDALE, G.; JENNETT, B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. **Lancet**, London, v. 2, p. 81-84, July 1974.

TEIXEIRA, T. C. A.; CASSIANI, S. H. B. Análise de causa raiz de acidentes por quedas e erros de medicação em hospital. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 100-107, 2014.

WOLLE, C. C. et al. (Org.). **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

Endereço do Autor

Cleiton José Santana

Rua Luiz Lercio, 455, Ap. 1706 – Torre 1 - Terra Bonita –

Londrina, Paraná - CEP: 86047-610

E-mail: cleisantana@uol.com.br

5 ARTIGO 2

ANÁLISE DE CAUSAS RAÍZ PARA O USO DE DROGAS: INVESTIGAÇÃO EM EVENTOS SENTINELA ANALYSIS OF ROOT CAUSES FOR DRUG USE: SENTINEL EVENTS INVESTIGATION ANÁLISIS DE CAUSAS RAÍZ PARA EL USO DE DROGAS: INVESTIGACIÓN EN EVENTOS CENTINELA

Cleiton José Santana; Magda Lúcia Félix de Oliveira

RESUMO

Considerando a importância da vigilância em saúde para prática da enfermagem em saúde pública e a inexistência de um processo de vigilância epidemiológica efetivo para mensuração do efeito das drogas de abuso na saúde da população, este artigo objetivou analisar os fatores para a iniciação e continuidade do uso de drogas a partir do evento sentinela *internação hospitalar com diagnóstico de trauma associado à intoxicação por drogas de abuso*. Trata-se de estudo exploratório e retrospectivo, desenvolvido a partir do referencial de investigação epidemiológica de eventos sentinela, com revisão de documentos hospitalares e entrevista com o familiar do usuário de drogas, estabelecendo as causas subjacentes. Foram investigados 30 eventos sentinela, com predomínio do sexo masculino, média de 40,1 anos, baixa escolaridade e desemprego. A droga mais utilizada foi o álcool, isolada ou associada a drogas ilícitas. O Escore de Avaliação Clínica de Paciente Intoxicado apontou cinco (16,6%) com sintomas visíveis a sintomas graves, com risco de morte, e um caso fatal. O resultado da causa raiz foi descrito com a investigação dirigida para a trajetória da ocorrência do evento, identificou-se pontos críticos, permitindo a crítica sobre o desempenho das políticas públicas. A interface entre políticas de educação, segurança pública, assistência social, economia e saúde, inadequadas e deficientes, parecem determinar a causa raiz do uso de drogas de abuso nos casos investigados.

Descritores: Vigilância de Eventos Sentinela. Intoxicação por Drogas de Abuso. Qualidade da Assistência à Saúde. Saúde Pública. Enfermagem.

ABSTRACT

Considering the importance of surveillance in health for practice of nursing in public health and the lack of an effective epidemiological surveillance process for measuring the effect of drugs of abuse in populations's health, this study aims to analyze the causes for initiation and permanence in use of drugs from sentinel event *hospitalization with diagnostic of trauma associated to intoxication by drugs of abuse*. It is an exploratory and retrospective study developed from the starting point of epidemiological investigation of sentinel events, with review of hospital documents and interview with the family of the drug user to determine underlying causes. 30 sentinel events were investigated, predominantly male, average of 40,1 years, low education level and unemployed. The most used drug was alcohol isolated or associated to other drugs. The intoxicated Patient's

Clinical Evaluation scored five (16,6%) with visible to severe symptoms, life-threatening and a fatal case. The result of root cause was described with the investigation directed to the course of the event, critical points were identified, what allowed the critic about the public policy performance. Inadequate or deficient connection between education policy, public security, social assistance, economics and health seem to define in investigated cases the root cause of the use of drugs of abuse.

Key-words: Surveillance of Sentinel Events; Intoxication by Drugs of Abuse; Quality of Health Care; Public Health; Nursing.

RESUMEN

Considerando la importancia de la vigilancia en salud para la práctica de enfermería en salud pública y la ausencia de un proceso de vigilancia epidemiológica efectivo para mensuración del efecto de las drogas de abuso en la salud de la población, este artículo tuvo por objetivo analizar los factores para la iniciación y continuidad de uso de drogas a partir del evento centinela *internación hospitalaria con diagnóstico de trauma asociado a la intoxicación por drogas de abuso*. Se trata de estudio exploratorio y retrospectivo, desarrollado a partir del referencial de investigación epidemiológica de eventos centinela, con revisión de documentos hospitalarios y entrevista con el familiar del usuario de drogas, estableciendo las causas subyacentes. Se investigaron 30 eventos centinela, con predominio del sexo masculino, promedio de 40,1 años, baja educación y desempleo. La droga más utilizada fue el alcohol, aislada o asociada a drogas ilícitas. El Escore de Evaluación Clínica de Paciente Intoxicado apuntó cinco (16,6%) con síntomas visibles a síntomas graves, con riesgo de muerte, y un caso fatal. El resultado de la causa raíz fue descrito con la investigación direccionada hacia la trayectoria de la ocurrencia del evento, se identificaron puntos críticos, permitiendo la crítica sobre el desempeño de las políticas públicas. La interfaz entre políticas de educación, seguridad pública, asistencia social, economía y salud, inadecuadas y deficientes, parecen determinar la causa raíz del uso de drogas de abuso en los casos investigados.

Descriptores: Vigilancia de Eventos Centinela; Intoxicación por Drogas de Abuso; Calidad de la Asistencia a la Salud; Salud Pública; Enfermería.

INTRODUÇÃO

A Saúde Pública volta-se cada vez mais para a vigilância e monitoramento dos agravos e doenças como ferramentas de orientação no planejamento e avaliação de programas e políticas de saúde. A vigilância epidemiológica é entendida como a contínua e sistemática coleta, análise e interpretação de dados sobre eventos que afetam a população, seguida da rápida divulgação aos responsáveis pelas atividades de prevenção e controle. É desenvolvida a partir de sistemas locais de saúde com o objetivo de agilizar o processo de identificação e controle de eventos adversos à saúde ou de fatores de risco (BRASIL, 2014; THACKER et al., 1996).

Apesar de se reconhecer que o uso das drogas é um problema social e de saúde pública emergente, o emprego da epidemiologia como instrumento de detecção e avaliação do consumo dessas substâncias é recente. Estudos epidemiológicos, acadêmicos ou normativos, têm detectado índices crescentes de uso de drogas nas últimas décadas e nas diversas regiões do mundo e a intensificação da complexidade do fenômeno (BRASIL, 2014; IMAMURA, 2012; SACKS; MCKENDRICK; BANKS, 2008). Conhecer o padrão do consumo de drogas de uma dada sociedade é imprescindível para a implantação de programas de prevenção ao consumo, pois informações atualizadas fornecem parâmetros para políticas públicas voltadas à prevenção e ao tratamento.

Embora de forma desigual nas diferentes regiões, o monitoramento da relação drogas de abuso, violência e trauma é realizado em nosso país a partir de informações de alguns centros de informação e assistência toxicológica – CIAT, considerados unidades sentinela para o monitoramento das intoxicações. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CENTROS DE INFORMAÇÃO E ASSISTÊNCIA TOXICOLÓGICA, 2009; MASCARENHAS et al., 2009). Também estudos transversais e algumas cortes com dados locais e inquéritos em domicílios, escolas, cenários de consumo. Instituições fechadas e instituições no âmbito da Justiça, construídos com todas as dificuldades que o seguimento dessa população possibilita, são realizados com descontinuidade de coleta de dados, embora as intoxicações por drogas de abuso sejam de notificação compulsória (ARNAUTS; OLIVEIRA, 2012; BRASIL, 2014; LARANJEIRA et al., 2012; OKUMURA et al., 2012).

Em sistemas de vigilância epidemiológica, a coleta de dados pode ser realizada por métodos passivos e espontâneos de notificação, e métodos ativos, que requerem contato a intervalos regulares entre a Saúde e as fontes de informação, e permitem um melhor conhecimento do comportamento dos agravos à saúde na comunidade, tanto em seus aspectos quantitativos como qualitativos. São exemplos de métodos ativos como a busca ativa, uso de condição marcadora e evento sentinela. (BRASIL, 2014; KESSNER; KALK; SINGER, 1973; PENNA, 2001; RUTSTEIN et al., 1976).

Eventos sentinela ou *sentinela events* são definidos como a ocorrência de doença, invalidez ou morte desnecessária e prevenível por ações da atenção primária. Estas condições poderiam ser melhoradas por tecnologias e ações de saúde eficazes e constituem-se *clear-cuts*, índices da qualidade da assistência à saúde de uso imediato (RUTSTEIN et al., 1976). A formação de sistemas de vigilância de eventos sentinela tem

como objetivo monitorar indicadores-chaves na população geral ou em grupos especiais. A seleção de um fato negativo, com resultado adverso sério, sinaliza para a necessidade imediata de resposta e gera dois desafios: compreender como e por que o evento ocorreu e prevenir a ocorrência do mesmo evento ou evento similar (HARTZ; CHAMPAGNE; LEAL, 1996; PENNA, 2001; RUTSTEIN et al., 1976).

Ampliando o conceito, pode-se eleger eventos sentinela com a finalidade de avaliar aspectos específicos do processo de atenção à saúde, como a utilização de exames complementares, o acesso aos serviços ou a ocorrência de morte por causa não violenta sem assistência médica. Autores têm proposto estes indicadores como forma de “monitoramento de emergência” e defendem a sua ampliação conceitual com a incorporação de novos conceitos ao processo de análise (BALLANI; OLIVEIRA, 2007; FERNANDES; VIEIRA; SCOCHI, 2013; PENNA, 2001).

No entanto, o procedimento de vigilância epidemiológica por meio de fontes ou eventos sentinela, visando estabelecer a causa básica do evento (raiz causal) ou riscos evitáveis e propor futuras medidas preventivas, ainda é pouco utilizado no Brasil (BALLANI; OLIVEIRA, 2007; FERNANDES; VIEIRA; SCOCHI, 2013; PENNA, 2001; TEIXEIRA; CASSIANI, 2014).

A Análise de Causa Raiz - RCA é um processo sistemático e reativo, realizado após incidentes críticos ou eventos sentinelas, em que os fatores que contribuíram para o incidente são identificados pela reconstrução da sequência de eventos e pelo constante questionamento do porquê (PENNA, 2001; TEIXEIRA; CASSIANI, 2014; THACKER et al., 1996). A análise se aprofunda, perguntando "o que" e "por que" até que todos os aspectos do(s) processo(s) sejam analisados e os fatores que contribuíram para o evento sejam considerados. A investigação focaliza o processo, da análise das causas proximais para a causa raiz, por meio de sucessivos porquês, que determinam onde atuar para reduzir ou eliminar o risco de recorrências (HEALTH AND SAFETY EXECUTIVE, 2004; LEE; MILLS; WATTS, 2012; RUTSTEIN et al., 1976).

Desde 2008 pesquisadores têm definido eventos sentinela para vigilância epidemiológica das intoxicações e dos efeitos das drogas de abuso na saúde humana, com definição de caso/evento, operacionalização da investigação epidemiológica e testes para “validação” para avaliação da potencialidade do evento, com vistas à institucionalização da vigilância em um sistema local de saúde (BALLANI; OLIVEIRA, 2007; SANTANA et al., 2014; SILVINO et al., 2012).

No presente estudo foi definido como evento sentinela a *internação hospitalar com diagnóstico de trauma associado à intoxicação por drogas de abuso*, entendendo a intercorrência internação por trauma como evitável e considerada um indicador de gravidade das condições de vida dos pacientes e do cuidado à saúde (BRASIL, 2013b). O número de estudos voltados à “evitabilidade” da morbimortalidade e das internações hospitalares por trauma físico evidencia a força desse agravo como um sensível indicador sentinela e a análise dessas ocorrências constituiriam um importante clearcut (ARNAUTS; OLIVEIRA, 2012; IMAMURA, 2012; RASSLAN; BIROLINI, 1998).

Geralmente, usuários de drogas de abuso acessam os serviços de saúde, principalmente o sistema hospitalar, quando apresentam complicações relacionadas ao consumo compulsivo com comprometimento clínico devido ao uso crônico ou situações de violência e trauma. O uso dessas ocorrências como instrumento para o monitoramento dos efeitos das drogas de abuso é coerente com os princípios de acolhimento e integralidade, mudanças pretendidas pelo SUS, pois mede a trajetória do usuário e sua família nos serviços de saúde e de proteção social (BRASIL, 2013b).

MÉTODOS

Estudo exploratório-descritivo realizado na cidade de Maringá – Paraná, tomando-se a *internação hospitalar com diagnóstico de trauma associado à intoxicação por drogas de abuso* como evento sentinela (BALLANI; OLIVEIRA, 2007; CANADIAN PATIENT SAFETY INSTITUTE, 2006; RUTSTEIN et al., 1976; SANTANA et al., 2014; SILVINO et al., 2012).

Os eventos sentinela foram selecionados de casos originários do centro de informação e assistência toxicológica - CIAT de referência para a macrorregional Noroeste do Paraná. O CIAT é um serviço público de apoio às urgências toxicológicas e de vigilância epidemiológica sentinela das intoxicações, vinculado à Rede Nacional de Centros de Informação e Assistência Toxicológica – RENACIAT (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CENTROS DE INFORMAÇÃO E ASSISTÊNCIA TOXICOLÓGICA, 2009; BRASIL, 2014).

Para o presente estudo foi considerado evento sentinela o indivíduo que atendia a um conjunto específico de critérios do agravo sob investigação, com quadro clínico

compatível/sinais e sintomas sugestivos ou testes laboratoriais confirmativos ou vinculação epidemiológica a outro caso confirmado (BALLANI; OLIVEIRA, 2007; BRASIL, 2014).

Foram incluídos no estudo 30 eventos sentinela independentes de sexo e idade, com vínculo familiar e moradia definitiva, residentes no município de Maringá- Paraná, e notificados ao CIAT no período de abril a setembro de 2014; e 30 familiares como informantes. Os documentos hospitalares e o contato telefônico subsidiaram a confirmação dos critérios de inclusão no estudo, e os familiares foram acessados para participação na pesquisa.

A amostra foi escolhida intencionalmente em casos considerados "típicos" da população para o estudo (SCHILLEWAERT; LANGERAK; DUHAMEL, 1998) e foi composta por pacientes eventos sentinelas, internados no período de abril a setembro de 2014 e acessados a partir da notificação ao CIAT, e um familiar representante de suas famílias, que foram denominadas famílias sentinelas.

Foram investigados 30 eventos sentinela - independentes de sexo e idade, mas com vínculos familiares, moradias definitivas e residentes no município de Maringá – Paraná-, e um familiar como informante-chave, considerando os parâmetros para a vigilância epidemiológica por meio de eventos sentinela – entrevista com a família e análise voltada a um sistema local de saúde.

Como fontes de dados foram utilizadas a Relação de Pacientes Internados e a Ficha de Ocorrência Toxicológica de Intoxicação Alcoólica e/ou outras Drogas de Abuso (Ficha OT/IA) arquivadas no CIAT e o prontuário hospitalar do paciente. A Ficha OT/IA é um instrumento de notificação de casos de intoxicação e possibilitou identificar a associação das drogas de abuso ao trauma (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2001).

O instrumento de coleta de dados foi o Roteiro de Investigação de Eventos Sentinela adaptado de modelo proposto por Ballani e Oliveira (2007), seguindo as etapas de investigação propostas por Penna (2001), composto por quatro blocos temáticos: Bloco I – Dados Socioeconômicos e Demográficos do Usuário de Drogas e Família; Bloco II – Dados do Evento; Bloco III – Investigação Domiciliar e Familiar; Bloco IV - Conclusão da Investigação.

A coleta de dados seguiu a metodologia de investigação de eventos sentinela, ampliada com a avaliação clínica dos casos (BALLANI; OLIVEIRA, 2007). Previamente ao processamento e análise dos dados, a metodologia pressupõe a definição de uma equipe

de trabalho/grupo técnico responsável pela investigação e a busca ativa e triagem dos casos por abordagem retrospectiva (TEIXEIRA; CASSIANI, 2014).

Após, os documentos hospitalares dos 30 pacientes foram avaliados com preenchimento do Bloco II do Roteiro de Investigação de Evento Sentinela. Os dados primários foram coletados em um único encontro com cada participante por meio de entrevistas domiciliares individuais com duração aproximada de 50 minutos.

A partir da análise dos documentos e da entrevista domiciliar, foram elencados os seguintes aspectos para o estudo: dos registros dos documentos hospitalares - a história da intoxicação e o atendimento pré-hospitalar (segundo local, tipo de ocorrência e droga de abuso), dados da internação hospitalar (sinais e sintomas na admissão, setor, duração e intercorrências durante a internação, diagnóstico e tratamento médico, registros das condições de alta e de outros profissionais) e a classificação clínica; e da entrevista com familiar representante da família sentinela – dados do usuário de drogas informados pelo familiar: comportamento do usuário na família, no trabalho e sociedade, a iniciação, razão e tempo de uso de drogas, tempo entre início do uso e descoberta da família, como família descobriu, história de tratamento para dependência química, história abstinência, período de abstinência.

A máscara do roteiro e os dados quantitativos foram compilados em planilha eletrônica no software Microsoft Office Excel 10.0 e analisados por meio de estatística descritiva simples (medidas de localização central e de dispersão). A análise consistiu em descrever os dados encontrados por frequências absolutas e relativas e cálculo das médias e desvio padrão.

Seguindo a técnica recomendada para estudo de eventos sentinela, foi realizada a reconstrução da trajetória dos casos e contextualização dos atendimentos. Para tanto, foi revisitada a história individual de cada caso e compilados dados da ocorrência toxicológica, da internação hospitalar e da entrevista domiciliar descritos como caracterização do usuário de drogas, caracterização do evento/história clínica, história individual e caracterização do entrevistado, história familiar, condições sociodemográficas da família e acesso às políticas públicas (BALLANI; OLIVEIRA, 2007; TEIXEIRA; CASSIANI, 2014).

Posteriormente os dados foram avaliados individualmente. O grupo técnico responsável pela investigação, a fim de contribuir com vários pontos de vista sobre o evento analisado e identificar diferentes fatores causais, teve a orientadora da dissertação

como facilitadora das dez reuniões realizadas. A investigação epidemiológica propriamente dita consistiu na análise crítica dos dados, com estudo individual e descrição detalhada de cada evento, incluindo sua cronologia, e na constituição de uma matriz de análise para processamento das informações (TEIXEIRA; CASSIANI, 2014).

A matriz para avaliação dos casos seguiu o modelo de *root cause analysis* ou análise da causa raiz, que promove uma análise crítica e minuciosa sobre os eventos, a identificação de falhas nos processos e propicia a conclusão que frequentemente falhas sistêmicas predominam em relação às falhas individuais (HEALTH AND SAFETY EXECUTIVE, 2004; CANADIAN PATIENT SAFETY INSTITUTE, 2006). Foi realizada uma adaptação de metodologias de análise de causa raiz proposta por Taylor-Adams e Charles Vincent no Protocolo de Londres pela *Seeking out the underlying root causes of events- SOURCE* (CANADIAN PATIENT SAFETY INSTITUTE, 2006; TAYLOR-ADAMS; VINCENT; STREET, 2004; TEIXEIRA; CASSIANI, 2014). (Quadro 1)

Quadro 1 - Etapas do processo de análise dos eventos sentinela.

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

Fonte: Health and Safety Executive, 2004

A análise do evento sentinela internação hospitalar combinada ao uso de drogas de abuso não foi desvinculada do contexto familiar devido à complexidade do evento e às dimensões sociais que determinam sua ocorrência. Por meio da análise sistemática da história de cada caso, na busca dos registros nos prontuários hospitalares, nas fichas OT/IA, na entrevista com o familiar, foram investigados os possíveis fatores que tenham influenciado o uso de droga e conseqüentemente a internação hospitalar com diagnóstico

de trauma. Para resgatar essas informações, elaborou-se, então, três perguntas: Por que o indivíduo iniciou o uso de drogas de abuso? Por que ele continuou o uso de drogas de abuso? Onde aconteceram fracassos?

Após a avaliação de cada caso, em reunião do grupo técnico responsável pela investigação em período inferior a trinta dias da entrevista, foi preenchido no Roteiro de Investigação o item conclusão do caso, com análise do motivo básico para o uso de drogas de abuso e fatores de risco/vulnerabilidade, como os antecedentes e fatores de risco no domicílio, no trabalho, na escola, no serviço de saúde, a existência de apoio de redes sociais e serviços públicos; e a possibilidade do evento ser evitado e por quais medidas sociais, educativas, assistência à saúde e outras. Todos os aspectos éticos envolvidos na pesquisa foram cumpridos rigorosamente.

RESULTADOS

O perfil dos 30 eventos sentinela apontou predomínio do sexo masculino, idades entre 13 e 65 anos e média de 40,1 anos, baixa escolaridade e desemprego. A droga mais utilizada foi o álcool, isolada ou associada a outras drogas, e deles a utilizava diariamente. A maioria dos eventos aconteceu em ambiente externo à residência (73,4%), principalmente acidentes de trânsito, quedas e agressões físicas.

Das famílias entrevistadas, 20 (66,7) relataram que não tiveram nenhuma dificuldade ao atendimento no serviço de saúde no dia do evento; cinco famílias referiram que a maior dificuldade foi a demora para o atendimento, e uma informou descaso por parte dos profissionais porque o seu familiar encontrava-se sob efeito de drogas de abuso. Após a alta médica hospitalar, metade dos casos foi encaminhada para outros serviços de saúde ou para continuidade do tratamento ambulatorial. Apenas um usuário foi encaminhado para serviço de assistência psicossocial para tratamento e reabilitação social. (Tabela 1)

Na avaliação do serviço hospitalar e da qualidade da assistência 76,7% das famílias informou que o serviço de saúde e a assistência prestada ao seu familiar foi ótima e/ou boa; em quatro casos (13,3%) regular, o que esteve relacionado com a queixa da demora de atendimento, a falta de informações sobre a evolução do quadro clínico do paciente e jejum

prolongado; e em um caso (3,3%) o familiar informou que o atendimento foi péssimo, pois durante o atendimento do seu familiar ocorreram falhas de comunicação sobre a assistência. (Tabela 1)

Tabela 1 – Avaliação do atendimento dos eventos sentinela pelos familiares. Maringá, abril a setembro, 2014

Variáveis	N, %
Dificuldades no Atendimento no dia Evento	
Não	20 (66,7)
Sim	6 (20)
Não Sabe	4 (13,3)
Sim - Qual	6 (20)
Demora Atendimento	5 (83,4)
Devido Sinais de Uso de Drogas	1(16,6)
Como Avalia o Atendimento	
Ótimo	5 (16,7)
Bom	18 (60)
Regular	4 (13,3)
Péssimo	1 (3,3)
Não Sabe	2 (6,6)
Encaminhamento após Alta Hospitalar (n=29)*	
Sim	15 (50)
Não	8 (26,7)
Não Sabe	6 (20)

Fonte: O próprio autor

*Ocorrência de um óbito

Das 30 famílias entrevistadas, 18 (60%) relataram que já procuraram ajuda para tratamento do uso de drogas do seu familiar, apenas cinco (27,7%) referiram que procuram o Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas - CAPSad. A busca por tratamento e apoio profissional aconteceu em períodos que variaram desde imediatamente à identificação do uso de drogas até a 32 anos após, com média de 11,5 anos. A demora foi relatada pelo familiar pela não aceitação do tratamento pelo usuário, a “vergonha” e a dificuldade de aceitação do problema. Uma família referiu que acreditavam que “o uso fosse uma fase na vida (da pessoa) e que não seria prejudicial”. (Tabela 2)

Em 16 casos (56,7%) o tratamento informado foi a internação hospitalar e o hospital psiquiátrico foi citado por 9 (52,9%) das famílias como local de tratamento. Cinco famílias (29,5%) informaram que o tratamento foi pago diretamente à instituição de

tratamento - duas relataram que esta situação afetou as finanças da família, que realizou empréstimo bancário e obteve ajuda da Igreja. O número de internações variou de uma a 20 internações, com média de 3,3 internações por usuário. Dos casos com história de internação hospitalar, a última internação teve duração de dois a 24 meses, com média de 6,8 meses. (Tabela 2)

Uma família informou que procurou tratamento ambulatorial em serviço de psicologia, porém o familiar frequentou apenas seis sessões e abandonou o tratamento. Os serviços de ajuda mútua foram informados por 9 famílias (30%), principalmente serviços religiosos, grupos Alcoólicos Anônimos e Amor Exigente. As demais famílias não referiram utilização de serviços de apoio e reabilitação.

Tabela 2 – Distribuição de dados sobre a história de tratamento para dependência química. Maringá, abril a setembro, 2014

Variáveis	N, %
Ajuda para Tratamento	
Sim	18 (60)
Não	12 (40)
Local (n=18)	
CAPS	5 (27,7)
Igreja *	3 (16,6)
AA	3 (16,6)
Grupo de Apoio	3 (16,6)
Hospital Psiquiátrico	2 (11,1)
CRAS *	2 (11,1)
Clínica de Recuperação*	2 (11,1)
História de Tratamento Anterior	
Sim	17 (56,7)
Não	13 (43,3)
Local (n=17)	
Hospital Psiquiátrico	9 (52,9)
Clínica de Recuperação	6 (35,4,6)
Hospital Geral	2 (11,7)
Pagamento pelo Tratamento (n=17)	
Não	11 (64,7)
Sim	5 (29,5)
Não Sabe	1 (5,8)

Fonte: O próprio autor

*Igreja, CRAS e Clínica de Recuperação são locais que algumas famílias procuraram simultaneamente.

As semelhanças e diferenças dos eventos sentinela estavam relacionadas ao contexto de vida do usuário e sua família, pois houve relatos de violência na infância, ocorrência de traumas anteriores, manobras ilícitas para aquisição da droga, alterações de comportamento no âmbito domiciliar e comportamento aditivo nas famílias (42%) e em 20 % das famílias o uso de drogas acontecia dentro de casa. A razão para início do uso de drogas relatado pelo familiar em 18 casos (60%) foi a influência de amigos e em 17 casos (56,8%) a família descobriu o uso imediatamente com a mudança de comportamento do usuário no contexto familiar.

A aproximação das causas do evento foi sintetizada em três momentos: (1) primeira aproximação ou fatores de risco para a iniciação do uso de drogas de abuso; (2) segunda aproximação ou fatores contributivos para a continuidade do uso de drogas de abuso; e (3) terceira aproximação ou determinação de falhas na rede de atenção de saúde e proteção social.

No presente estudo, foi possível observar que a visão das famílias para a iniciação ao uso de drogas pelos usuários pode ser muitas vezes atribuída a um fator singular ou até passar despercebida. A exposição a determinados fatores combinados, que poderiam contribuir para o uso de drogas de abuso, não é reconhecida pelas famílias. As famílias dos usuários investigados indicaram vários fatores de risco isoladamente para o início do uso de drogas de abuso relacionados ao contexto familiar, aos grupos de pares (amigos), à escola, à discriminação social e à falta de serviços específicos de saúde.

Novamente, na ótica da maioria das famílias, não existiam justificativas objetivas. As famílias estudadas não possuem estrutura para o enfrentamento do problema, falta conhecimento suficiente sobre drogas e suas implicações para lidar satisfatoriamente com o problema e para compreender a necessidade da participação no processo terapêutico.

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

Quanto às “más companhias”, bastante citadas pelas famílias, estas evoluíram para o envolvimento com o tráfico de drogas, gerando a “dívida de droga” do usuário e a alternativa do crime para pagá-la. Ressalta-se que a maioria das famílias investigadas,

embora tenha renda familiar limitada, não é muito pobre ou excluída socialmente – essas famílias conseguiram adquirir casa própria, ingressaram seus filhos na escola e têm alimentação básica regular. No entanto, a droga de abuso e a roda viva tráfico-violência-prisão é um determinante social relevante para a situação de vulnerabilidade em que essas famílias se encontram.

Para a síntese dos antecedentes e fatores de risco foi utilizado o item de conclusão do roteiro de investigação dos eventos sentinela, que aponta evidências ou indícios de desvios das normas de prevenção no domicílio ou contexto familiar, no trabalho, na escola e nos serviços de saúde, terminando com a determinação de falhas e de oportunidades perdidas de acesso e acolhimento dos usuários e suas famílias para que o processo fosse interrompido, ou seja, interrupção da continuidade do uso de drogas de abuso que levou os jovens ao “fundo do poço”.

Diante dessa caracterização, elaborou-se um modelo de síntese das causas subjacentes, categorizadas em contexto familiar, cultura/estilo de vida, educação, religião, atenção à saúde, assistência social, economia, e segurança pública com os respectivos fatores causais. (Figura 1)

Figura 1 - Categorias de fatores causais dos eventos sentinelas.



DISCUSSÃO

Talvez seja uma tendência natural a prática de se desenvolver diferentes sistemas de vigilância epidemiológica, cada um com distintos objetivos e aplicação de metodologias diferenciadas, todos buscando oferecer subsídios técnicos e operacionais para desencadeamento de ações, planejamento, implementação e avaliação de programa. Tem-se que alertar que a proliferação de sistemas acarreta crescentes dificuldades logísticas aos serviços, impondo-se a necessidade de certo grau de racionalização ao processo (BRASIL, 2009).

Dependendo do grau de desenvolvimento do sistema local, pode-se ir mais além do atual escopo da vigilância epidemiológica, incorporando-se gradativamente outras informações que contemplem o monitoramento e análise da situação de saúde das populações, visando o enfrentamento mais global dos seus problemas. O progressivo avanço da organização e capacitação dos municípios possibilitarão o desenho de novos modelos assistenciais que atenda à proposta de transformação dos atuais sistemas de vigilâncias de doenças na vigilância em saúde (BRASIL, 2014).

A utilização do evento sentinela, por tratar-se de um método de investigação epidemiológica que foge aos padrões tradicionais, permitiu obter muitas informações a partir de um número reduzido de dados, possibilitando incluir questões que a princípio estariam descobertas pela análise tradicional e, assim, contribuir para o reconhecimento de fatores de risco em várias áreas e também para a definição de prioridades em ações preventivas do uso de drogas de abuso, envolvendo respostas de diversas políticas públicas.

Os eventos sentinela investigados fogem ao padrão etário observado em inquéritos de base populacional e de amplitude nacional realizados em capitais brasileiras, pois foram encontradas idades de 13 a 65 e média de 40,1 anos. Possivelmente este padrão esteja relacionado ao tempo de uso da(s) droga(s), que variou de um a 54 anos e média de 20,8 anos, também diferente da média nacional, que é de 13 anos (BERTONI; BASTOS, 2014; LARANJEIRA et al., 2012).

Portanto, o perfil da amostra em estudo não se assemelha a de inquéritos transversais e indica que os eventos sentinela e suas famílias possivelmente têm uma trajetória de recaídas e adoecimento, com usuários de drogas e famílias aproximando-se do

“fundo do poço” e correlacionados à vulnerabilidade social. Este perfil de uso prolongado, permeado de abstinências e recaídas e de internações voluntárias e compulsórias, parece determinar a vida afetiva e conjugal, a escolaridade e a inserção no mercado de trabalho dos eventos sentinelas, pois a maioria não era casada, possuía baixa escolaridade e estavam desempregados ou atuavam em setores econômicos de baixa qualificação (CARLINI, 2007).

Geralmente a família identifica o uso da droga em um de seus membros quando existem mudanças no comportamento (agressivo, alienado, indiferente), assim como foi encontrado no presente estudo, em que familiares referiram mudanças de comportamento do usuário de drogas (LARANJEIRA et al., 2012). A maioria relatou que o usuário apresenta comportamento agressivo devido ao uso de drogas, com dificuldade de estabelecimento de vínculos familiares e empregatícios. A violência intrafamiliar surge a partir das alterações de comportamento apresentado por usuários de drogas, com consequente comprometimento da estrutura familiar (SELEGHIM et al., 2011).

Em todos os casos encontrou-se pelo menos três aspectos estruturantes da vida dos usuários: uso associado de várias drogas de abuso por longo período; evasão escolar e desemprego; “fugas” constantes do lar, pelo menos um episódio de situação de rua; e envolvimento em delitos e atos violentos acima de duas vezes.

Foram constatados elementos comuns e divergentes quanto à relação indivíduo/droga de abuso e suas consequências: tipo de família, condições socioeconômicas, modalidade de assistência à saúde, relações familiares e sociais, convivência com drogas de abuso na família e influência das drogas no cotidiano familiar. Em todas as famílias foi possível observar antecedentes de risco e de proteção para o uso de drogas de abuso em todos os domínios da vida e em qualquer nível de convivência socioambiental, o que parece indicar que a visão restrita do problema ao contexto familiar ou às características individuais dos usuários é limitada. A maioria das causas subjacentes referidas pelas famílias relaciona-se à ausência ou à precariedade de políticas públicas.

Embora as condições de moradia da maioria das famílias fosse satisfatória, a maior distribuição espacial dos domicílios aconteceu em comunidade com indicadores elevados de violência relacionados ao consumo de drogas de abuso, confirmando que o consumo de drogas não ocorre de forma uniforme socialmente e a gravidade do uso está presente principalmente em comunidades e famílias com elevada vulnerabilidade social (ARNAUTS; OLIVEIRA, 2012; BERNARDY; OLIVEIRA, 2012; BRASIL, 2013a).

No entanto, as condições socioeconômicas das famílias podem determinar a trajetória assistencial na rede de atenção à saúde e identificar o acesso e a utilização dos serviços. Aproximadamente um terço das famílias dos eventos sentinela havia utilizado a rede pública e instituições filantrópicas de apoio social para tratamento do uso de drogas, superior ao índice de 14%, constatado em estudos de base nacional (LARANJEIRA et al., 2012).

No Brasil, a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS estabelece pontos de atenção para o atendimento a pessoas com problemas mentais, incluindo os efeitos nocivos do uso de álcool e outras drogas e é composta por serviços e equipamentos de complexidade variável, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura, as Unidade de Acolhimento (UAs), e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III) (BRASIL, 2011).

A utilização do CAPSad, considerado um dispositivo inovador para as estratégias de desinstitucionalização e humanização da Rede de Atenção Psicossocial, foi referida por menos de vinte por cento das famílias, e nenhum dos usuários estava em tratamento no CAPSad quando aconteceu o trauma, diferente da média nacional de cinquenta por cento de famílias que conheciam os CAPSad e procuraram atenção nesses locais (LARANJEIRA et al., 2012). Pode-se inferir que estas famílias, embora com necessidades de vínculo e apoio profissional para assistência ao familiar doente, desconhecem os dispositivos disponíveis no município, reforçando a necessidade de implementação de uma rede articulada, como o território para inserção dessas famílias nos serviços de atenção a usuários de drogas. As famílias alegavam “falta de apoio” dos serviços de saúde e apontaram a falta de políticas contínuas de atendimento.

O presente evento sentinela alcançou casos graves de uso de drogas de abuso e permitiu inferir que a maioria dos pacientes aceita o tratamento devido aos problemas clínicos, embora a abordagem precoce não tenha ocorrido, permitindo categorizá-los como “evitáveis”.

Para análise do evento sentinela e estabelecimento da causa raiz, foram estabelecidas categorias de fatores causais para discussão de critérios de evitabilidade com fatores: da comunidade e do paciente - casos em que ocorreu recusa em procurar a assistência ou em seguir as orientações dos profissionais de saúde por questões culturais e religiosas, ou por falta de reconhecimento do problema; profissionais - ausência de

capacitação ou capacitação inadequada, nesses casos devem-se tomar como referência as diretrizes dos manuais técnicos; institucionais - problemas político-administrativos, como falta de captação precoce e busca ativa dos casos, carência de leitos para tratamento e inexistência de sistema de referência e contra referência formalizado. Nesses casos, devem-se tomar como referência as diretrizes dos manuais técnicos; nos aspectos sociais - condições socioeconômicas desfavoráveis, tais como desemprego, baixa renda familiar e baixa escolaridade do usuário e família; intersetoriais: falta de equipamentos sociais e legais (BRASIL, 2007).

A aplicação de critérios de evitabilidade não se limita às medidas terapêuticas adotadas frente aos casos identificados, mas a fatores como: familiares - recusa em procurar a assistência necessária ou em seguir as orientações dos profissionais de saúde por questões culturais e religiosas, ou por falta de reconhecimento do problema; profissionais - quando, por falta de capacitação ou capacitação imprópria, ocorre negligência dos profissionais de saúde; institucionais - em que problemas político-administrativos contribuíram para o evento evitável; sociais - relacionados às condições socioeconômicas desfavoráveis; e intersetoriais: em que a falta de equipamento social contribuiu para a ocorrência do evento.

Como medida indireta da qualidade, a análise da tendência de eventos sentinela aproxima os serviços de saúde das inadequações mais localizadas, principalmente em relação aos fracassos (PENNA, 2001). Complementarmente, os agravos escolhidos como eventos sentinela podem ser evitados em três diferentes níveis: pela organização social, com o acesso adequado a bens e serviços essenciais para toda a população; pelas medidas voltadas a eliminar ou diminuir fatores de risco específicos; e pelo acesso e utilização adequada de assistência à saúde de boa qualidade.

A interface entre políticas de educação, segurança pública, assistência social, economia e saúde parecem determinar a ocorrência do uso de drogas de abuso nos casos investigados. A ausência de suporte social para a melhora das condições de vida do usuário e suas famílias – suporte social aqui entendido como emprego, estabilidade do núcleo familiar e disponibilidade de rede de tratamento adequado – e a deficiência no acesso e vínculo aos serviços de saúde, pouco acessíveis àquelas pessoas que mais necessitam, agravam essa situação. Para minimizar este quadro a parceria prevenção-vigilância-assistência é preconizada para todos os casos.

O conceito da ocorrência em estudo como “evento sentinela” obriga a investigação mais qualitativa e com profundidade de cada ocorrência, tida como evitável no nível individual ou coletivo, propondo-se as medidas pertinentes. A sua aplicação ao uso nocivo de drogas de abuso não pode se restringir à atenção individual, uma vez que as intervenções organizam-se em bases populacionais e são provocadas por fatores econômicos e políticos. Deve-se implicar que a rede de serviços amplie sua cobertura nas áreas de maior incidência e, se o condicionamento socioeconômico problemas de saúde é real, também é responsabilidade dos sistemas de saúde serem mais acessíveis, nos quais os riscos são mais elevados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo apresenta limitações devido ao método adotado, ou seja, o desenho transversal com análise retrospectiva dos dados que não identifica relações de causa e efeito, mas permite entender a sua ocorrência. O método da análise de causa raiz permitiu, no entanto, análise mais profunda dos incidentes ocorridos, identificando as diversas causas que contribuíram com um determinado incidente e a proposta de recomendações para evitar a sua recorrência, o que supera esta fragilidade. Para se chegar a este objetivo, as informações coletadas mediante documentos, registros de atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e visitas domiciliares foram cuidadosamente exploradas e analisadas com rigor ético e profundidade.

O reconhecimento dos fatores de risco e o conhecimento precoce de problemas advindos do uso de drogas de abuso reforçam a cadeia de intervenção, podendo evitar seu agravamento, o que foi observado nesta pesquisa. Isso é muito comum para o tratamento e reabilitação do uso de drogas, pois após a alta hospitalar o número de recaídas é grande, se não houver um acompanhamento multidisciplinar e o apoio familiar, o indivíduo volta ao uso da substância.

Foi possível, com a investigação dirigida para a trajetória da ocorrência do evento, identificarmos os pontos críticos do processo da atenção à saúde, além da possibilidade do fornecimento de visibilidade do processo, permitindo a crítica sobre o desempenho das políticas públicas. A interface entre políticas de educação, segurança pública, assistência social, economia e saúde, inadequadas e deficientes, parecem determinar a causa raiz do uso de drogas de abuso nos casos investigados.

Enfim, o procedimento de vigilância epidemiológica, por meio deste evento, clarificou o envolvimento de muitas categorias de assistência que estão ineficientes, porém são importantes para a discussão de medidas de minimização do problema estudado no futuro.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CENTROS DE INFORMAÇÃO E ASSISTÊNCIA TOXICOLÓGICA. **A inserção dos centros de informação e assistência toxicológica nas redes de atenção à saúde como serviços de apoio e referência em Toxicologia Clínica.** Florianópolis: ABRACIT, 2009.

ARNAUTS, I.; OLIVEIRA, M. L. F.; Padrão de consumo de álcool por jovens vítimas de trauma e usuários de álcool. **REME: 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, v. 16, n. 3, p. 488-494, jul./set. 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. Suplemento 1.

BERTONI, N.; BASTOS, F. I. **Pesquisa nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Perfil sociodemográficos e comportamental destes usuários: resultados de uma pesquisa de abrangência nacional.** Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Prevenção do uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias.** 5. ed. Brasília: SENAD, 2013a.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Centro de Informação Científica e Tecnológica. Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas. **Manual de preenchimento da ficha de notificação e de atendimento.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

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). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 dez. 2011. Seção 1, p. 59.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica**. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CARLINI, E. A. (Super.). **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país - 2005. Brasília: CEBRID; UNIFESP, 2007.

CANADIAN PATIENT SAFETY INSTITUTE. **Canadian root cause analysis framework**: a tool for identifying and addressing the root causes of critical incidents in healthcare. Edmonton: Canadian Patient Safety Institute, 2006. Disponível em: <http://www.paediatricchairs.ca/safety_curriculum/domain6.docs/CPSIRootCauseAnalysisFramework.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2014.

FERNANDES, C.; VIEIRA, V. C. L.; SCOCHI, M. J. Mortalidade infantil e classificação de evitabilidade: pesquisando municípios da 15ª Regional de Saúde do Paraná. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 12, n. 4, p. 752-759, 2013.

HARTZ, Z. M. A.; CHAMPAGNE, F.; LEAL, M. C. Mortalidade infantil “evitável” em duas cidades do Nordeste do Brasil: indicador de qualidade do sistema local de saúde. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 310-8, 1996. Disponível: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101996000400004>>. Acesso em: 14 nov. 2014.

HEALTH AND SAFETY EXECUTIVE. **Root cause analysis**. Norwich: Her Majesty's Stationery Office, 2004.

IMAMURA, J. H. **Epidemiologia dos traumas em países desenvolvidos e em desenvolvimento**. 2012. 144 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

KESSNER, D. M.; KALK, C. E. SINGER, J. Assessing health quality – the case for tracers. **New England Journal of Medicine**, Boston v. 288, n. 4, p. 189-194, Jan. 1973..

LARANJEIRA, R. et al. (Org.). **II Levantamento nacional de álcool e drogas**. São Paulo: INPAD; UNIFESP, 2012. Disponível em: <<http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Lenad-II-Relat%C3%B3rio.pdf>>. Acesso em: 11 dez. 2014.

LEE, A.; MILLS, P. D.; WATTS, B. V. Using root cause analysis to reduce falls with injury in the psychiatric unit. **General Hospital Psychiatry**, New York, v. 34, n. 3, p. 304-311, 2012.

MASCARENHAS, M. D. M. et al. Consumo de álcool entre vítimas de acidentes e violências atendidas em serviços de emergência no Brasil, 2006 e 2007. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n. 5, p. 1789-1796, 2009.

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, n. 6, p. 1-6, 2012. Disponível em: <<http://bmjopen.bmj.com/content/2/6/e001857.full.pdf+html>>. Acesso em 07 dez. 2014.

PENNA, M. L. F. **Condição marcadora e evento sentinela na avaliação de serviços de saúde**. Texto básico elaborado para a Bibliografia Básica do projeto GERUS. Texto de apoio da Unidade I. Brasil, 2001. Disponível em: <<http://www.rdconsultoria.com.br/Downloads/Educa%C3%A7%C3%A3o%20Continuada/Gest%C3%A3o%20de%20Riscos/Evento%20sentinela%20na%20avalia%C3%A7%C3%A3o%20da%20sa%C3%BAde.pdf>>. Acesso em 21 nov. 2014.

RASSLAN, S.; BIROLINI, D. O trauma como modelo de doença. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. III-III, 1998.

RUTSTEIN, D. D. et al. Measuring the quality of medical care: a clinical method. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 294, n. 11, p. 582-588, Mar. 1976. .

SACKS, J. Y.; MCKENDRICK, K.; BANKS, S. The impact of early trauma and abuse on residential substance abuse treatment outcomes for women. **Journal of substance abuse treatment**, New York, v. 34, n. 1, p. 90-100, Jan. 2008.

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

SCHILLEWAERT, N.; LANGERAK, F.; DUHAMEL, T. Non-probability sampling for www surveys: a comparison of methods. **Journal of Market Research Society**, London, v. 40, n. 4, p. 307-313, Oct. 1998.

SELEGUIM, M. R. et al. Aspectos da estrutura de famílias de jovens usuários de crack: um estudo de genograma. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 10, n. 4, p. 795-802, 2011.

SILVINO, M. C. S. et al. Operacionalização de evento sentinela para vigilância do uso de drogas de abuso. **Saude & Transformação Social**, Florianópolis, v. 3, n. 2, p. 59-66, 2012.

TAYLOR-ADAMS, S.; VINCENT, C.; STREET, P. Systems analysis of clinical incidents: the London protocol. **Clinical Risk**, Londres, v. 10, n. 6, p. 211-220, 2004.

TEIXEIRA, T. C. A.; CASSIANI, S. H. B. Análise de causa raiz de acidentes por quedas e erros de medicação em hospital. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 100-107, 2014.

THACKER, S. B. et al. Surveillance in environmental public health: issues, systems, and sources. **American Journal of Public Health**, New York, v. 86, n. 5, p. 633-641, May 1996.

Endereço do Autor

Cleiton José Santana

Rua Luiz Lerco, 455, Ap. 1706 – Torre 1

Terra Bonita - Londrina, Paraná

CEP: 86047-610

E-mail: cleisantana@uol.com.br

6 ARTIGO 3

**PERFIL PSICOSSOCIAL DE USUÁRIOS DE DROGAS INTERNADOS COM
TRAUMA FÍSICO¹
HOSPITALIZED DRUG USERS WITH PHYSICAL TRAUMA PSYCHOSOCIAL
PROFILE
PERFIL PSICOSOCIAL DE USUARIOS DE DROGAS INGRESADOS CON
TRAUMA FÍSICO**

Cleiton José Santana²

Magda Lúcia Félix de Oliveira³

RESUMO

Considerando a inexistência de um processo de vigilância epidemiológica efetivo para mensuração locorregional do efeito das drogas de abuso na saúde da população, foi escolhido o evento sentinela internação hospitalar com diagnóstico de trauma associado à intoxicação por drogas de abuso para vigilância epidemiológica ativa, entendendo a internação por trauma como evitável e um indicador de gravidade das condições de vida e do cuidado à saúde dos pacientes, que deveriam ter sido assistidos por políticas públicas de enfrentamento às drogas de abuso. O objetivo do estudo foi identificar o perfil psicossocial e o padrão de uso de drogas em usuários internados por trauma físico. Estudo exploratório-descritivo, que utilizou a metodologia de investigação epidemiológica de eventos sentinela registrados em um centro de assistência toxicológica no período de abril a setembro de 2014, com análise documental e entrevista com familiar. O perfil dos usuários apontou predomínio do sexo masculino, idade entre 13 e 65 anos e média de 40,1 anos, baixa escolaridade e desemprego. A droga mais utilizada foi o álcool, isolada ou associada a outras drogas, e a metade deles a utiliza diariamente. Houve relatos de violência na infância, ocorrência de traumas anteriores, manobras ilícitas para aquisição da droga, alterações de comportamento no âmbito domiciliar e comportamento aditivo nas famílias. Conclui-se que o perfil dos casos investigados apresenta alguns aspectos diferentes ao descrito na literatura; mas trata-se de eventos sentinela que deveriam ter sido acessados pelas políticas públicas de enfrentamento do uso de drogas, uma vez que os resultados apontam para famílias vulneráveis.

Descritores: Vigilância de Evento Sentinela. Intoxicação por Droga de abuso. Ferimentos e Lesões. Internação Hospitalar.

¹ Artigo extraído da dissertação – Internação hospitalar e trauma: evento sentinela para monitoramento dos efeitos das drogas de abuso, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM), em 2015.

² Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UEM. Maringá, Paraná, Brasil. E-mail: cleisantana@uol.com.br

³ Doutora em Saúde Coletiva. Professora Adjunta IV do Departamento de Enfermagem da UEM. Maringá, Paraná, Brasil. E-mail: mlfoliveira@uem.br

ABSTRACT

Considering the lack of an effective epidemiological process for measurement of the effect of drugs of abuse in population's health, hospitalization sentinel event with diagnostic of trauma associated to intoxication by drugs of abuse was chosen to active epidemiological surveillance, considering the hospitalization by trauma as avoidable and an indicator of living conditions and health care of patients severity who should have been assisted by public policies for drug abuse. The study aimed to identify the psychosocial profile and use of drugs pattern in hospitalized users by physical trauma. The study is exploratory-descriptive and it used sentinel events epidemiological investigation methodology registered in a center of toxicological assistance from April to September 2014, using document analysis and a family member interview. Users profile indicated predominance of males, age between 13 and 65 years and average of 40,1 years, low education level and unemployment. The most used drug was alcohol, isolated or associated to other drugs and half of the users consume them daily. There were reports of violence during childhood, previous traumas, illicit processes to acquire drugs, behavior alterations at home, and addictive behavior in families. It was concluded that the investigated cases profile shows some different aspects from what is described in literature; but it refers to sentinel events that should have been accessed by drug use public policy once the results point to vulnerable families.

Key-words: Sentinel Events Surveillance; Intoxication by Drugs of Abuse; Wounds and Injuries; Hospitalization.

RESUMEN

Considerando la ausencia de un proceso de vigilancia epidemiológica efectivo para mensurar en ámbito locorregional del efecto de las drogas de abuso en la salud de la población, se escogió el evento centinela internación hospitalaria con diagnóstico de trauma asociado a la intoxicación por drogas de abuso para vigilancia epidemiológica activa, entendiendo la internación por trauma como evitable y un indicador de gravedad de las condiciones de vida y del cuidado a la salud de los pacientes, que deberían haber sido asistidos por políticas públicas de enfrentamiento a las drogas de abuso. El objetivo del estudio fue identificar el perfil psicosocial y el patrón de uso de drogas en usuarios ingresados por trauma físico. Estudio exploratorio-descriptivo, que utilizó la metodología de investigación epidemiológica de eventos centinela registrados en un centro de asistencia toxicológica en el período de abril a septiembre de 2014, con análisis documental y entrevista con familiar. El perfil de los usuarios a predominio del sexo masculino, edad entre 13 y 65 años y promedio de 40,1 años, baja educación y desempleo. La droga más utilizada fue el alcohol, aislada o asociada a otras drogas, y la mitad de ellos la utiliza diariamente. Hubo relatos de violencia en la niñez, ocurrencia de traumas anteriores, maniobras ilícitas para adquisición de la droga, alteraciones de comportamiento en el ámbito domiciliario y comportamiento adictivo en las familias. Se concluye que el perfil de los casos investigados presenta algunos aspectos diferentes en comparación al descrito en la literatura; pero se trata de eventos centinela que deberían haber sido accedidos por las políticas públicas de enfrentamiento de uso de drogas, una vez que los resultados apuntan para familias vulnerables.

Descritores: Vigilancia de Evento Centinela. Intoxicación por Droga de abuso. Heridas y Lesiones. Internación Hospitalaria.

INTRODUÇÃO

O avanço das drogas nas sociedades e os impactos diretos e indiretos decorrentes disso nos convida a refletir sobre formas mais plurais de conviver e construir respostas eficazes para esses problemas. Fugindo da frieza dos dados estatísticos, percebe-se que a maioria de nós é afetada, direta ou indiretamente, pelo uso/abuso, dependência, tráfico, comercialização de drogas e pela violência associada a comportamentos antissociais (CATANZARO; LAURENT, 2004; KLIEWER; MURRELLE, 2007; MELO, 2011).

Um grave problema social e de saúde pública de âmbito global, com variedade de consequências biopsicossociais, familiares e individuais, é o uso abusivo de drogas que se constitui em fator de risco para acidentes/violência e/ou trauma, que culminam em mortes, perdas funcionais temporárias, permanentes, em agravos que geram elevados custos sociais e econômicos (BERNARDY; OLIVEIRA, 2012; BRASIL, 2013b; JANG et al., 2013; OKUMURA et al., 2012). Porém, no Brasil, embora dados locorregionais sejam necessários para caracterizar o perfil de risco e vulnerabilidade de grupos especiais, para apoiar programas de intervenção adaptados à cultura e valores regionais, este fenômeno emergente é monitorado por meio de inquéritos transversais em amostras para grandes regiões ou capitais brasileiras.

Como não existem ferramentas padronizadas para o processo de vigilância epidemiológica e monitoramento efetivo das intoxicações e dos efeitos das drogas de abuso na saúde da população, dados descontínuos e desatualizados são utilizados para pautar as intervenções de prevenção e cuidado, apontando a necessidade de introdução de métodos inovadores de vigilância de grupos populacionais de alto risco e monitoramento de exposição a fatores de risco nesta área (BRASIL 2013a; BRASIL, 2014; HARTZ; CHAMPAGNE; LEAL, 1996).

O conceito de *sentinel events* foi proposto por Rutstein e colaboradores como a ocorrência de doença, invalidez ou morte desnecessária e prevenível por ações da atenção primária constituindo *clear-cuts*, índices da qualidade da assistência à saúde de uso imediato (RUTSTEIN et al., 1976). Em nosso país, autores têm utilizado a ferramenta de evento sentinela como uma forma de “monitoramento de emergência” e defendem sua

ampliação conceitual para qualquer manifestação de doença ou ocorrência que apresente potencial para causar doenças, com a finalidade de avaliar aspectos específicos do processo de atenção à saúde (FERNANDES; VIEIRA; SCOCHI, 2013; PENNA, 2001; SANTANA, et al., 2014; TEIXEIRA; CASSIANI; 2014).

Pode-se eleger eventos sentinelas com a finalidade de avaliar aspectos específicos do processo de atenção à saúde, como a utilização de exames complementares, o acesso aos serviços ou a ocorrência de morte por causa não violenta sem assistência médica. Nesse sentido, um grupo de pesquisadores tem utilizado eventos sentinela para a vigilância epidemiológica dos efeitos das drogas de abuso na saúde humana em sistemas locais de saúde, utilizando a internação hospitalar ou o atendimento em unidades de atenção às urgências de indivíduos com diagnóstico de efeitos secundários ao abuso de drogas (BALLANI; OLIVEIRA, 2007; SANTANA, et al., 2014; SILVINO et al., 2012).

No presente estudo, utilizou-se a *internação hospitalar com diagnóstico de trauma associado à intoxicação por drogas de abuso* como evento sentinela, entendendo a internação por trauma como evitável e um indicador de gravidade das condições de vida e do cuidado à saúde dos usuários e suas famílias, que já deveriam ter sido assistidos por políticas públicas em dispositivos de promoção à saúde e prevenção de agravos, ou de tratamento e reinserção social (BRASIL, 2013b).

O número de estudos voltados à “evitabilidade” da morbimortalidade e das internações hospitalares por trauma físico evidencia a força desse agravo como um sensível indicador sentinela (ARNAUTS; OLIVEIRA, 2013; IMAMURA, 2012; RASSLAN; BIROLINI, 1998). Assim, o trauma físico em usuários de drogas de abuso foi considerado como evento sentinela porque o registro e a análise dessas ocorrências constituiriam uma importante oportunidade para indicar os problemas que levaram à sua ocorrência e as possibilidades de mudanças em processos organizacionais, visando prevenir episódios similares no futuro.

Geralmente, usuários de drogas de abuso acessam os serviços de saúde, principalmente o sistema hospitalar, quando apresentam complicações relacionadas ao consumo compulsivo com comprometimento clínico devido ao uso crônico ou situações de violência e trauma. O uso dessas ocorrências como instrumento para o monitoramento dos efeitos das drogas de abuso na saúde da população é coerente com os princípios das mudanças pretendidas pelo SUS, pois mede a trajetória do usuário e sua família nos serviços de saúde e de proteção social.

A identificação do perfil de usuários e do padrão de uso das drogas de abuso é uma das primeiras ações para a elaboração de políticas públicas e pode ser útil para classificar os usuários em grupos quanto aos tipos de drogas, estabelecer o nível de consumo de cada um, identificar as razões de uso e a gravidade do quadro da dependência, que permitirão avaliar a eficácia e os resultados da terapêutica pela mudança no padrão de consumo (ANTUNES, 2012; ARNAUTS; OLIVEIRA, 2012).

O perfil do evento sentinela e de suas famílias seria similar ao de uma população adoecida e estigmatizada, um conjunto de pessoas as quais é preciso conhecer, apoiar e tratar. Neste contexto, o objetivo do presente estudo foi identificar o perfil psicossocial e o padrão de uso de drogas em usuários internados por trauma físico.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo exploratório-descritivo, realizado na cidade de Maringá – Paraná – Brasil, tomando-se com a investigação do evento sentinela *internação hospitalar com diagnóstico de trauma associado à intoxicação por drogas de abuso* (BALLANI; OLIVEIRA, 2007; CANADIAN PATIENT SAFETY INSTITUTE, 2006; RUTSTEIN et al., 1976; SANTANA, et al., 2014; SILVINO et al., 2012).

Os eventos sentinela foram selecionados a partir de casos registrados no centro de informação e assistência toxicológica (CIAT), de referência para a macrorregional Noroeste do Paraná. O CIAT é um serviço público de apoio às urgências toxicológicas e de vigilância epidemiológica sentinela das intoxicações (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CENTROS DE INFORMAÇÃO E ASSISTÊNCIA TOXICOLÓGICA, 2009).

Para o presente estudo foi considerado evento sentinela o indivíduo que atendia a um conjunto específico de critérios do agravo sob investigação, com quadro clínico compatível/sinais e sintomas sugestivos ou testes laboratoriais confirmativos ou vinculação epidemiológica a outro caso confirmado. Foram descartados aqueles que não atendiam aos requisitos necessários à sua confirmação com o agravo investigado (BALLANI; OLIVEIRA, 2007; BRASIL, 2014).

A amostra foi escolhida intencionalmente, em casos considerados "típicos" da população para o estudo (SCHILLEWAERT; LANGERAK; DUHAMEL, 1998), e foi composta por pacientes eventos sentinelas, internados no período de abril a setembro de

2014 e acessados a partir da notificação ao CIAT, e um familiar representante de suas famílias, também foram eleitas e denominadas famílias sentinelas.

Foram investigados 30 eventos sentinela - independentes de sexo e idade, mas com vínculo familiar, moradia definitiva e residentes no município de Maringá- Paraná, um familiar, denominado informante-chave, também foi escolhido considerando-se os parâmetros para a vigilância epidemiológica por meio de eventos sentinela – entrevista com a família e análise voltada a um sistema local de saúde.

Como fontes de dados foram utilizadas a Relação de Pacientes Internados e a Ficha de Ocorrência Toxicológica de Intoxicação Alcoólica e/ou outras Drogas de Abuso (Ficha OT/IA) arquivadas no CIAT, e o prontuário hospitalar do paciente. A Relação de Pacientes Internados é uma listagem impressa do CIAT e serviu para identificar todos os casos de intoxicações por drogas de abuso no período em estudo; e a Ficha OT/IA é um instrumento de notificação de casos de intoxicação que possibilita identificar as drogas de abuso presentes na intoxicação e a ocorrência de trauma (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2001).

O instrumento de coleta de dados foi o Roteiro de Investigação de Eventos Sentinela, adaptado de modelo proposto por Ballani e Oliveira (2007), seguindo as etapas de investigação propostas por Penna (2001), composto por quatro blocos temáticos: Bloco I – Dados Socioeconômicos e Demográficos do Usuário de Drogas e Família; Bloco II – Dados do Evento; Bloco III – Investigação Domiciliar e Familiar; Bloco IV - Conclusão da Investigação. Assim foram realizados dois testes pilotos. Para o presente estudo foram analisados aspectos sociodemográficos e econômicos das famílias e dos eventos sentinela; o padrão de uso das drogas individual e na família; bem como os antecedentes para o evento sentinela.

Os dados primários foram coletados em um único encontro com cada familiar por meio de entrevistas domiciliares individuais com duração aproximada de 50 minutos. A máscara do roteiro e os dados foram compilados em planilha eletrônica no software Microsoft Office Excel 10.0 e analisados por meio de estatística descritiva simples (medidas de localização central e de dispersão) - frequências absolutas, relativas, cálculo das médias e desvio padrão. Todos os aspectos éticos envolvidos na pesquisa foram cumpridos rigorosamente. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (COPEP/UEM) com parecer favorável Número 458.185.

RESULTADOS

A idade dos 30 familiares entrevistados variou de 19 a 78 anos, com média de 51,9 \pm 16 anos. A maioria eram mulheres (26 – 86,7%), e algumas dessas mulheres (14 - 46,7%) eram mães do usuário de droga, sendo que sete delas se encontravam em situação de “chefe da família”. Metade era casada e a escolaridade variou entre nenhum ano estudado (3 – 10,0%) e 16 anos estudados (3 – 10,0%), com média de 7,5 \pm 4,8 anos. A maioria (16 – 53,3%) referiu alguma doença ou problema de saúde, sendo que sete autorreferiram hipertensão arterial sistêmica, três referiam depressões, e dois diabetes mellitus. Outros problemas de saúde como: gota, colite, fibromialgia e lombalgia, estavam presentes isoladamente ou associados aos agravos prevalentes.

Encontrou-se um número médio de 4,1 moradores por domicílio, com média de 1,8 crianças e 1,4 idosos, sendo que na maioria residia um familiar idoso (16 – 53,3%). Em relação às características do domicílio, a maioria das famílias residia em casa própria (80,0%) e cinco famílias (16,7%) residiam em casa com até quatro cômodos, porém não houve uma distribuição espacial uniforme dos casos investigados nas regiões do município. Da região central eram apenas três eventos sentinela, e os demais se distribuíram em bairros e comunidades periféricas, com concentração na região Norte do município (19 casos – 63,3%). (Tabela 1)

Tabela 1 – Variáveis sociodemográficas e econômicas associadas às famílias sentinela.

Maringá - PR, abril a setembro, 2014.

Variáveis	Resultados
Famílias, n	30
Crianças e adolescentes (zero a 17 anos), n	20
Idoso, n	23
Renda <i>per capita</i> , média	689 \pm 652,06
Casa própria, %	80,0
Acesso a serviços de saúde exclusivamente SUS, %	33,3

Fonte: O próprio autor

A renda *per capita* das famílias variou entre R\$ 150,00 e R\$ 3500,00, com média de R\$ 689 \pm 652,06 e mediana R\$ 512,50. A maioria das famílias (59,9%) apresentava até duas pessoas com renda individual e em três delas a renda era proveniente de aposentadoria de um de seus membros. (Tabela 1)

Quanto ao acesso da família a serviços de saúde e de proteção social, verificou-se que a maioria (60,0%) utilizava a rede do SUS, 36,7% utilizava também plano privado de saúde, e 10 familiares (33,3%) referiram acesso à saúde exclusivamente na unidade básica de saúde de referência da sua comunidade. Entretanto, todos os eventos sentinela foram atendidos em serviço hospitalar do SUS no dia da ocorrência. (Tabela 1)

Nove famílias (30%) relataram que em algum momento da vida recorreram à rede pública de apoio social e a instituições filantrópicas que prestam serviço de mútua ajuda para tratamento do uso de drogas. A procura por serviços públicos de saúde, como o Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas (CAPSad), foi citada por cinco famílias (16,6%), mas nenhum usuário encontrava-se em tratamento no CAPSad no momento do trauma.

Tabela 2 –Variáveis sociodemográficas e econômicas associadas aos eventos sentinela. Maringá, abril a setembro, 2014.

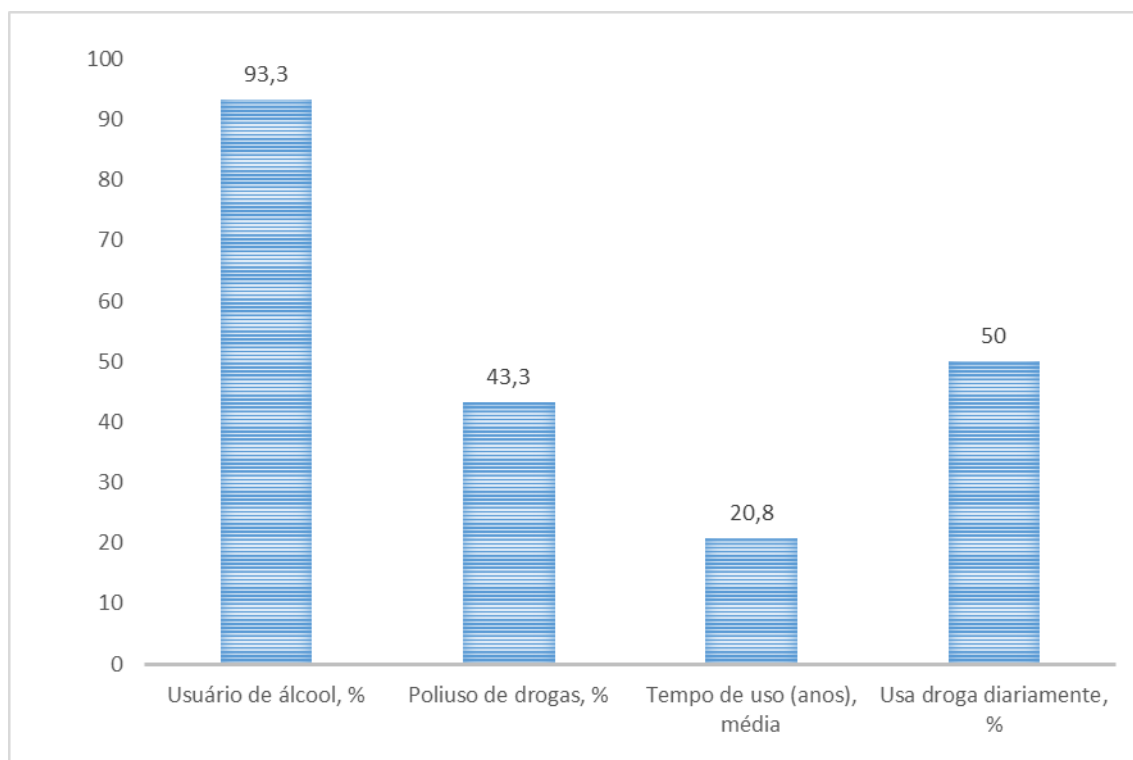
Variáveis	Resultados / %
Sexo masculino	96,7
Raça/cor branca (declarada)	66,7
Católico (não praticante)	46,7
Solteiro	76,7
> quatro anos estudados	33,3
Desempregado	50,0

Fonte: O próprio autor

Os eventos sentinela eram majoritariamente do sexo masculino (29 – 96,7%), cuja cor declarada era branca (66,7%). A idade variou entre 13 e 65 anos, apresentando média de 40,1 anos e mediana de 43. A maioria (25 – 83,4%) não estava casada: 23 (76,6%) nunca se casaram e dois eram separados/divorciados. Dez (33,3%) possuíam menos de quatro anos estudados e um adolescente (13 anos) não estudava e não trabalhava. (Tabela 2)

A área de ocupação predominante daqueles que trabalhavam foi na construção civil – pintor, metalúrgico, auxiliar de eletricista -, mas o desemprego foi encontrado em metade dos casos. Um dos usuários recebia benefício social do tipo auxílio doença e outro estava aposentado por invalidez, por agravo não relacionado ao abuso de drogas.

Gráfico1 – Aspectos do padrão de uso de drogas pelos eventos sentinela. Maringá, abril a setembro, 2014.

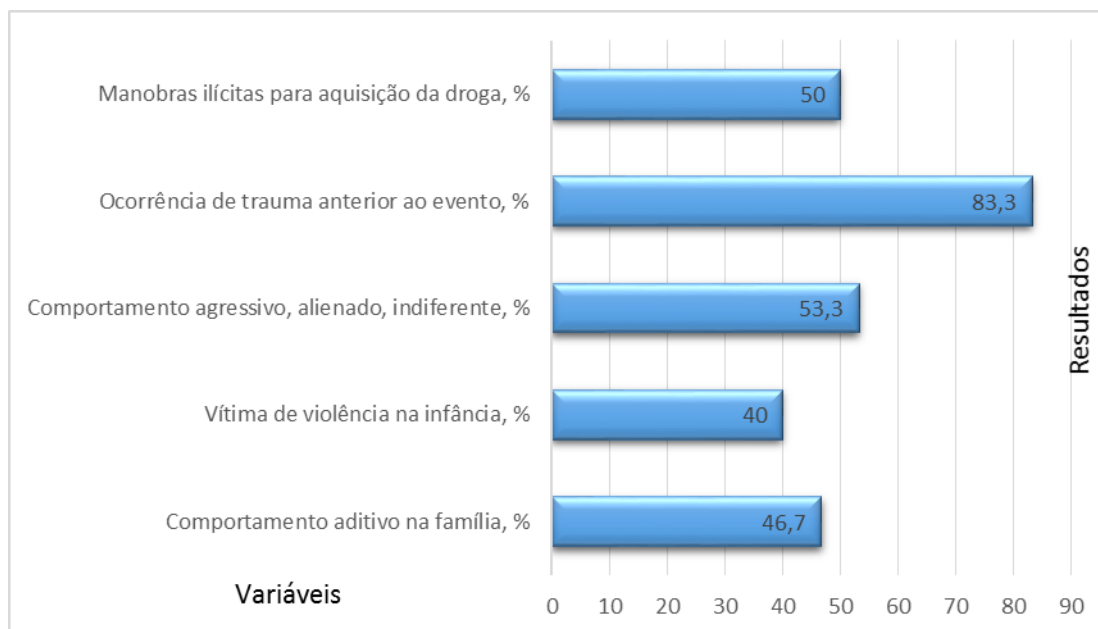


Fonte: O próprio autor

O álcool foi a droga referida pela maioria dos eventos sentinela à internação hospitalar, confirmado por critérios clínicos ou laboratoriais (28 – 93,3%), mas 13 deles faziam uso associado de várias drogas - álcool, maconha e crack (9), álcool e maconha (2), álcool, maconha, cocaína/crack (2), metade dos usuários fazia uso diário da droga de abuso. (Gráfico 1)

Metade dos eventos sentinela realizavam manobras ilícitas para aquisição da droga, sete mendigavam dinheiro na rua e dois “trabalhavam em troca de droga”. Do total (26 - 83,3%) sofreram traumas anteriores ao evento sentinela investigado. A caracterização do evento sentinela apontou 73,4% das ocorrências de trauma em ambiente externo, principalmente acidentes de trânsito, quedas e agressão física.

Gráfico 2 - Antecedentes para o uso de drogas de abuso e para o evento sentinela. Maringá, abril a setembro, 2014.



Fonte: O próprio autor

Em relação ao comportamento do indivíduo na família e na sociedade, a maioria dos familiares (17 – 56,7%) relatou que o usuário apresentava comportamento agressivo com violência doméstica e social devido ao abuso de drogas. Além disso, apresentava dificuldade para estabelecer vínculos familiares e de trabalho. (Gráfico 2)

Em relação aos antecedentes para a iniciação ao uso de drogas no âmbito individual e familiar, verificou-se que (12 - 40,0%) eventos sentinela tinham vivenciado algum tipo de violência na infância; (14 - 46,7%) havia comportamento aditivo familiar, 13 familiares indicaram outro membro alcoolista, casos nos quais nove eram os pais e um irmão era dependente de crack; por influência de amigos ou más companhias (18 – 60%).

DISCUSSÃO

O presente estudo teve como ponto de partida o pressuposto de que determinadas ocorrências atendidas em unidades hospitalares, escolhidas com base no conceito de evento sentinela, podem ser utilizadas na formulação de indicadores para o monitoramento da atenção, porque boa parte dos usuários de drogas de abuso entra em contato com o sistema de saúde devido a complicações decorrentes de seu consumo.

Os usuários podem ser encontrados em delegacias de polícia e presídios, onde existem registros pelos crimes relacionados às drogas; em serviços especializados para tratamento da dependência química, onde são internados para recuperação ou por “overdose”; e em hospitais, em consequência de violência ou para cuidados de saúde à intercorrências clínicas pelo uso das drogas ou outras condições a elas relacionadas. A análise das características sociodemográficas e psicossociais dos casos e das famílias sentinela permitiram obter informações importantes sobre aspectos que refletem a gravidade e a magnitude desses problemas, a partir de um número reduzido de informantes.

Os dados de caracterização do familiar entrevistado corroboram com recente estudo nacional, em que constatou-se percentuais semelhantes para pessoas disponíveis a informar sobre o problema das drogas em suas famílias. Geralmente são mães que sofrem com o impacto negativo causado pelo uso de drogas na família, muitas consideradas “chefes” dessa família, com a sobrecarga de cuidar do filho dependente (LARANJEIRA et al., 2012).

A escolaridade dos entrevistados 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 estudados (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 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).

Quanto aos relatos de doenças crônico-degenerativas não transmissíveis e transtornos mentais comuns, menos severos e difusos, presentes em mais da metade dos entrevistados, observa-se que o consumo abusivo do álcool e outras drogas nas famílias pode ser a causa determinante e agravante de adoecimento e sobrecarga de seus membros, principalmente os familiares mais próximos. Familiares de dependentes químicos apresentam significativamente mais sintomas físicos crônicos e queixas de sofrimento mental e maiores dificuldades psicossociais que a média da população, principalmente mulheres e mães, independente da droga utilizada (ANTUNES, 2012).

As responsabilidades de trabalhadores/as em relação a filhos, adultos e pessoas com doença ou alguma deficiência são atividades não remuneradas que permitem o funcionamento da sociedade e a reprodução da força de trabalho. As responsabilidades envolvidas em cuidar da família constituem um trabalho que gera valor, no entanto estão

excluídas dos sistemas de contas nacionais e, conseqüentemente, são invisíveis nas estatísticas das “atividades econômicas” (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Estudo realizado com objetivo de estabelecer o perfil socioeconômico e demográfico de moradores residentes em uma comunidade com indicadores elevados de violência relacionados ao consumo de drogas de abuso em Maringá - Paraná identificou três fenômenos importantes na comunidade: 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 abuso de drogas na família, com padrão intergeracional de agravamento e inclusão do crack no âmbito familiar (REIS; UCHIMURA; OLIVEIRA, 2013).

Os familiares de usuários de drogas geralmente têm a saúde negligenciada pelas incipientes políticas públicas de enfrentamento ao abuso de drogas, embora necessitem, também, de atenção e cuidados especiais (LARANJEIRA et al., 2012; ORFORD et al., 2005). Frequentemente são confrontados com a difícil tarefa de compreender o que está acontecendo com o familiar e como lidar com o problema, e o enfrentamento às drogas na família parece depender do apoio que recebe de outros familiares, amigos, vizinhos e de profissionais e serviços (ARCIDIACONO et al., 2010; ORFORD et al., 2005; VELLEMAN et al., 2009).

O II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas - II LENAD estimou que, aproximadamente, 5,7% da população brasileira é dependente de álcool e/ou maconha e/ou cocaína, representando mais de oito milhões de pessoas. Considerando que os domicílios brasileiros são compostos em média por quatro pessoas, estima-se que 28 milhões de pessoas convivem com um dependente químico (LARANJEIRA et al., 2012). Corroborando com esses dados, a composição das famílias dos eventos sentinela, analisados no presente estudo, apontou 124 pessoas convivendo diariamente com os efeitos sociais do uso de drogas, incluindo crianças.

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. Isto porque existe a cultura de expansão do abuso de drogas na família, com padrão

intergeracional de agravamento, e inclusão do crack no âmbito familiar (BERNARDY; OLIVEIRA, 2012; REIS; UCHIMURA; OLIVEIRA, 2013).

Embora as condições de moradia da maioria das famílias fossem satisfatórias, a maior distribuição espacial dos domicílios aconteceu em comunidade com indicadores elevados de violência relacionados ao consumo de drogas de abuso, confirmando o que consta na literatura a qual aborda que o consumo de drogas não ocorre de forma uniforme socialmente, pois a gravidade do uso está presente principalmente em comunidades e famílias com elevada vulnerabilidade social (ARNAUTS; OLIVEIRA, 2012; BERNARDY; OLIVEIRA, 2012; BRASIL, 2013a).

Em relação aos dados econômicos das famílias investigadas, verificou-se renda abaixo do salário mínimo vigente no ano da entrevista, porém são consideradas pobres as famílias com renda domiciliar per capita igual ou inferior a R\$ 140,00 mensais. Embora a média nacional de rendimento domiciliar *per capita* fosse de R\$ 668,00 em 2010, 25% da população recebia até R\$ 188,00 e metade dos brasileiros recebia até R\$ 375,00 - menos do que o salário mínimo naquele ano que era R\$ 510,00 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

O PIB *per capita* municipal de Maringá - que corresponde a toda riqueza gerada pela economia do município em determinado ano, relativizada por sua população residente - perfazia o valor de R\$ 26.810,00 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 que podem se alterar por fatores desde aspectos migratórios à implantação de atividades produtivas que podem funcionar como um verdadeiro enclave no território dos municípios, portanto, é preciso atentar para o fato de que 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, 2009).

Um dos impactos-chave do abuso de drogas ilícitas na sociedade, independente de condições econômicas, são as consequências negativas para a saúde que seus integrantes experimentam. Dez a treze por cento dos usuários de drogas são usuários problemáticos, com dependência e/ou distúrbios mentais e físicos relacionados às drogas, e a prevalência de HIV, hepatite C e hepatite B entre usuários de drogas continua aumentando na maioria dos países, embora o total de recursos gastos com o tratamento de abuso de drogas é muito

inferior ao preconizado, pois menos de um quinto das pessoas que precisam de tais tratamentos é atendido (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2012).

No entanto, as condições socioeconômicas das famílias podem determinar a trajetória assistencial na rede de atenção à saúde e identificar o acesso e a utilização dos serviços. Aproximadamente um terço das famílias dos eventos sentinela havia utilizado a rede pública e instituições filantrópicas de apoio social para tratamento do abuso de drogas, superior ao índice de 14% em estudos de base nacional (LARANJEIRA et al., 2012).

No Brasil, a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS estabelece pontos de atenção para o atendimento a pessoas com problemas mentais, incluindo os efeitos nocivos do uso de álcool e outras drogas, e é composta por serviços e equipamentos de complexidade variável, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); os Centros de Apoio Psicossocial álcool e drogas (CAPSad); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura, as Unidade de Acolhimento (UAs), e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III) (BRASIL, 2011).

A utilização do CAPSad, considerado um dispositivo inovador para as estratégias de desinstitucionalização e humanização da Rede de Atenção Psicossocial, foi referido por menos de vinte por cento das famílias, e nenhum dos usuários estava em tratamento no CAPSad quando aconteceu o trauma, diferente da média nacional de cinquenta por cento de famílias que conheciam os CAPSad e procuraram atenção nesses locais (LARANJEIRA et al., 2012). Pode-se inferir que estas famílias, embora com necessidades de vínculo e apoio profissional para assistência ao familiar doente, desconhecem os dispositivos disponíveis no município, reforçando a necessidade de implementação de uma rede articulada com o território para inserção dessas famílias nos serviços de atenção a usuários de drogas.

Quanto às características demográficas, o sexo masculino é predominante em todas as estatísticas, independente das drogas de abuso. Homens apresentam maior uso na vida e maior dependência de álcool e outras drogas que mulheres em todas as faixas etárias. Culturalmente, os latinos, mais especificamente os brasileiros, associam estas substâncias com festividades e atividades sociais e recreacionais, principalmente para o gênero masculino, em que há maior permissividade social ao consumo de álcool comparativamente às mulheres (DUARTE; STEMPLIUK; BARROSO, 2009; LARANJEIRA et al., 2012; WOLLE et al., 2011).

A faixa etária que apresenta o maior número de usuários de drogas em nosso país, principalmente para as drogas ilícitas, é a de 18 a 34 anos - adultos jovens, com idade média de 30,28 anos. Aproximadamente 1/3 dos usuários de crack do Brasil está concentrado na faixa etária entre 18 e 24 anos (BERTONI; BASTOS, 2014; DUARTE; STEMPLIUK; BARROSO, 2009; LARANJEIRA et al., 2012; WOLLE et al., 2011).

Os eventos sentinela investigados fogem a este padrão etário - idades de 13 a 65 e média de 40,1 anos. Possivelmente este padrão esteja relacionado ao tempo de uso da(s) droga(s), que variou de um a 54 anos e média de 20,8 anos, também diferente da média nacional estabelecida em inquéritos de base populacional, que é de 13 anos (BERTONI; BASTOS, 2014; LARANJEIRA et al., 2012).

Portanto, o perfil da amostra em estudo não se assemelha a de inquéritos transversais e indica que os eventos sentinela e suas famílias possivelmente têm uma trajetória de recaídas e adoecimento, com usuários de drogas e famílias aproximando-se do “fundo do poço”, o que aumenta a vulnerabilidade social. Este perfil de uso prolongado, permeado de abstinências e recaídas e de internações voluntárias e compulsórias, parece determinar a vida afetiva e conjugal, a escolaridade e a inserção no mercado de trabalho dos eventos sentinela, pois a maioria não era casada, possuía baixa escolaridade e estava desempregada ou atuava em setores econômicos de baixa qualificação.

Estudos que avaliam as famílias dos dependentes de álcool e/ou substâncias ilícitas demonstram evidências consistentes do impacto causado particularmente aos familiares mais próximos, tais como cônjuges, pais e filhos, o que justificaria o elevado número de usuários que não apresentaram vínculo conjugal. A maioria dos usuários de crack e/ou similares do Brasil declarou ser solteira – 60,64% (BERTONI; BASTOS, 2014; LARANJEIRA et al., 2012).

Há também o nível de escolaridade incompatível para idade, conforme o ciclo vicioso da repetência e da evasão escolar dos usuários de drogas, podendo implicar em menor inserção no mercado de trabalho formal, medido no estudo pela grande ocorrência de usuários desempregados, menor disponibilidade financeira e, conseqüentemente, maior vulnerabilidade ao abuso de drogas. O índice de baixa escolaridade encontrado no presente estudo é maior que o padrão nacional, que aponta que um em cada cinco jovens nem estuda nem trabalha e 52,7% dos adolescentes no Brasil não frequentam a escola em nível de escolaridade compatível para a idade (GUIMARÃES, 2012). Regionalmente, verifica-se um quadro diferenciado: nas regiões Nordeste (49,1%) e Norte (44,1%), parte expressiva

da população de 14 anos de idade ou mais não tinha concluído o ensino fundamental, enquanto que, nas regiões Sul (37,8%), Centro-Oeste (37,3%) e Sudeste (33,5%) esses percentuais eram inferiores.

O padrão de consumo de drogas é um fenômeno dinâmico, com usuários experimentando diferentes combinações de drogas, às vezes misturando drogas lícitas e ilícitas, bem como várias formas de consumo. O uso de várias substâncias simultaneamente ou em sequência está aumentando em vários países, principalmente a combinação de álcool com diversas drogas ilícitas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

No presente estudo, o padrão do uso de drogas dos eventos sentinela acompanhou a tendência referida e caracterizou-se pelo uso múltiplo ou poliuso, com início de drogas lícitas e ilícitas na adolescência/juventude. Essa trajetória confirmou uma escalada no uso das substâncias psicoativas, iniciando com o tabaco e/ou álcool e finalizando com o uso de *crack*.

O álcool isoladamente ocupa a terceira posição entre os principais fatores de risco à saúde no mundo. Estima-se que existam cerca de dois bilhões de pessoas em todo o mundo que consomem bebidas alcoólicas e que 76,3 milhões fazem uso de álcool com diagnóstico de transtorno mental/dependência. Estudo com objetivo de estimar a prevalência do abuso de drogas na população brasileira identificou 74,6% de 7.939 entrevistados usuários de álcool (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Enquanto a maioria das características do uso de drogas se manteve relativamente constante nas últimas décadas, é evidente que os padrões de produção, tráfico e abuso de drogas ilícitas mudaram significativamente. A cannabis era e continua sendo a droga ilícita mais difundida no mundo; o cultivo de cannabis hidropônica, geralmente em ambientes fechados, é comum em vários países e o resultado tem sido uma droga mais potente, com menos linhas de fornecimento e uma redução da necessidade do tráfico inter-regional. Em anos recentes, no entanto, a quantidade de cocaína em pó disponível para consumo parece ter diminuído, sendo substituída pelo *crack*, uma pasta de coca combinada com o bicarbonato de sódio (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Em relação aos antecedentes do uso de drogas identificados para o indivíduo e a família, características no ambiente familiar podem ter contribuído para o abuso de drogas - doenças na família, principalmente o uso de álcool e drogas; violência intrafamiliar física e psicológica na infância; violência social e convivência do jovem com o crime.

Um número significativo de usuários de drogas vivenciou algum evento traumático nos primeiros anos de vida, apresentaram alterações referentes à idade do primeiro uso de drogas e experimentaram diversas drogas prematuramente em relação a sujeitos que vivenciaram experiências traumáticas somente na idade adulta. Segundo estudos de vertente psicossocial, quanto mais precoce o trauma vivenciado mais prematuro poderia ser o primeiro contato com as drogas de abuso consideradas "porta de entrada", como álcool e maconha, ainda que esse efeito possa estar associado igualmente à experimentação de cocaína tipo *crack* (BERNARDY; OLIVEIRA, 2012; BERTONI; BASTOS, 2014; FARRUGIA et al., 2011; LARANJEIRA et al., 2012).

Estudos revelam que as práticas culturais familiares, por vezes, são estímulos para a experimentação e a continuidade do uso de drogas, pois a família, como geradora/produtora de cultura, transmite crenças e expectativas sobre os papéis sociais, o modo de vida de homens e mulheres, as relações interpessoais e também o uso de drogas (BERNARDY; OLIVEIRA, 2012). O comportamento aditivo familiar encontrado em 14 famílias, sendo que 13 usavam álcool, dos quais nove eram os pais, e um irmão que usava crack.

Dados do primeiro levantamento nacional de famílias de usuários de drogas, em uma amostra de 3153 famílias de dependentes químicos, mostraram que mais da metade das famílias possui algum outro familiar usuário de drogas de abuso. Todavia, os entrevistados desconsideravam essa situação como risco para uso de drogas, acreditando que as más companhias e a autoestima baixa fossem responsáveis pelo uso. (LARANJEIRA et al., 2012).

Fatores como relacionamento ruim com os pais, ter membro da família que abusa e/ou é dependente de alguma substância, violência doméstica, desorganização familiar, viver apenas com um dos pais, pouca comunicação entre familiares e falta de suporte e monitoramento familiar têm sido associado ao uso de álcool, tabaco e outras drogas nessa fase da vida (CATANZARO; LAURENT, 2004; DALL'AGNOL; FASSA; FACCHINI, 2011; KENDLER et al., 2008; KLIEWER, MURRELLE, 2007).

Metade dos usuários referiu fazer uso diário de drogas e, pela sensação de urgência para o uso da droga, adotam manobras ilícitas para a aquisição. Tais manobras ilícitas para aquisição de drogas configuram uma situação de extrema vulnerabilidade e marcadoras de gravidade do abuso de drogas, pois o indivíduo se expõe a vários fatores de risco que podem contribuir para situações de violências e traumas (SELEGHIM et al., 2011).

Os custos sociais associados a crimes também são substanciais. O usuário de drogas esgota rapidamente seus recursos financeiros, vendo-se obrigado a realizar atividades ilícitas fora do mercado legal de trabalho. Estudo, realizado com usuários e ex-usuários de drogas de abuso, identificou a venda de pertences próprios e/ou familiares, a prostituição ou a troca de sexo por dinheiro, o tráfico, os roubos e sequestros como fontes de recursos para obtenção da droga (OLIVEIRA; NAPPO, 2008). No Reino Unido e na Irlanda do Norte, um estudo sugeriu que os custos associados a crimes relacionados a drogas eram equivalentes a 1,6 por cento do PIB, ou 90 por cento de todos os custos econômicos e sociais relacionados ao consumo de drogas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Geralmente a família identifica o uso da droga em um de seus membros quando existem mudanças no comportamento (agressivo, alienado, indiferente), assim como encontrado no presente estudo em que familiares referiram mudanças de comportamento do usuário de drogas (LARANJEIRA et al., 2012). A maioria relatou que o usuário apresenta comportamento agressivo devido ao uso de drogas, com dificuldade de estabelecimento de vínculos familiares e empregatícios. A violência intrafamiliar surge a partir das alterações de comportamento apresentado por usuários de drogas, com consequente comprometimento da estrutura familiar (SELEGHIM et al., 2011).

Em (25 - 83,3%) dos eventos sentinela tinham história de trauma anterior ao evento. É importante conhecer as circunstâncias em que ocorrem os traumas associados às drogas de abuso, e os fatores relacionados a este evento - o contexto familiar, o ambiente do uso de drogas e o círculo de convivência da vítima -, pois possibilita identificar e quebrar a teia que determina a aproximação à droga, a violência e a hospitalização (DEGENHARDT; MATHERS; HALL, 2014; IMAMURA, 2012).

CONCLUSÕES

Conclui-se que o perfil dos casos investigados apresenta alguns aspectos diferentes ao descrito na literatura, mas trata-se de eventos sentinela que deveriam ter sido acessados pelas políticas públicas de enfrentamento do uso de drogas, uma vez que os resultados apontam para famílias vulneráveis.

O perfil dos usuários apontou predomínio do sexo masculino, idades entre 13 e 65 anos e média de 40,1 anos, baixa escolaridade e desemprego. A droga mais utilizada foi o

álcool, isolada ou associada a outras drogas, e metade dos usuários a utilizavam diariamente. Houve relatos de violência na infância, ocorrência de traumas anteriores, manobras ilícitas para aquisição da droga, alterações de comportamento no âmbito domiciliar e comportamento aditivo nas famílias.

Chama atenção neste estudo o sofrimento familiar, pois houve relato de diversos problemas de saúde entre os familiares que podem estar associados à sobrecarga da convivência com o usuário de drogas. Encontrou-se número elevado de familiares que convivem cotidianamente com as repercussões do uso de drogas na família, presença de violência intrafamiliar e recorrência de situações de trauma, reforçando a característica deste evento sentinela, de usuários no “fundo do poço”.

Considerando que a informação também é um elemento crucial para o desempenho do sistema de saúde, indicar as limitações do sistema de informação passivo e seus determinantes permite dimensionar as implicações nas decisões em saúde tanto no atendimento individual da intoxicação como em nível coletivo.

A intervenção precoce da família diante do problema das drogas é essencial para interromper uma escalada no uso e prevenir danos futuros.

Compreender os dados epidemiológicos e o padrão de uso de drogas auxilia os gestores no planejamento das políticas públicas e estratégias de prevenção e controle. Nesse sentido, sugere-se que a metodologia de investigação de eventos sentinelas seja um processo contínuo, pois permite identificar os casos mais graves que necessitam de intervenção imediata das políticas públicas.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CENTROS DE INFORMAÇÃO E ASSISTÊNCIA TOXICOLÓGICA. **A inserção dos centros de informação e assistência toxicológica nas redes de atenção à saúde como serviços de apoio e referência em Toxicologia Clínica.** Florianópolis: ABRACIT, 2009.

ANTUNES, F. **Vivência de cuidadores familiares de usuários de álcool que necessitaram de internação em terapia intensiva.** 2012. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2012.

ARCIDIACONO, C. et al. Italian families living with relatives with alcohol or drugs problems. **Drugs: Education, Prevention And Policy**, Abingdon, v. 17, n. 6, p. 659-680, Dec. 2010.

ARNAUTS, I.; OLIVEIRA, M. L. F.; Padrão de consumo de álcool por jovens vítimas de trauma e usuários de álcool. **REME: 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, v. 16, n. 3, p. 488-494, jul./set. 2007.

BALLANI, T. S. L. **Juventude, drogas e internação hospitalar: ampliando o conceito de evento sentinela**. 2006. 122 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2006.

BECK, L. M.; DAVID, H. M. S. Drogas e trabalho: atuação do enfermeiro. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 706-11, dez. 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. Suplemento 1.

BERTONI, N.; BASTOS, F. I. **Pesquisa nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Perfil sociodemográficos e comportamental destes usuários: resultados de uma pesquisa de abrangência nacional**. Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014.

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>. Acesso em: 18 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Prevenção do uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. 5. ed. Brasília: SENAD, 2013a.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Centro de Informação Científica e Tecnológica. Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas. **Manual de preenchimento da ficha de notificação e de atendimento**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

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). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 dez. 2011. Seção 1, p. 59.

CATANZARO, S. J.; LAURENT, J. Perceived family support, negative mood regulation expectancies, coping, and adolescent alcohol use: evidence of mediation and moderation effects. **Addictive Behaviors**, Oxford, v. 29, n. 9, p.1779-97, 2004.

CANADIAN PATIENT SAFETY INSTITUTE. **Canadian root cause analysis framework**: a tool for identifying and addressing the root causes of critical incidents in healthcare. Edmonton: Canadian Patient Safety Institute, 2006. Disponível em: <http://www.paediatricchairs.ca/safety_curriculum/domain6.docs/CPSIRootCauseAnalysisFramework.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2014.

DALL'AGNOL, M. M.; FASSA, A. C.; FACCHINI, L. A. Child and adolescent labor and smoking: a cross-sectional study in southern Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 46-56, 2011.

DEGENHARDT, L.; MATHERS, B.; HALL, W. D. Response to Hser et al.(2014): The necessity for more and better data on the global epidemiology of opioid dependence. **Addiction**, London, v. 109, n. 8, p. 1335-1337, 2014.

DUARTE, P. C. A. V.; STEMPLIUK, V. A.; BARROSO, L. P. (Org.). **Relatório brasileiro sobre drogas**. Brasília: SENAD, 2009. Disponível em: <<http://www.escs.edu.br/arquivos/DrogasResumoExecutivo.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2014.

FARRUGIA, P. L. et al. Childhood trauma among individuals with co-morbid substance use and post traumatic stress disorder. **Mental health and substance use: dual diagnosis, Abingdon**, v. 4, n. 4, p. 314-26, nov. 2011.

FERNANDES, C.; VIEIRA, V. C. L.; SCOCHI, M. J. Mortalidade infantil e classificação de evitabilidade: pesquisando municípios da 15ª Regional de Saúde do Paraná. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 12, n. 4, p. 752-759, 2013.

GUIMARÃES, J. R. S. **Perfil do trabalho decente no Brasil**: um olhar sobre as unidades da Federação. Brasília: Organização Internacional do Trabalho, 2012. Disponível em <<http://www.oitbrasil.org.br/node/880>>. Acesso em: 07 dez. 2014.

HARTZ, Z. M. A.; CHAMPAGNE, F.; LEAL, M. C. Mortalidade infantil “evitável” em duas cidades do Nordeste do Brasil: indicador de qualidade do sistema local de saúde. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 310-8, 1996. Disponível: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101996000400004>>. Acesso em: 14 nov. 2014.

IMAMURA, J. H. **Epidemiologia dos traumas em países desenvolvidos e em desenvolvimento**. 2012. 144 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

JANG, H. S. 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, n. 10, p. 1424-1430, 2013.

KENDLER, K. S. et al. Genetic and environmental influences on alcohol, caffeine, cannabis, and nicotine use from early adolescence to middle adulthood. *Archives of general psychiatry*. **Chicago**, v. 65, n. 6, p. 674-682, June 2008.

KLIEWER, W.; MURRELLE, L. Risk and protective factors for adolescent substance use: findings from a study in selected Central American countries. *The Journal of adolescent health*, New York, v. 40, n. 5, p. 448-455, May 2007.

- LARANJEIRA, R. et al. (Org.). **II Levantamento nacional de álcool e drogas**. São Paulo: INPAD; UNISFESP, 2012. Disponível em: <<http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Lenad-II-Relat%C3%B3rio.pdf>>. Acesso em: 11 dez. 2014.
- MELO, M.T. Prevenção à dependência química. In: CARVALHO NETO, Z. **Educação por projetos**. Palmas, TO: Ed. UNITINS, 2011. p. 65.
- MOREIRA, M. M.; GALERA, S. A. F. Evaluación del uso de alcohol por familias de la periferia de Guayaquil en Ecuador, por estudiantes de enfermeira. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, p. 620-5, mayo/junio, 2010. Número Especial.
- 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, n. 6, p. 1-6, 2012. Disponível em: <<http://bmjopen.bmj.com/content/2/6/e001857.full.pdf+html>>. Acesso em 07 dez. 2014.
- OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, A. S. Caracterização da cultura de crack. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 664-7, 2008.
- ORFORD, J. et al. **Coping with alcohol and drug problems: the experiences of family members in three contrasting cultures**. London: Routledge, 2005.
- ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Responsabilidades familiares: novos enfoques**. Brasília: OIT, 2009. Disponível em: <http://www.oitbrasil.org.br/sites/default/files/topic/gender/pub/br_nota_1_695_721.pdf>. Acesso EM: 07 dez. 2014.
- PENNA, M. L. F. **Condição marcadora e evento sentinela na avaliação de serviços de saúde**. Texto básico elaborado para a Bibliografia Básica do projeto GERUS. Texto de apoio da Unidade I. Brasil, 2001. Disponível em: <<http://www.rdconsultoria.com.br/Downloads/Educa%C3%A7%C3%A3o%20Continuada/Gest%C3%A3o%20de%20Riscos/Evento%20sentinela%20na%20avalia%C3%A7%C3%A3o%20da%20sa%C3%BAde.pdf>>. Acesso em: 13 fev. 2014.
- RASSLAN, S.; BIROLINI, D. O trauma como modelo de doença. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. III-III, 1998.
- 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. 276-82, 2013.
- RUTSTEIN, D. D. et al. Measuring the quality of medical care: a clinical method. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 294, n. 11, p. 582-588, Mar. 1976.
- SANTANA, C. J. et al. Potencialidade de um evento sentinela para vigilância epidemiológica do abuso de drogas. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Recife, v. 8, n. 12, p. 321-327, dez. 2014.

SCHILLEWAERT, N.; LANGERAK, F.; DUHAMEL, T. Non-probability sampling for www surveys: a comparison of methods. **Journal of Market Research Society**, London, v. 40, n. 4, p. 307-313, Oct. 1998.

SILVINO, M. C. S. et al. Operacionalização de evento sentinela para vigilância do uso de drogas de abuso. **Saude & Transformação Social**, Florianópolis, v. 3, n. 2, p. 59-66, 2012.

TEIXEIRA, T. C. A.; CASSIANI, S. H. B. Análise de causa raiz de acidentes por quedas e erros de medicação em hospital. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 100-107, 2014.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **World drug report 2012**. United New York: Nations Publications, 2012. Disponível em: <<http://www.unodc.org/unodc/data-and-analysis/WDR-2012.html>>. Acesso em: 20 ago 2014.

VELLEMAN, R. et al. Alcohol, drugs and the family: the development of a conceptual framework (Alcol, droga e famiglia: una nuova cornice interpretativa. Il modello stress, strain, coping, support). In: ARCIDIACONO, C.; VELLEMAN, R.; PROCENTESE, F. **Famiglie sotto stress. Con-vivere con chi abusa di alcol o droghe**. Roma: Unicopli, 2009. Chap. 1, p. 10–18.

WOLLE, C. C. et al. (Org.). **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011. .

World Health Organization (WHO). Global status report on alcohol and health 2011 [Internet]. Geneva: WHO; 2011. [cited 2014 Mar 11]. Available from: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en

Endereço do Autor
Cleiton José Santana
Rua Luiz Lerco, 455, Ap. 1706 – Torre 1
Terra Bonita - Londrina, Paraná
CEP: 86047-610
E-mail: cleisantana@uol.com.br

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo apresenta limitações devido ao método adotado, ou seja, o desenho transversal com análise retrospectiva dos dados que não identifica relações de causa e efeito, mas permite entender a sua ocorrência. Embora a casuística seja pequena, trata-se de grupo selecionado como evento sentinela e seus resultados apontam um padrão de uso de alerta para os serviços de saúde e de proteção social.

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

O uso de drogas de abuso é considerado como pouco influenciável pela intervenção dos serviços de saúde, visto que se relaciona a fatores mais diretamente ligados a outros aspectos sociais, porém a análise ora proposta, se realizada de forma contínua e sistemática, pode dinamizar abordagens na compreensão do fenômeno uso de drogas de abuso em nível local e servir como contraponto à avaliação de outros agravos mais suscetíveis à intervenção.

Foi possível, com a investigação dirigida para a trajetória da ocorrência do evento sentinela, identificarmos os pontos críticos do processo da atenção à saúde, além da possibilidade do fornecimento de visibilidade do processo, permitindo a crítica sobre o desempenho das políticas públicas. O conceito de “evento sentinela” conduz à investigação mais qualitativa de cada ocorrência, reconhecida como evitável no nível individual ou coletivo, e à proposição de medidas pertinentes.

O perfil dos usuários apontou predomínio do sexo masculino, idades entre 13 e 65 anos e média de 40,1 anos, baixa escolaridade e desemprego. A droga mais utilizada foi o álcool, isolada ou associada a outras drogas, sendo que metade deles a utilizavam diariamente. Houve relatos de violência na infância, ocorrência de traumas anteriores, manobras ilícitas para aquisição da droga, alterações de comportamento no âmbito domiciliar, e comportamento aditivo nas famílias.

A razão para o início do uso de drogas relatado pelo familiar em 18 casos (60%) foi a influência de amigos, e em 17 casos (56,8%), a família descobriu o uso imediatamente com a mudança de comportamento do usuário no contexto familiar. São achados deste estudo o sofrimento familiar, pois houve relato de diversos problemas de saúde entre os

familiares entrevistados e o número elevado de familiares que convivem cotidianamente com as repercussões do uso de drogas na família. Houve relatos de violência na infância, de traumas anteriores, manobras ilícitas para aquisição da droga, alterações de comportamento no âmbito domiciliar, comportamento aditivo nas famílias (42%) e em 20% das famílias o uso de drogas acontecia na própria residência.

A caracterização do evento sentinela apontou 73,4% das ocorrências em ambiente externo, principalmente acidentes de trânsito, quedas e agressão física. O Escore de Avaliação Clínica de Paciente Intoxicado apontou cinco (16,6%) com sintomas visíveis a sintomas graves, com risco de morte, e um caso fatal; em 18 casos (60,0%) existia o registro de politrauma e em 11 (36,6%) de alterações comportamentais e psicomotoras.

Verificou-se a iniciação precoce do uso de drogas e um período longo de uso da(s) droga(s), e vários fatores contributivos para o início e para a continuidade do uso: comportamento aditivo, desestrutura e violência no contexto familiar; influência de grupos de amigos tidos como “más companhias”; a discriminação na escola, no bairro e na própria família; inadequada presença da saúde na assistência às famílias em situação de risco; ausência de serviço de saúde para tratamento adequado de transtornos mentais comuns desencadeantes e mantenedores do uso de drogas.

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

A análise do evento sentinela apontou a gravidade social dos casos investigados, permitiu medir fatores de risco e falhas na dinâmica social e familiar, e onde políticas públicas inadequadas e deficientes contribuem para a iniciação e continuidade do uso de drogas de abuso. Foram encontrados fatores de risco em várias áreas - Educação, Segurança Pública, Assistência Social, Economia e Saúde e a interface entre políticas de educação, segurança pública, assistência social, economia e saúde, inadequadas e deficientes, parecem determinar a causa raiz do uso de drogas de abuso nos casos investigados.

Considerando que a informação também é um elemento crucial para o desempenho do sistema de saúde, indicar as limitações do sistema de informação passivo e seus determinantes permite dimensionar as implicações nas decisões em saúde tanto no

atendimento individual da intoxicação como em nível coletivo. Embora a análise aqui apresentada refira-se a dados que identificam apenas uma fração dos problemas associados ao uso de drogas, os dados obtidos oferecem informações importantes sobre aspectos relevantes e refletem a gravidade, amplitude e magnitude desses problemas em famílias do nosso país.

A seleção do indicador internação hospitalar como evento sentinela para monitorar os danos do uso de drogas de abuso mostrou-se adequada, porque apresentou confiabilidade, expressa pelo fato de que possivelmente o resultado seria o mesmo se fosse medido por equipes de avaliação diferentes, sensibilidade, porque foi capaz de apontar o impacto do uso de drogas de abuso nas famílias e na sociedade, e validade, pois quando um indivíduo é internado por alguma intercorrência relacionado ao trauma e um diagnóstico associado ao uso de droga de abuso é possível medir realmente o que se pretende medir: os antecedentes, os fatores de risco e as falhas na dinâmica social e familiar devido à gravidade dos casos.

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

As pesquisas relacionadas às drogas de abuso, violência e trauma envolvem problemas globais de assistência social, saúde e segurança pública. Com isso, estudos com grupos vulneráveis, particularmente usuários de drogas e suas famílias, têm repercussão para a Saúde Pública. Pesquisas como a proposta desta dissertação contribuem para a construção do conhecimento da enfermagem relacionado às necessidades do usuário e famílias, objetivando ações de intervenção.

Considerando que o uso de drogas de abuso tem impacto não somente para o paciente, mas para os seus parceiros, pais, filhos e para a sociedade em geral, o rastreamento e reconhecimento dos casos é essencial, porque quando os problemas são identificados, as intervenções podem ser direcionadas para reduzir as ocorrências e seu impacto na saúde e na sociedade.

Entre as profissões da área da saúde, a enfermagem se destaca por desenvolver atividades relacionadas ao cuidado, à promoção, à prevenção e à recuperação da saúde, e o enfermeiro, inserido profissionalmente em todos os níveis de atenção à saúde, tem o importante papel de identificar situações de vulnerabilidade relacionadas às consequências do uso de drogas de abuso. A proximidade com os usuários de drogas e seu ambiente de convivência permite ao enfermeiro identificar na família e na comunidade os fatores que influenciam o seu uso e, com isso, propor estratégias de promoção da saúde e prevenção de agravos relacionados ao consumo nocivo de drogas de abuso.

Acredita-se, então, que o enfermeiro, na prática, pode desenvolver estratégias de prevenção ao uso de drogas, rastreamento dos casos e de agravos relacionados ao uso abusivo por meio do gerenciamento de sistemas de investigação epidemiológica de eventos sentinela com um novo olhar sobre a vigilância epidemiológica do uso de drogas de abuso. Na função administrativa, o enfermeiro poderá desenvolver ações para programas de redução de danos para o usuário de drogas; na assistencial, a avaliação deve ser individualizada, mas com uma visão ampliada e entrelaçada com a investigação, o diagnóstico, a implementação de resoluções e a manutenção da saúde, sempre respeitando a subjetividade do indivíduo. No âmbito da educação em saúde, o fortalecimento da

capacidade cognitiva e de estratégias coletivas de enfrentamento de dificuldades e pressões pode resultar na ampliação da autonomia das famílias.

Considerando que grande parte dos usuários de drogas de abuso acessa os serviços de saúde apenas quando apresentam complicações relacionadas ao consumo compulsivo, com comprometimento clínico devido ao uso crônico, ou situações de violência e trauma, o ambiente hospitalar, principalmente as unidades de atenção às urgências, é uma importante fonte para a detecção de casos/eventos sentinela, sendo local prioritário para o desenvolvimento de ações de vigilância epidemiológica. Nesses locais, métodos ativos de notificação de casos, por meio da busca ativa, podem identificar eventos sentinela que sirvam como alerta precoce para o sistema de saúde.

A vigilância epidemiológica de eventos sentinela visa estabelecer a causa básica do evento (raiz causal) ou riscos evitáveis e propor futuras medidas preventivas. A identificação de um evento sentinela sinaliza para a necessidade imediata de resposta para o caso e gera dois desafios: compreender como e por que o evento ocorreu e prevenir a ocorrência do mesmo evento ou evento similar no futuro. Muitas vezes estas complicações poderiam ser evitadas por ações de políticas públicas com enfoque na prevenção e redução dos danos inerentes à dependência química.

REFERÊNCIAS

- ANTUNES, F. **Vivência de cuidadores familiares de usuários de álcool que necessitaram de internação em terapia intensiva**. 2012. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2012.
- ARCIDIACONO, C. et al. Italian families living with relatives with alcohol or drugs problems. **Drugs: Education, Prevention and Policy**, Abingdon, v. 17, n. 6, p. 659-680, Dec. 2010.
- ARNAUTS, I.; OLIVEIRA, M. L. F.; Padrão de consumo de álcool por jovens vítimas de trauma e usuários de álcool. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 16, n. 3, p. 410-418, 2012.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CENTROS DE INFORMAÇÃO E ASSISTÊNCIA TOXICOLÓGICA. **A inserção dos centros de informação e assistência toxicológica nas redes de atenção à saúde como serviços de apoio e referência em Toxicologia Clínica**. Florianópolis: ABRACIT, 2009.
- BALLANI, T. S. L. **Juventude, drogas e internação hospitalar: ampliando o conceito de evento sentinela**. 2006. 122 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2006.
- BALLANI, T. S. L.; OLIVEIRA, M. L. F. Uso de drogas de abuso e evento sentinela: construindo uma proposta para avaliação de políticas públicas. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 488-494, jul./set. 2007.
- BECK, L. M.; DAVID, H. M. S. Drogas e trabalho: atuação do enfermeiro. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 706-11, dez. 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. Suplemento 1.
- BERNARDY, C. C. F.; OLIVEIRA, M. L. F.; BELLINI, M. L. Jovens Infratores e a convivência com drogas no ambiente familiar. **Rev. RENE: revista da rede de enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v.12, n. 3, p. 589-96, 2011.
- BERTONI, N.; BASTOS, F. I. **Pesquisa nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Perfil sociodemográficos e comportamental destes usuários: resultados de uma pesquisa de abrangência nacional**. Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014.
- BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. Notas de Campo. In: BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Porto: Porto Editora, 1994. cap. 4, p. 150.
- BRASIL. Ministério da Justiça. **Prevenção do uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. 5. ed. Brasília: SENAD, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde - CID – 10**. Brasília: DATASUS, 2008. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>>. acesso em: 15 dez. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências**. 3. ed. Amp. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

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). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 dez. 2011. Seção 1, p. 59.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. **Padronização da nomenclatura do censo hospitalar**. 2. ed. Rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadastro nacional de estabelecimentos de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=4126252825589>. Acesso em: 12 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica**. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CANADIAN PATIENT SAFETY INSTITUTE. **Canadian root cause analysis framework**: a tool for identifying and addressing the root causes of critical incidents in healthcare. Edmonton: Canadian Patient Safety Institute, 2006. Disponível em: <http://www.paediatricchairs.ca/safety_curriculum/domain6.docs/CPSIRootCauseAnalysisFramework.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2014.

CARLINI, E. A. (Super.). **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país - 2005. Brasília: CEBRID; UNIFESP, 2007.

CATANZARO, S. J.; LAURENT, J. Perceived family support, negative mood regulation expectancies, coping, and adolescent alcohol use: evidence of mediation and moderation effects. **Addictive Behaviors**, Oxford, v. 29, n. 9, p.1779-97, 2004.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 2008.

CREDO, P. F.; FÉLIX, J. V. C. Perfil dos pacientes atendidos em um hospital de referência ao trauma em Curitiba: implicações para a Enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 17, n. 1, p. 126-131, 2012.

DALL'AGNOL, M. M.; FASSA, A. C.; FACCHINI, L. A. Child and adolescent labor and smoking: a cross-sectional study in southern Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 46-56, 2011.

DEGENHARDT, L.; MATHERS, B.; HALL, W. D. Response to Hser et al.(2014): The necessity for more and better data on the global epidemiology of opioid dependence. **Addiction**, London, v. 109, n. 8, p. 1335-1337, 2014.

DUARTE, P. C. A. V.; STEMPLIUK, V. A.; BARROSO, L. P. (Org.). **Relatório brasileiro sobre drogas**. Brasília: SENAD, 2009. Disponível em: <<http://www.escs.edu.br/arquivos/DrogasResumoExecutivo.pdf>>. Acesso em: ????

FARKE, W.; ANDERSON, P. Binge drinking in Europe. **Adicciones**, Palma de Mallorca, v. 19, n. 4, p. 333-339, 2007.

FARRUGIA, P. L. et al. Childhood trauma among individuals with co-morbid substance use and post traumatic stress disorder. **Mental health and substance use: dual diagnosis, Abingdon**, v. 4, n. 4, p. 314-26, nov. 2011.

FERNANDES, C.; VIEIRA, V. C. L.; SCOCHI, M. J. Mortalidade infantil e classificação de evitabilidade: pesquisando municípios da 15ª Regional de Saúde do Paraná. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 12, n. 4, p. 752-759, 2013.

FIGUEIRÓ, A. C. et al. Óbito por dengue como evento sentinela para avaliação da qualidade da assistência: estudo de caso em dois municípios da Região Nordeste, Brasil, 2008. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 12, p. 2373-85, dez. 2011.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Centro de Informação Científica e Tecnológica. Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas. **Manual de preenchimento da ficha de notificação e de atendimento**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

GALVAO, M. C. B.; RICARTE, I. L. M. **Prontuário do paciente**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

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.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GUIMARÃES, J. R. S. **Perfil do trabalho decente no Brasil: um olhar sobre as unidades da Federação**. Brasília: Organização Internacional do Trabalho, 2012. Disponível em <<http://www.oitbrasil.org.br/node/880>>. Acesso em: 07 dez. 2014.

HARTZ, Z. M. A.; CHAMPAGNE, F.; LEAL, M. C. Mortalidade infantil “evitável” em duas cidades do Nordeste do Brasil: indicador de qualidade do sistema local de saúde. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 310-8, 1996. Disponível: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101996000400004>>. Acesso em: 14 nov. 2014.

HEALTH AND SAFETY EXECUTIVE. **Root cause analysis**. Norwich: Her Majesty's Stationery Office, 2004.

IMAMURA, J. H. **Epidemiologia dos traumas em países desenvolvidos e em desenvolvimento**. 2012. 144 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

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>. Acesso em: 18 out. 2013.

JANG, H. S. 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, n. 10, p. 1424-1430, 2013.

KENDLER, K. S. et al. Genetic and environmental influences on alcohol, caffeine, cannabis, and nicotine use from early adolescence to middle adulthood. *Archives of general psychiatry*, Chicago, v. 65, n. 6, p. 674-682, June 2008.

KESSNER, D. M.; KALK, C. E. SINGER, J. Assessing health quality – the case for tracers. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 288, n. 4, p. 189-194, Jan. 1973.

KLIEWER, W.; MURRELLE, L. Risk and protective factors for adolescent substance use: findings from a study in selected Central American countries. *The Journal of adolescent health*, New York, v. 40, n. 5, p. 448-455, May 2007.

KORCHA, R. A. et al. Violence-related injury and gender: The role of alcohol and alcohol combined with illicit drugs. **Drug and Alcohol Review**, Abingdon, v. 33, n. 1, p. 43-50, 2014.

LARANJEIRA, R. et al. (Org.). **II Levantamento nacional de álcool e drogas**. São Paulo: INPAD; UNISFESP, 2012. Disponível em: <<http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Lenad-II-Relat%C3%B3rio.pdf>>. Acesso em: 11 dez. 2014.

LEE, A.; MILLS, P. D.; WATTS, B. V. Using root cause analysis to reduce falls with injury in the psychiatric unit. **General Hospital Psychiatry**, New York, v. 34, n. 3, p. 304-311, 2012.

LIMA, S. O. et al. Avaliação epidemiológica das vítimas de trauma abdominal submetidas ao tratamento cirúrgico. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 4, p. 302-306, 2012.

LOPES, A. C. **Diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Manole, 2007. v. 3.

- MACKENZIE, E. J.; FOWLER, C. J. Epidemiology. In: FELICIANO, D. V.; MATTOX, K. L.; MOORE, E. E. **Trauma**. 6th ed. New York: McGraw Hill, 2008. p.25-38.
- 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.
- MANTOVANI, C. et al. Manejo de paciente agitado ou agressivo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 32, p. 96-103, 2010. Suplemento 2.
- MARANGONI, S. R.; OLIVEIRA, M. L.F. Fatores desencadeantes do uso de drogas de abuso em mulheres. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 662-670, 2013.
- MARCOLAN, J. F. O Suicídio como problema mundial de saúde coletiva: aspectos de vigilância em saúde mental. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 28-34, 2004.
- MARQUES, F. Caminhos da prevenção: estudos de CEBRID ajudam a distinguir mito e realidade no panorama do uso de drogas no Brasil. **Pesquisa FAPESP**, São Paulo, n. 113, p. 43-87, 2005.
- MARTINS, C. B. G. Acidentes e violências na infância e adolescência: fatores de risco e de proteção. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 4, p. 578-584, 2013.
- MASCARENHAS, M. D. M. et al. Consumo de álcool entre vítimas de acidentes e violências atendidas em serviços de emergência no Brasil, 2006 e 2007. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n. 5, p. 1789-1796, 2009.
- MELO, M.T. Prevenção à dependência química. In: CARVALHO NETO, Z. **Educação por projetos**. Palmas, TO: Ed. UNITINS, 2011. p. 65.
- MINAYO, M. C. S. **Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- MOCK, C. N. et al. Trauma mortality patterns in three nations at different economic levels: implications for global trauma system development. **The Journal of Trauma**, Baltimore, v. 44, n. 5, p. 804-814, May 1998.
- MOREIRA, M. M.; GALERA, S. A. F. Evaluación del uso de alcohol por familias de la periferia de Guayaquil en Ecuador, por estudiantes de enfermeira. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, p. 620-5, mayo/junio, 2010. Número Especial.
- MUNNÉ, P.; ARTEAGA, J. Asistencia general al paciente intoxicado. **Anales del Sistema Sanitario de Navarra**, Pamplona, v. 26, p. 21-48, 2003. Suplemento 1.
- NICASTRI, S. Drogas: classificação e efeitos no organismo. In: _____ **Prevenção do uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. 5. ed. Brasília: SENAD, 2013.

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, n. 6, p. 1-6, 2012. Disponível em: <<http://bmjopen.bmj.com/content/2/6/e001857.full.pdf+html>>. Acesso em 07 dez. 2014.

OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, A. S. Caracterização da cultura de crack. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 664-7, 2008.

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, jan./mar. 2011.

ORFORD, J. et al. **Coping with alcohol and drug problems**: the experiences of family members in three contrasting cultures. London: Routledge, 2005.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Responsabilidades familiares**: novos enfoques. Brasília: OIT, 2009. Disponível em: <http://www.oitbrasil.org.br/sites/default/files/topic/gender/pub/br_notas_1_695_721.pdf>. Acesso EM: 07 dez. 2014.

OSELKA, G. Prontuário médico. **AMB: Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 48, n. 286, p. 286-286, 2002.

PENNA, M. L. F. **Condição marcadora e evento sentinela na avaliação de serviços de saúde**. Texto básico elaborado para a Bibliografia Básica do projeto GERUS. Texto de apoio da Unidade I. Brasília: Fundação Nacional da Saúde, 2001. Disponível em: <<http://www.rdconsultoria.com.br/Downloads/Educa%C3%A7%C3%A3o%20Continuada/Gest%C3%A3o%20de%20Riscos/Evento%20sentinela%20na%20avalia%C3%A7%C3%A3o%20da%20sa%C3%BAde.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2014.

PEREIRA, M. O. et al. Efetividade da intervenção breve para o uso abusivo de álcool na atenção primária: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 3, p. 420-428, 2013.

PERSSE, H. et al. Poisoning Severity Score: Grading of acute poisoning. **Journal of Toxicology. Clinical Toxicology**, New York, v. 36, 3, p. 205-213, 1998.

POTENZA, B.; NOLAN, J. Mechanisms and epidemiology of trauma. In: WILSON, W. C.; GRANDE, C. M.; Hoyt, D. B. **Trauma emergency resuscitation perioperative anesthesia – surgical management**. New York: Informa Healthcare, 2007. v. 1, p. 25-40

RASSLAN, S.; BIROLINI, D. O trauma como modelo de doença. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. III-III, 1998.

REALE, D. O diagnóstico em crise: a descoberta do uso de droga na adolescência. In: SIMPOSIO INTERNACIONAL DO ADOLESCENTE, 2., 2005, São Paulo. **Proceedings online...** São Paulo: [Instituto Sedes Sapientiae], 2005. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC000000082005000200067&script=sci_arttext>. Acesso em: 17 Apr. 2014.

- REICHENHEIM, M. E. et al. Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros. **Lancet**, London, v. 6736, n. 11, p. 75-89, 2011.
- 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. 276-82, 2013.
- ROBBEN, A. C. G. M.; SUÁREZ-OROZCO, M. M. **Cultures under Siege: collective violence and trauma**. New York: Cambridge University Press, 2000.
- ROCHA, A. S. C. et al. Evidência de melhora na qualidade do cuidado assistencial no infarto agudo do miocárdio. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 94, n. 6, p. 726-729, maio 2010.
- ROGERS, W.; BALLANTYNE, A. Populações especiais: vulnerabilidade e proteção. **RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação Informação & Inovação em Saúde**. Rio de Janeiro, v.2, p. 31-41, dez. 2008. Suplemento 1. Disponível em: <<http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/viewFile/865/1507>>. Acesso em: 20 ago. 2014.
- RUTSTEIN, D. D. et al. Measuring the quality of medical care: a clinical method. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 294, n. 11, p. 582-588, Mar. 1976.
- SACKS, J. Y.; MCKENDRICK, K.; BANKS, S. The impact of early trauma and abuse on residential substance abuse treatment outcomes for women. **Journal of substance abuse treatment**, New York, v. 34, n. 1, p. 90-100, Jan. 2008.
- SAMUEL, J. C. et al. Epidemiology of injuries at a tertiary care center in Malawi. **World Journal of Surgery**, New York, v. 33, n. 9, p. 1836-1841, Sept. 2009.
- SANTANA, C. J. et al. Potencialidade de um evento sentinela para vigilância epidemiológica do abuso de drogas. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Recife, v. 8, n. 12, p. 321-327, dez. 2014.
- 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, p. 707-717, 2005.
- SCHILLEWAERT, N.; LANGERAK, F.; DUHAMEL, T. Non-probability sampling for www surveys: a comparison of methods. **Journal of Market Research Society**, London, v. 40, n. 4, p. 307-313, Oct. 1998.
- SCOCHI, M. J. **Municipalização e avaliação de qualidade de serviços de saúde: uma análise localizada**. 1996. 150 f. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1996.
- SELEGUIM, M. R. et al. Aspectos da estrutura de famílias de jovens usuários de crack: um estudo de genograma. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 10, n. 4, p. 795-802, 2011.

SILVINO, M. C. S. et al. Operacionalização de evento sentinela para vigilância do uso de drogas de abuso. **Saude & Transformação Social**, Florianópolis, v. 3, n. 2, p. 59-66, 2012.

TAYLOR-ADAMS, S.; VINCENT, C.; STREET, P. Systems analysis of clinical incidents: the London protocol. **Clinical Risk**, Londres, v. 10, n. 6, p. 211-220, 2004.

TEASDALE, G.; JENNETT, B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. **Lancet**, London, v. 2, p. 81-84, July 1974.

TEIXEIRA, T. C. A.; CASSIANI, S. H. B. Análise de causa raiz de acidentes por quedas e erros de medicação em hospital. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 100-107, 2014.

TEIXEIRA, T. C. A.; CASSIANI, S. H. B. Análise de causa raiz: avaliação de erros de medicação em um hospital universitário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n.1, p. 139-146, 2010.

THACKER, S. B. et al. Surveillance in environmental public health: issues, systems, and sources. **American Journal of Public Health**, New York, v. 86, n. 5, p. 633-641, May 1996.

TRAVASSOS, C. M. R. **Tracer studies** – a discussion of the method and of its application to health care evaluation in Brazil. 1985. Dissertação (Mestrado) - London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, 1985. Não paginado.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **World drug report 2012**. United New York: Nations Publications, 2012. Disponível em: <<http://www.unodc.org/unodc/data-and-analysis/WDR-2012.html>>. Acesso em: 20 ago 2014.

VASCONCELLOS, M. M.; GRIBEL, E. B.; MORAES, I. H. S. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 173-182, 2008. Suplemento 1.

VELLEMAN, R. et al. Alcohol, drugs and the family: the development of a conceptual framework (Alcol, droga e famiglia: una nuova cornice interpretativa. Il modello stress, strain, coping, support). In: ARCIDIACONO, C.; VELLEMAN, R.; PROCENTESE, F. **Famiglie sotto stress. Con-vivere con chi abusa di alcol o droghe**. Roma: Unicopli, 2009. Chap. 1, p. 10–18.

WESSELOVICZ, A. A. G. et al. Fatores associados ao consumo de bebidas alcoólicas pelos adolescentes de uma Escola Pública da cidade de Maringá, Estado do Paraná. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v. 30, n. 2, p. 161-166, 2008.

WOLLE, C. C. et al. (Org.). **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on alcohol and health 2011**. Geneva: WHO: 2011. Disponível em: <http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Distribuição do Perfil e Motivo das Recusas. Maringá - PR, abril a setembro, 2014.								
Caso	Sexo	Idade (anos)	Escolaridade (anos Estudados)	Profissão	Droga de Abuso	Tipo de Trauma	Familiar	Motivo da Recusa
1	M	47	Ignorado	Pedreiro	Álcool	Acidente de Transito – Queda de Bicicleta	Mãe	Não aceita falar sobre uso de drogas na família
2	M	65	1	Aposentado	Álcool	Queda Própria Altura	Esposa	Não aceita falar sobre uso de drogas na família
3	M	24	12	Auxiliar de Deposito	Álcool	Acidente de Transito – Queda de Moto	Pai	Não aceita falar sobre uso de drogas na família
4	M	64	6	Aposentado	Álcool	Queda Própria Altura	Sobrinho	No momento está sem tempo para participar
5	M	33	5	Pedreiro	Álcool	Acidente de Transito – Atropelamento	Esposa	Não tem interesse de participar da pesquisa, Não aceita falar sobre uso de drogas na família (esposa também usa Bebida Alcoólica)
6	M	25	11	Eletricista	Álcool e Maconha	FAF em Tórax	Mãe	No momento está sem tempo para participar
7	M	62	Ignorado	Ignorado	Álcool	Acidente de Transito – Atropelamento	Filho	No momento está sem tempo para participar
8	M	38	8	Tratorista	Álcool	Acidente de Transito – Queda de Moto	Irmã	No momento está sem tempo para participar
9	M	41	5	Serviços Gerais	Álcool	Queda Própria Altura na fogueira	Mãe	No momento está sem tempo para participar
10	F	28	Ignorado	Ignorado	Álcool	Acidente de Transito – Auto - Bicicleta	Mãe	Não aceita falar sobre uso de drogas na família
11	M	50	8	Servente de Obras	Álcool	Queda da Própria Altura	Esposa	Não tem interesse de participar e falar sobre uso de drogas do marido
12	M	58	2	Mecânico	Álcool	Trauma em Tórax devido compressão por carro	Mãe	Não aceita falar sobre uso de drogas na família
13	M	47	7	Pintor	Álcool	Acidente de Transito – Queda de Bicicleta	Esposa	Refere não querer falar sobre o uso de drogas. (já foi agredida pelo marido).
14	M	25	10	Bar Man	Álcool	Acidente de Transito – Queda de Moto	Mãe	Não aceita falar sobre uso de drogas na família
15	M	35	Ignorado	Ignorado	Álcool	Trauma em Ombro D	Mãe	No momento está sem tempo para participar

APÊNDICE 2

TRAJETÓRIA DOS EVENTOS SENTINELAS

Caso 01 - Data do evento: 04/04/2014. **Data da entrevista:** 05/07/2014.

Caracterização do entrevistado: Mãe do usuário de drogas, 72 anos, branca, casada, não alfabetizada e ocupação do lar.

Caracterização do usuário de drogas: Homem, 46 anos, branco, divorciado, com quatro anos estudados e pintor autônomo.

Evento/história clínica: No prontuário hospitalar constava que o indivíduo foi admitido no Pronto Socorro do HUM, levado pelo SIATE após queda da própria altura. A ocorrência foi registrada no CCI/HUM por meio de busca ativa, tendo como agente tóxico a bebida alcoólica. O efeito da intoxicação registrado foi agitação, confusão e hálito alcoólico; e escoriações em membros superiores e FCC em região de supercílio foram sinais registrados como secundários ao trauma. Com a classificação clínica – Escala de Coma Glasgow (leve-14), Escala de Reed (zero) e Escore PSS (moderado), o caso foi considerado moderado devido aos resultados da avaliação neurológica e do estado geral, pois apresentava alterações do estado de consciência. Permaneceu internado por um dia para observação clínica, recebendo alta hospitalar, sem registro de encaminhamentos ou orientações.

História individual: Iniciou o uso de bebida alcoólica com aproximadamente 18 anos, por influência dos amigos. Saía de casa e, muitas vezes, retornava com sintomas da intoxicação por bebida alcoólica. Ao se casar cessou o uso de álcool, porém voltou a beber. Tinha uma relação conjugal estável (amasiado), da qual originou um filho, mas se separou há 15 anos, devido a uma vivência conflituosa, inclusive com episódios de agressão física entre o casal. Desde então, foi morar com o pai e a mãe, permanecendo por cinco anos sem fazer uso de drogas de abuso, mas voltou a ingerir bebida alcoólica, permanecendo até o momento. A mãe refere que também usou outras drogas durante a vida, mas que cessou o uso há aproximadamente seis anos. Houve uma tentativa de levá-lo para internamento para tratamento do uso abusivo de bebida alcoólica, mas recusou-se a ser internado. Trabalhou muito tempo como pintor autônomo, mas atualmente está com dificuldade para desempenhar esta atividade devido à embriaguez recorrente. Atualmente, desenvolve algumas atividades de pintura com o pai e recolhe latas recicláveis para obtenção de dinheiro para manter o uso de bebida alcoólica (pinga e cerveja). No entanto, na ausência de atividades geradoras de renda, pede dinheiro à mãe ou a outras pessoas conhecidas para manter o vício. Apresenta um comportamento de isolamento familiar, com brigas constantes com outro irmão, que há um ano foi morar na mesma casa. Quando chega ao domicílio, imediatamente vai para o quarto, e sempre fala alto com os pais, em um tom de agressividade, nunca houve agressão física na família, mas as agressões verbais são constantes. Segundo a mãe, nunca se envolveu em situações de agressão física na rua, mas houve vários episódios de queda da mesma altura e, em algumas vezes, moradores próximos da sua residência avisaram a família sobre estes episódios, e em outras vezes pessoas que passavam por perto, chamaram o serviço móvel de saúde. Nos últimos seis meses foi internado quatro vezes devido a ocorrência de trauma relacionado ao uso de bebida alcoólica, permanecendo por um ou dois dias e recebendo alta hospitalar.

História familiar: Há relato do uso esporádico de bebida alcoólica (cerveja) por todos os membros da família, que é realizado em comemorações festivas. A mãe recebeu os

pesquisadores com um pouco de receio em falar sobre o assunto, com fala simples e com pouco entendimento sobre as questões, é católica praticamente, refere ter hipertensão e reumatismo, ambos em tratamento pela UBS de referência. Refere que se acostumou com o uso de bebida alcoólica pelo filho e que não precisou realizar grandes mudanças em sua vida devido ao uso de drogas na família, mas que reza para se sentir melhor diante dessa situação. A família não pratica atividades de lazer em conjunto, e o esposo que gosta de pescar, mas geralmente vai sozinho.

Condições sociodemográficas: A casa está localizada em uma rua tranquila, com várias casas na vizinhança, em uma região próxima ao centro da cidade, não há presença de bares ou escolas próximos à residência. Moram em uma casa de madeira, que pertence à própria família, quatro pessoas: o pai (72 anos), a mãe, um irmão (48 anos) e o usuário de drogas, com uma renda de aproximadamente 1000,00 reais. A casa estava um pouco desorganizada na área externa, com presença de móveis quebrados e empoeirados. Cercada com uma grade alta e com presença de um cachorro de estimação.

Acesso às políticas públicas: A UBS é o serviço de saúde de referência para a família que recebe visita regular de um ACS. Segundo a entrevistada o atendimento prestado pelos profissionais da UBS é muito bom, e a única queixa é a falta de alguns medicamentos que precisam ser comprados em farmácia particular. O local de aquisição da droga são bares próximos à residência. Não houve referência da participação do usuário em grupos de mutua ajuda, ou de acesso a serviços especializados, como o CAPS e o CRAS. A mãe refere que a única medida para que o filho cesse o uso de bebida alcoólica “*é o internamento*”. A principal dificuldade de acesso a estes serviços está na negação da necessidade de tratamento por parte do próprio usuário.

Caso 02 - Data do Evento: 12/04/2014. Data da Entrevista: 04/07/2014.

Caracterização do entrevistado: Mãe do usuário de drogas, 73 anos, branca, viúva, não alfabetizada e ocupação do lar.

Caracterização do usuário de drogas: Homem, 43 anos, branco, solteiro, católico não praticante, com seis anos de estudo e desempregado.

Evento/história clínica: No prontuário constava que o indivíduo foi admitido no Pronto Socorro do HUM, após contato com UBS e ser encaminhado pela UPA, após queda da própria altura. A ocorrência foi registrada no CCI/HUM por meio de busca ativa, tendo como agente tóxico a bebida alcoólica. O efeito da intoxicação registrado foi hálito alcoólico e sonolência; e fratura exposta de ulna E foi registrada como secundária ao trauma. Com a classificação clínica – Escala de Coma de Glasgow (14-leve), Escala de Reed (zero) e Escore PSS (moderado), o caso foi considerado moderado devido às alterações do sistema nervoso por causa do uso da droga, e também devido ao trauma como fratura exposta. Permaneceu internado durante seis dias, após alta foi encaminhado para na Santa Casa, onde passou por procedimento cirúrgico para correção de fratura exposta.

História individual: Tabagista, etilista crônico, ambas as drogas usadas diariamente, também faz uso do álcool do hospital e do posto de gasolina, maconha desde os 14 anos, descoberto pelo pai. Usou mas não usa atualmente o crack e cocaína. A mãe acredita que o início do uso de drogas foi influenciado pela tia, colegas e amigos. A relação do indivíduo com a família é conflituosa devido a brigas entre irmãos, discussões e nervosismo. Para

conseguir acesso as drogas pede dinheiro à mãe e na rua. A mãe relata que várias vezes houve situações de trauma e/ou violência na família por causa da drogadição, entre elas quedas da própria altura e agressões físicas, e após o evento não houve mudanças na vida do usuário ou da família.

História familiar: A mãe é católica praticamente, possui rinite alérgica e sinusite, faz tratamento na UBS e em plano de saúde privado. Refere que houve várias mudanças em sua vida e que não sai de casa por causa do filho usuário de drogas. Para se sentir melhor diante da situação vai à igreja e sai para dançar com as amigas. A entrevistada relata que sua relação com o usuário é conflituosa, causando ansiedade, irritabilidade e revolta.

Condições sociodemográficas: Moram quatro pessoas na casa própria da família, que possui seis cômodos e três dormitórios, sendo os moradores: o irmão (36 anos) trabalha no bar, com 10 anos de estudo e que não faz uso de drogas; o amigo, que também trabalha no bar e a mãe (73 anos), do lar, sem escolaridade e que não faz uso de drogas.

Acesso às políticas públicas: A entrevistada relata que a família possui o plano de saúde privado e utiliza a UBS de referência. De acordo com a mãe, o atendimento médico hospitalar no dia do evento foi difícil, pois o usuário caiu da própria altura em outro município da região, e que passou por diversos serviços de saúde, até ser encaminhando para o hospital onde ocorreu a cirurgia para correção da fratura. A família descobriu a dependência química quando o usuário tinha 14 anos, e procurou ajuda imediatamente. Durante a vida a família foi atendida pelo CRAS e CAPS, e o usuário foi internado 20 vezes em hospital psiquiátrico, com vários episódios de abandono do tratamento por evasão. O usuário conseguiu permanecer apenas três meses abstinente durante a sua vida.

Caso 03 - Data do evento: 15/05/2014. Data da entrevista: 09/07/2014.

Caracterização do entrevistado: Mãe do usuário de drogas, 78 anos, parda, viúva, com dois anos estudados e pensionista.

Caracterização do usuário de drogas: Homem, 34 anos, pardo, solteiro, com cinco anos estudados e pedreiro autônomo.

Evento/história clínica: No prontuário hospitalar constava que o indivíduo foi admitido no Pronto Socorro do HUM, levado por familiares, após queda da própria altura dentro do Hospital Municipal de Maringá (HMM). A ocorrência foi registrada no CCI/HUM por meio de busca ativa, tendo como agente tóxico a bebida alcoólica. O efeito da intoxicação registrado foi face avermelhada; e ferida cortante em região orbital esquerda foi o sinal registrado como secundário ao trauma. Com a classificação clínica – Escala de Coma Glasgow (leve-15), Escala de Reed (zero) e Escore PSS (ausente), o caso foi considerado leve. Permaneceu internado por 18 horas para sutura de ferimento e observação clínica, recebendo alta hospitalar, sem registro de encaminhamentos ou orientações.

História individual: Iniciou o uso de bebida alcoólica com aproximadamente 15 anos, por exposição ao uso em seu local de trabalho – construção civil. Com influência de amigos, logo depois, iniciou o uso de tabaco, maconha e *crack*. Por volta dos 19 anos de idade, a família ficou sabendo do uso dessas drogas por meio de comentários de pessoas que residiam próximas a sua residência. Imediatamente a família procurou ajuda da igreja, mas não obteve resultado, pois houve continuação do uso. Com a mesma idade, o usuário de drogas vivenciou o falecimento do seu pai, devido a um câncer de pulmão (pai também era tabagista). A mãe imaginou que o filho diante da morte do pai iria cessar o uso destas

drogas, mas isso não aconteceu. Com 22 anos foi internado pela primeira vez no Hospital Psiquiátrico de Maringá, conhecido pela mãe como “sanatório”, para tratamento da dependência química, mas ao receber alta hospitalar, voltou a fazer uso das substâncias. Aos 23 anos foi internado novamente, apresentando a mesma recaída após a alta hospitalar. Sempre trabalhou para manter o vício e o dinheiro recebido era gasto na comercialização de drogas. Segundo a mãe, há aproximadamente dois anos, o filho começou a apresentar um comportamento mais agressivo, tinha uma namorada que o namorou por oito anos, mas que diante deste comportamento rompeu o compromisso de namoro com o usuário de drogas. Ao procurarem novamente o “sanatório”, o usuário foi encaminhado para acompanhamento no CAPS, compareceu apenas três vezes, mas referindo não gostar do atendimento, não retornou ao tratamento. Neste ano, diante da piora da agressividade, a mãe, pela terceira vez, internou o usuário no “sanatório”, onde permaneceu por alguns dias. Recebeu alta hospitalar apresentando uma fraqueza muscular muito grande, permanecendo assim por alguns dias. Diante dessa situação, a mãe o levou para avaliação médica no HMM, onde apresentou uma queda da própria altura ao se levantar de uma cadeira. Segundo a mãe, AGF não estava mais fazendo uso de bebida alcoólica, no entanto foi registrado no prontuário um efeito da intoxicação alcoólica. Recebeu alta hospitalar sem encaminhamento para outros serviços. A mãe refere que, há aproximadamente sete meses, o filho está sem renda e por isso compra apenas o cigarro de tabaco para o filho, pois ela acredita que é muito difícil ele sobreviver sem esta droga; refere ainda que está sem usar outras drogas porque não tem dinheiro para adquiri-las, mas admite com certeza que, *“se ele conseguir dinheiro vai voltar a usar as outras drogas”*. Diante da impossibilidade de usar as drogas de abuso, geralmente apresenta comportamento mais agressivo, mas que se alterna com um comportamento mais calmo. A mãe refere que iniciou um novo trabalho no dia anterior a entrevista, e que a partir de agora espera que ele *“se encontre na vida e não volte a usar drogas novamente”*. De acordo com o relato da mãe, A.G.F. tem vontade de cessar o uso de drogas, pois sempre fala para os irmãos que eles conhecerão quem ele é de verdade quando ele cessar o uso.

História familiar: A mãe recebeu os pesquisadores com cortesia e falando com muita tranquilidade sobre o uso de drogas na família. Referiu ter diabetes e hipertensão, e que faz tratamento em uma UBS próximo a sua residência. É católica, frequenta todos os domingos a igreja, e reza todos os dias para que o filho pare de usar drogas e para se sentir melhor e mais consolada. Com lágrimas nos olhos, no disse que *“fica muito triste devido a esta situação do filho”*. As atividades de lazer desenvolvidas pela família são os almoços de domingo, em que se reúnem todos os sete filhos, porém A.G.F. nunca permanece nessas reuniões familiares, pois geralmente briga com os irmãos.

Condições sociodemográficas: A casa está localizada em uma rua tranquila, com várias casas na vizinhança, em uma região próxima ao centro da cidade, não há presença de bares ou escolas próximos à residência. Moram em uma casa de alvenaria, que pertence à própria família, três pessoas: mãe, o usuário de drogas e um irmão de 58 anos (tabagista), com uma renda de aproximadamente 1400,00 reais proveniente da pensão da mãe e do trabalho do filho de 58 anos. No terreno, existem duas casas, a da frente reside a mãe com os dois filhos já mencionados, e na casa dos fundos reside outro filho com a nora e um neto. O terreno é cercado por muros, e as duas casas são separadas por uma cerca baixa, na frente possui uma grade alta. A família tem três cachorros de estimação.

Acesso às políticas públicas: A mãe possui plano de saúde privado, mas que é pouco utilizado, sendo a UBS o serviço de saúde de referência para a família que recebe visitas irregulares do ACS. Segundo a entrevistada o atendimento prestado pelos profissionais da

UBS é muito bom, e não tem queixas sobre o atendimento recebido, assim também foi avaliado o atendimento do CAPS, na percepção da mãe. A mãe acredita que o local de aquisição do *crack* e da maconha é na própria rua, comercializada por um vizinho que se mudou para o local, e a bebida alcoólica e o tabaco são acessados no local de trabalho (construção civil), que segundo a mãe, é um lugar onde o uso de bebida alcoólica acontece com frequência. Não houve referência da participação do usuário em grupos de mutua ajuda, mas foram feitas várias tentativas de inseri-lo em grupos da igreja católica e evangélica, mas sem sucesso. A mãe acredita que não existem medidas para que o filho cesse o uso de bebida alcoólica, pois “já tentaram de tudo” e “ele só vai parar por Deus”.

Caso 04 - Data do evento: 12/04/2014. **Data da Entrevista:** 11/07/2014.

Caracterização do entrevistado: Mãe do usuário de drogas, 60 anos, branca, casada, não alfabetizada e recebe auxílio doença (problemas na coluna e artrose).

Caracterização do usuário de drogas: Homem, 36 anos, pardo, solteiro, 10 anos estudados, servente de pedreiro. Trabalhou registrado por aproximadamente seis meses, e com uma irmã por um ano.

Evento/história clínica: No prontuário constava que o indivíduo foi admitido no Pronto Socorro do HUM, levado pelo SIATE, após queda de bicicleta, imobilizado e com colar cervical. A ocorrência foi registrada no CCI/HUM por meio de busca ativa, tendo como agente tóxico a bebida alcoólica. O efeito da intoxicação registrado foi hálito alcoólico; e escoriações em crânio, tórax, MMSS e MMII e politraumatismo (contusão no crânio, dorso e tórax e luxação de escapula umeral esquerda com fratura) foram sinais registrados como secundários ao trauma. Com a classificação clínica – Escala de Coma Glasgow (leve - 15), Escala de Reed (zero) e Escore PSS (ausente), o caso foi considerado moderado devido a lesão traumática, no entanto nas escalas de avaliação da intoxicação é considerado como leve. Permaneceu internado por um dia, recebendo alta hospitalar após redução incruenta de ombro esquerdo e analgesia, sendo encaminhado para tratamento ambulatorial.

História individual: Começou a usar drogas (cola, *tinner* e gasolina) aos dez anos, segundo a mãe, por influência dos amigos. A família descobriu a dependência imediatamente, pois ele chegava da rua cheirando *tinner*, e sempre a mãe o agredia como forma de repressão. Aos 10 anos pedia alimento nas ruas para trazer para casa, dizendo a mãe que estava trabalhando. Aos 16 anos iniciou o uso do crack e maconha. Atualmente a bebida alcoólica de escolha é a “pinga”, além do uso de crack, maconha, *tinner*, e gasolina. A primeira esposa não era usuária de drogas. No casamento atual a esposa é usuária de drogas, com a qual teve quatro filhos, sendo que um morreu aos nove meses e os outros foram destituídos da família, indo para a adoção. A mãe relata que várias vezes chegou em casa machucado, pois sofria agressão física na rua, inclusive da polícia. Já foi preso por quatro semanas devido a roubos e furtos. A mãe refere que as vezes fica três ou quatro meses morando na rua, rodando de cidade em cidade, e quando a situação está muito grave volta para casa, as vezes “*pele e osso*” Após o evento saiu de casa duas vezes, ficando alguns dias na rua. Para comprar as drogas trabalha de forma autônoma na construção civil e pede dinheiro nas ruas. Além do uso de drogas a mãe relata que o indivíduo adquiriu HIV, tem epilepsia, e desenvolveu hipertensão sem acompanhamento médico. A mãe refere melhora das situações de agressões físicas há aproximadamente um ano, pois o filho diminuiu um pouco o uso da bebida alcoólica.

História familiar: A mãe foi casada por três vezes, tendo um filho no primeiro casamento e cinco filhos no segundo casamento. A entrevistada relatou que para não ser agredida pelo seu ex-marido muitas vezes teve que ir dormir com os filhos em um matagal nas proximidades da sua casa, pois o seu ex-marido chegava etilizado e muito agressivo em casa. Os vários episódios de conflitos familiares devido ao uso de bebida alcoólica fizeram com que ela se separasse do pai do usuário de drogas. Atualmente se casou com outro homem, que também faz uso de bebida alcoólica (“já bebeu muita pinga, mas agora é só cerveja”), porém o uso é mais frequente nos finais de semana, e não apresenta comportamento agressivo. A mãe quase não tem contato com os outros filhos. É evangélica praticante, e têm problemas na coluna e artrose. Refere que para lidar com a situação vai à igreja e “*entrega nas mãos de Deus, e orienta o filho que não quer que o mesmo sofra como o pai*”, também demonstra muita preocupação com a situação do filho. A mãe referiu que em sua vida já bebeu muito álcool, mas que atualmente não bebe mais.

Condições sociodemográficas: Mora há um ano com a mãe e o cônjuge da mãe, na casa própria da família, com 04 cômodos e 02 dormitórios. O cônjuge da mãe (62 anos) é gari, não é alfabetizado. A renda familiar é de R\$ 1.900,00.

Acesso às políticas públicas: A entrevistada relata que já procurou ajuda da UBS, mas eles não atenderam o filho, por ser usuário de drogas. Nunca procurou ajuda para tratar a dependência, pois o filho não aceita, mas foi internado três vezes no hospital psiquiátrico, involuntariamente, sendo a primeira há três anos. A mãe refere que o filho conseguiu ficar um tempo sem usar drogas, mas com a influência da esposa voltou a usar. A última vez em que foi internado para tratar a abstinência, foi há dois anos, mas evadiu-se pulando o muro. Há um ano foi atendido pelo HUM após leve convulsão, sendo encaminhado à emergência psiquiátrica, mas não permaneceu internado devido falta de vaga. A mãe refere que para o filho largar as drogas “*ele tem que ter vergonha na cara*” e que precisa de ajuda para comprar remédios e comida.

Caso 05 - Data do evento: 25/05/2014. Data da entrevista: 16/07/2014.
--

Caracterização do entrevistado: Filha do usuário de drogas, 36 anos, branca, casada, com seis anos estudados e doméstica diarista.

Caracterização do usuário de drogas: Homem, 63 anos, branco, casado, não alfabetizado e desempregado.

Evento/história clínica: No prontuário hospitalar constava que o indivíduo foi admitido no Pronto Socorro do HUM, levado pelo SAMU, após queda da própria altura na rampa de acesso de sua residência. A ocorrência foi registrada no CCI/HUM por meio de busca ativa, tendo como agente tóxico a bebida alcoólica. O efeito da intoxicação registrado foi tremores; e epistaxe e dor cervical foram os sinais registrados como secundários ao trauma. Com a classificação clínica – Escala de Coma Glasgow (leve-14), Escala de Reed (zero) e Escore PSS (ausente), o caso foi considerado leve. Permaneceu internado por 02 dias para observação clínica, recebendo alta hospitalar, sendo encaminhado para avaliação cardiológica devido a hipertensão, e arritmia detectada durante a internação.

História individual: Iniciou o uso pesado de bebida alcoólica e de tabaco com aproximadamente 35 anos, sendo este início associado, de acordo com a percepção da filha, a uma alteração em sua vida, com a saída de uma empresa privada e com ingresso na área da construção civil quando iniciou as atividades como pedreiro. A filha acredita que

R.O. iniciou e manteve o uso de bebida alcoólica devido a forte influência do uso de drogas nesta categoria profissional, segundo ela “*acredita que todos os pedreiros bebem*”. A esposa procurou ajuda pela primeira vez há 15 anos para tentar interna-lo em uma chácara para recuperação, mas R.O. nunca manifestou vontade em cessar o uso. Foi internado três ou quatro vezes no Hospital Psiquiátrico, sendo a última vez há oito anos. Em todos os internamentos foi levado somente com a ajuda da polícia, permanecia internado por aproximadamente 30 dias. Ao receber alta hospitalar permanecia aproximadamente um mês em abstinência, porém frequentando bares próximos a sua residência, até que reiniciava o uso de bebida alcoólica e tabaco. A filha relata que o pai sempre se envolveu em várias situações de agressão física nas ruas e bares, e também ocorreram vários episódios de internamento anteriores a este devido às agressões e queda da própria altura devido aos efeitos da intoxicação aguda. Porém há aproximadamente dez anos mantém um comportamento mais “tranquilo”, pois não tem mais forças para brigar com outras pessoas. O pai tem pressão alta e arritmia, porém não toma remédios, somente quando está passando mal, tem uma alimentação muito precária, é emagrecido e já ficou mais de uma semana sem se alimentar fazendo uso apenas de bebida alcoólica. O local de uso de bebida alcoólica são os bares próximos a sua residência, e os “amigos” que também frequentam o mesmo local pagam a bebida alcoólica para ele, e a filha compra o tabaco para o pai, pois há quatro anos não possui mais renda devido à dificuldade de estabelecer um vínculo laboral. A filha refere que já foi nestes bares pedir para as pessoas não pagarem a bebida alcoólica para ele, mas não obteve sucesso. A filha acredita que ele gostaria de parar de beber, pois às vezes chora e diz que não queria ser assim e se arrepende do que faz, mas não consegue parar de beber. No momento da visita domiciliar, R.O. permaneceu por alguns minutos próximo ao local da entrevista, mas logo saiu para “beber”.

História familiar: A filha recebeu os pesquisadores com cortesia. É católica, mas frequenta bem pouco a igreja. Reside em uma casa no mesmo terreno como o esposo e dois filhos. Refere diante das situações de conflitos familiares devido ao uso de drogas pelo pai, foi morar no Paraguai, onde conheceu o seu esposo. Morou lá por 14 anos, até que decidiu voltar a Brasil. Referiu que o pai já agrediu os seus filhos, e que por este motivo ela agrediu o seu pai. A filha relatou que ocorreram várias situações de conflitos familiares devido ao uso de drogas de abuso pelo pai. O pai é muito agressivo, principalmente com a esposa, que em uma situação de agressão física procurou a polícia para registrar um boletim de ocorrência, pois ele havia causado um ferimento corto contuso em sua cabeça. RO dorme sozinho em um quarto há mais de 20 anos, e a mãe e as outras duas filhas dividem outro quarto da residência. Existe uma situação de isolamento dentro da própria residência, e no momento em que o pai chega utilizado em casa, as irmãs e a mãe se escondem dentro do quarto, pois sempre chega a casa apresentando um comportamento agressivo. A família não realiza atividades de lazer, pois o pai incomoda muito quando chega utilizado em casa e por este motivo a família não tem prazer em fazer qualquer tipo de atividade de lazer. A filha refere que está sempre nervosa diante dessa situação, fica muito aflita quando seu pai se ausenta de casa e por este motivo sai para procura-lo para ver se ele está caído em algum lugar.

Condições sociodemográficas: A casa está localizada em uma rua tranquila, com várias casas na vizinhança, em uma região mais distante do centro da cidade, sem presença de bares e escolas na rua. Moram em uma casa de alvenaria, que pertence à própria família, quatro pessoas: esposa (63 anos), duas filhas (35 e 38 anos), e o usuário de drogas. Sem uma renda referida, mas a esposa que sustenta a casa. No terreno, existem duas casas, e na casa dos fundos reside a entrevistada com o esposo (36 anos) e dois filhos (8 e 9 anos). A

casa onde reside o usuário de drogas está com a pintura um pouco deteriorada e com manchas na parede, que segundo a filha são decorrentes de chá e leite que o pai joga na parede quando está agressivo. O terreno é cercado por muros, e as duas casas são separadas por um muro com portão, na frente possui uma rampa de concreto onde o usuário de drogas sofreu a queda que originou a hospitalização.

Acesso às políticas públicas: A família utiliza o SUS por meio da UBS e da UPA. Segundo a entrevistada o atendimento prestado pelos profissionais da UBS e da UPA é muito bom. No dia da ocorrência o SAMU foi acionado, mas segundo a filha demorou aproximadamente 30 minutos, sendo necessário realizar duas ligações para o atendimento ser efetivado, sendo esta a única queixa sobre o atendimento prestado. Quanto ao atendimento no HUM refere que foi muito bom. A filha acredita que seria necessária a criação de serviços do SUS para tratamento do uso drogas, em caráter de moradia, e nega o conhecimento da existência de CAPS no município.

Caso 06 - Data do evento: 17/04/2014. Data da entrevista: 16/07/2014.

Caracterização do entrevistado: Mãe do usuário de drogas, 77 anos, branca, viúva, não alfabetizada e pensionista.

Caracterização do usuário de drogas: Homem, 47 anos, branco, casado, não alfabetizado, recebe auxílio doença.

Evento/história clínica: No prontuário hospitalar constava que o indivíduo foi admitido no Pronto Socorro do HUM, pela ambulância da Secretaria de Saúde de Maringá, após queda da própria altura no próprio domicílio. A ocorrência foi registrada no CCI/HUM por meio de busca ativa, tendo como agente tóxico a bebida alcoólica. O efeito da intoxicação não foi registrado, mas havia relato da ingestão de bebida alcoólica; luxação de cotovelo e fratura de rádio distal foram os sinais registrados como secundários ao trauma. Com a classificação clínica – Escala de Coma Glasgow (leve-15), Escala de Reed (zero) e Escore PSS (ausente), o caso foi considerado como leve considerando os resultados nas escalas, no entanto pode ser considerado moderado em decorrência da mobilidade prejudicada. Permaneceu internado por 07 dias sendo transferido para outro hospital de referência para realização de cirurgia para correção de fratura.

História individual: Iniciou o uso pesado de bebida alcoólica com aproximadamente 20 anos. Permanecia por um período de semanas sem fazer uso da substância, mas sempre voltava a beber. A mãe refere que iniciou o uso devido à influência de amigos. Fazia uso de bebida alcoólica em um bar próximo a residência. A mãe demorou três anos para procurar ajuda, pois acreditava que o filho cessaria o uso de bebida alcoólica. Foi internado por duas vezes no hospital psiquiátrico há mais de dez anos. Permaneceu por um ano em abstinência, mas voltou a fazer uso da substância, trabalhava para sustentar o vício. Há oito anos, devido os efeitos da intoxicação teve uma queda da própria altura, ocasionando uma fratura em perna. D.R. apresenta um comportamento tranquilo com a família e dificilmente se envolve em situações conflituosas, porém, segundo a mãe quando o D.R. fazia uso da bebida, às vezes, apresentava um comportamento agressivo. Não houve relato do uso de outras drogas. A mãe refere que o filho não faz uso de bebida desde a ocorrência de trauma. Recebe auxílio doença devido a problemas na coluna.

História familiar: A mãe recebeu os pesquisadores com cortesia. É evangélica, reside em casa própria, juntamente com mais três irmãos (com idade de 59, 67 e 70 anos) e o filho.

Tem diabetes e faz acompanhamento na UBS da sua comunidade. Família não tem o hábito de desenvolver atividade de lazer em conjunto. Refere que a convivência em família é boa e que não precisou alterar sua vida devido ao uso de bebida alcoólica do filho, mas refere que pede a Deus para ter forças para cuidar do filho.

Condições sociodemográficas: A casa está localizada em uma comunidade socialmente vulnerável, distante da região central do município. O terreno possui duas casas, sendo que na casa dos fundos residem outro irmão com a esposa e três filhos. A casa é da própria família que reside com uma renda de aproximadamente 2.250 reais.

Acesso às políticas públicas: A família utiliza o SUS por meio da UBS. Segundo a entrevistada o atendimento prestado pelos profissionais da UBS é muito bom. No dia da ocorrência refere que foi muito bem atendida e que não queixas sobre a assistência recebida. A mãe refere que nunca recebeu orientações dos ACS para o tratamento do uso de drogas.

Caso 07 - Data do evento: 07/06/2014. Data da entrevista: 28/07/2014.

Caracterização do entrevistado: Irmã do usuário, 54 anos, parda, casada, 11 anos estudados, ocupação do lar.

Caracterização do usuário de drogas: Homem, 51 anos, pardo, solteiro, seis anos estudados, autônomo, porém desempregado há dez anos.

Evento/História clínica: No prontuário hospitalar constava que o indivíduo foi admitido no Pronto Socorro do HUM, após cair de um metro de altura, com escoriações em face e fratura no ombro D. A ocorrência foi registrada pelo CCI/HUM por busca ativa, tendo como agente tóxico bebida alcoólica e outras drogas de abuso. O efeito da intoxicação registrado foi hálito alcoólico; e escoriações e fratura em ombro direito foram registrados como sinais secundários ao trauma. Com a classificação clínica – Escala de Coma Glasgow (leve-15), Escala de Reed (zero) e Escore PSS (ausente), o caso foi considerado leve por falta de alterações significativas de moderado ou grave. Permaneceu internado por três dias, tendo sido transferido para o Hospital Santa Rita, para correção de fratura, permanecendo mais sete dias internado.

História individual: Iniciou o uso de drogas aos 18 anos, segundo a irmã, por influência de amigos, mas segundo a mãe o uso do álcool é genético, pois o pai era alcoólatra. Separado de uma união amasiada há 19 anos, com três filhos já crescidos. Há 23 anos usava outras drogas, mas parou para dar exemplo aos filhos. Quando usa álcool, fica chamando a atenção fazendo brincadeiras desagradáveis, com todos a sua volta. Após separação aumentou bastante o consumo das substâncias, sendo que pouca quantidade de bebida alcoólica já altera o comportamento. Há 10 anos foi internado por três meses para tratar a dependência, há um ano participou dos Alcoólatras Anônimos, no presente ano a entrevistada procurou o CAPS, mas o usuário recusou, e também recusa outros métodos de tratamento, após a família descobrir a dependência demorou nove anos para que o usuário aceitasse a primeira internação. Além da “pinga” que usa no mínimo três vezes na semana, também faz uso do tabaco. Para ter acesso a bebida, vende gás e tabaco nas ruas. Em casa os pais usavam da violência para “educar” quando estava errado. Além da dependência química o indivíduo tem hipertensão arterial sistêmica. A irmã acredita que o indivíduo gostaria de largar a bebida alcoólica, mas não tem forças para tal. Também refere que o irmão faz acompanhamento com dentista e fisioterapia.

História familiar: O pai foi alcoólatra, mas parou de beber há vinte anos, e o cunhado faz uso esporádico de bebida alcoólica nas reuniões de família. A irmã e o usuário possuem uma boa relação. A entrevistada relata que não há violência na família por causa do uso das substâncias, às vezes ocorrem situação de discussão verbal, e o usuário se auto agride, esmurrando a parede, principalmente quando esta nervoso e irritado. A irmã recebeu os pesquisadores com cortesia e mostrou tranquilidade ao falar sobre o assunto, com bom entendimento e esclarecimento. Não possui nenhum problema de saúde, possui plano privado de saúde, e é adventista praticante. Refere que não houve mudança em sua vida social e pessoal devido ao uso de drogas pelo irmão, para encarar a situação ampara-se na religião, orando para ter sabedoria para conseguir a solução. A entrevistada relata que o indivíduo tem contato com os três filhos, mais frequente com um deles. Relata que irmão já recebeu ajuda, porém não aceitou o tratamento, mas por um tempo ficou sem usar bebida alcoólica, porém quando se senti sozinho retorna ao uso. A família toda viaja duas vezes ao ano para atividade de lazer.

Condições sociodemográficas: Na casa própria de 12 cômodos e quatro dormitórios da entrevistada reside o pai (77 anos), aposentado, analfabeto e ex-etilista há 20 anos; o esposo (60 anos), trabalha em empresa estatal, com 11 anos estudados, usa bebida alcoólica nas reuniões familiares; e o filho (26 anos - sobrinho do usuário), cursando o 11º ano de estudo, que não usa nenhuma substância química, e o usuário. Trata-se de um sobrado de alvenaria, localizada em uma rua tranquila, sem bares, com escola nas proximidades, próxima a avenida principal do bairro, apresentando um carro e uma moto na garagem, com boas condições de limpeza e pintura. A renda familiar é igual a R\$ 3.000,00.

Acesso às políticas públicas: A família possui convênio particular com serviços de saúde do município, referiu que o atendimento da UBS de referência é excelente, porém refere demora na realização de exames. Em relação ao dia do evento a entrevistada referiu que mesmo o HUM estando lotado, o atendimento foi bom, sem demora, e que logo o usuário foi encaminhado para realização de raio-x.

Caso 08 - Data do evento: 08/06/2014. Data da entrevista: 02/08/2014.

Caracterização do entrevistado: Mãe do usuário, 47 anos, parda, divorciada, três anos estudados, e diarista.

Caracterização do usuário de drogas: Homem, 21 anos, pardo, solteiro, com 11 anos estudados, trabalha como autônomo montando churrasqueira.

Evento/história clínica: No prontuário hospitalar constava que o indivíduo foi admitido no Pronto Socorro do HUM, levado de carro pelo amigo após atropelamento. A ocorrência foi registrada no CCI/HUM por meio de busca ativa, tendo como agente tóxico a bebida alcoólica. O efeito da intoxicação registrado foi hálito alcoólico e sonolência; e TCE, dor em hemotórax direito e dor intensa em flanco direito, foram sinais registrados como secundários ao trauma. Com a classificação clínica – Escala de Coma Glasgow (leve-15), Escala de Reed (zero) e Escore PSS (leve), o caso foi considerado leve pelos registros do prontuário, pois não apresentou alterações clínicas e do padrão neurológico. Permaneceu internado por um dia para observação clínica, porém evadiu-se do serviço, sem registro de encaminhamentos ou orientações.

História individual: O indivíduo iniciou o uso de bebida alcoólica aos 16 anos, influenciado pelos amigos. Para conseguir comprar a bebida (cerveja) utiliza o dinheiro do próprio trabalho como autônomo, em geral faz uso nos finais de semana com amigos. Há sete meses foi diagnosticado com um cisto na tireoide pelo Hospital do Câncer. Mostra-se vaidoso, extrovertido e com boa relação familiar, terminou um namoro há um ano. A mãe relata que o usuário tem histórico de agressões verbais com a ex-sogra, e traumas físicos e outras brigas, anteriores ao evento, devido ao uso da bebida, necessitando procurar o serviço de saúde para receber assistência médica.

História familiar: Não há relato de uso de bebida alcoólica na família. A mãe recebeu os pesquisadores com receio em falar sobre o assunto, estava com os filhos em casa inclusive o usuário. É evangélica não praticamente, refere ter problemas na tireoide, mas não faz tratamento. Relata que não houve mudanças em sua vida devido ao uso de álcool por parte do filho, mas que para se sentir melhor diante da situação faz as coisas de casa, relata que evita sair de casa. A mãe refere que certa vez, quando o indivíduo brigou com a irmã ficou na rua por quatro dias, mas retornou. A família se reúne para almoçar quando uma das filhas está de folga, mas não possuem outras atividades de lazer.

Condições sociodemográficas: A casa alugada de alvenaria com seis cômodos e dois dormitórios está localizada em uma avenida próxima a lojas e bares. Mora na residência a entrevistada (mãe do indivíduo – 47 anos), diarista com três anos de estudo e seus quatro filhos, sendo eles: o mais velho, o usuário (21 anos), montador e com 11 anos estudados; o segundo filho (19 anos), também montador com oito anos estudados; a terceira filha (16 anos), estudante cursando a 8ª série; e o quarto filho (13 anos) também estudante cursando a 5ª série. Com renda familiar igual a R\$ 1.600,00.

Acesso às políticas públicas: A UBS é o serviço de saúde de referência para a família, mas segundo a entrevistada o atendimento é muito demorado, e tem dificuldade para conseguir consultas e exames. No dia do evento, no HUM, o usuário não foi atendido como gostariam, com relatos de que o mesmo ficou sem alimentação, e por isso evadiu-se do local. Não houve referência da participação do usuário em grupos de mutua ajuda, ou de acesso a serviços especializados, e a mãe relata que atualmente o filho está sem beber, e acredita que o mesmo gostaria de cessar o uso, pois vê o filho orando.

Caso 09 - Data do evento: 07/06/2014. Data da entrevista: 04/08/2014.

Caracterização do entrevistado: Esposa do usuário de drogas, 47 anos, parda, mora junto, com oito anos estudados e cozinheira.

Caracterização do usuário de drogas: Homem, 50 anos, branco, mora junto com esposa, com cinco anos estudados e pedreiro com registro em carteira de trabalho.

Evento/história clínica: No prontuário hospitalar constava que o indivíduo foi admitido no Pronto Socorro do HUM, após ter sido vítima de acidente automobilístico no município de Mandaguáçu onde tem amigos e familiares – estava guiando uma bicicleta quando foi atropelado por um automóvel. Foi atendido primariamente no município de origem, onde foi realizado sutura, limpeza e curativo em feridas cortantes, recebendo alta hospitalar. Procurou espontaneamente o HUM, acompanhado da filha, com queixa de dor intensa generalizada. A ocorrência foi registrada no CCI/HUM por meio de busca ativa, tendo como agente tóxico a bebida alcoólica. O efeito da intoxicação registrado foi olhos avermelhados; e escoriações e feridas cortantes foram os sinais registrados como

secundários ao trauma. Com a classificação clínica – Escala de Coma Glasgow (leve-15), Escala de Reed (zero) e Escore PSS (ausente), o caso foi classificado como leve. Permaneceu internado por 04 dias, recebendo alta hospitalar com orientações para procurar a UBS para retirada de pontos de sutura.

História individual: Iniciou o uso de bebida alcoólica e tabaco com aproximadamente 18 anos, sendo este início associado, de acordo com a percepção da esposa, a convivência com amigos. Fuma um maço de cigarros por dia e faz uso de cerveja e, eventualmente, pinga apenas nos finais de semana. Faz uso de cerveja e tabaco na própria residência, mas a esposa refere que não aceita que ele ingira pinga no domicílio, e por este motivo, às vezes ele vai ao bar próximo a sua casa para fazer uso da pinga. Trabalha como pedreiro com registro em carteira de trabalho. Tem uma dor crônica na coluna devido ao serviço pesado. Não faz uso de bebida alcoólica desde a ocorrência do trauma. A esposa refere que ele é assíduo com o trabalho e que os outros profissionais gostam do serviço dele, e que quando teve afastamento médico devido ao trauma, os amigos do trabalho vieram visita-lo em sua residência. Também, não houve relato de envolvimento em outras ocorrências de trauma associado ao uso de bebida alcoólica. Tem um bom relacionamento com a família e não é agressivo.

História familiar: A família morava no município de Mandaguacu, mas estão morando em Maringá há nove anos. A esposa e os filhos que estavam presentes no domicílio no momento da abordagem recebeu a pesquisadora com cortesia. A esposa é evangélica e frequenta regularmente a igreja. Às vezes o usuário de drogas solicita companhia da esposa para ir à igreja. A família desenvolve atividades de lazer como ir viajar, vai em pesqueiros, vais na casa de familiares, sempre em conjunto. Os dois filhos que residem juntamente com o usuário e a esposa são de outro casamento. O convívio familiar é bom.

Condições sociodemográficas: A casa está localizada em uma rua tranquila, com várias casas na vizinhança, em uma região distante do centro da cidade, sem presença de bares e escolas na rua, mas com presença de bares e escola próximos ao local de residência. Moram em uma casa de alvenaria, alugada. Residem na casa quatro pessoas: esposa (50 anos), uma filha (22 anos) e um filho (27 anos), e o usuário de drogas. Possuem uma renda aproximada de 4.000,00 reais.

Acesso às políticas públicas: A família utiliza o SUS por meio da UBS e a entrevistada utiliza plano de saúde financiado pela empresa em que trabalha. Segundo ela o atendimento ofertado pelos profissionais da UBS é muito bom, mas que o problema é o agendamento de consulta, pois como trabalho o dia todo, tem dificuldade para levantar cedo para fazer o agendamento de consulta.

Caso 10 - Data do evento: 12/06/2014. Data da entrevista: 08/08/2014.

Caracterização do entrevistado: Mãe do usuário de bebida alcoólica, 41 anos, branca, casada, oito anos de estudo e auxiliar de almoxarifado.

Caracterização do usuário de drogas: Homem, 20 anos, branco, solteiro, com oito anos estudados e auxiliar de produção.

Evento/história clínica: No prontuário hospitalar constava que o indivíduo foi admitido no Pronto Socorro do HUM, levado imobilizado pelo SIATE, após queda de moto. A ocorrência foi registrada no CCI/HUM por meio de busca ativa, tendo como agente tóxico a bebida alcoólica. O efeito da intoxicação registrado foi hálito alcoólico; e escoriações,

fratura em mandíbula à esquerda e TCE foram sinais registrados como secundários ao trauma. Com a classificação clínica – Escala de Coma Glasgow (leve-15), Escala de Reed (zero) e Escore PSS (leve), o caso foi considerado leve pelos resultados da avaliação neurológica e do estado geral, com aparente sonolência. Permaneceu internado por sete dias para observação clínica, recebendo alta, com retorno e agendamento de cirurgia no dia 24/06/2014. Foi internado para correção de fratura, recebendo alta hospitalar em poucos dias.

História individual: Aos 18 anos o indivíduo se afastou da igreja e um ano depois a mãe descobriu que estava usando bebida alcoólica, como cerveja, whisky, vodka, tequila e relata acreditar que o mesmo o foi influenciado pelos amigos. Com bom comportamento, sociável com os amigos, o usuário não possui outras comorbidades e utiliza o próprio salário para comprar a bebida, e que quando está sem dinheiro faz uso apenas no início do mês. A entrevistada refere não saber se o filho tem consciência de que o uso da bebida alcoólica é prejudicial.

História familiar: Há relato do uso de bebida alcoólica (cerveja) por parte do pai do indivíduo. A mãe recebeu os pesquisadores com cortesia, com fala simples, é católica praticamente, refere ter bronquite, tratada em serviço privado por meio de plano de saúde privado. Refere que não houve mudanças em sua rotina devido ao uso do álcool pelo filho, mas que no início se preocupou, mas para sentir melhor fazia orações e participava das atividades da igreja.

Condições sociodemográficas: A família reside em uma casa de cinco cômodos e três dormitórios, pertencente à própria família, composto pelo pai (44 anos) que trabalha com construção civil, estudou por seis anos e faz uso de bebida alcoólica (cerveja) socialmente; a mãe; a irmã (14 anos), cursando a 10º ano de estudo e o usuário. A renda familiar é de R\$ 4.000,00, e a entrevistada relata que a família não costuma ter atividades de lazer.

Acesso às políticas públicas: A família utiliza a UBS de referência e plano privado de saúde. Segundo a entrevistada o atendimento prestado no dia do evento foi bom, e não houve dificuldades, pois foi atendido pelo SIATE o que acelerou o processo, e seus problemas foram devidamente resolvidos, embora a cirurgia tenha demorado a ocorrer. Também relata que um mês antes do evento o indivíduo caiu de bicicleta e foi atendido pelo HUM (sem relatos de álcool neste acidente). Após a ocorrência a entrevistada relata maior preocupação em relação ao uso de bebida alcoólica pelo filho.

Caso 11 - Data do evento: 15/06/2014. Data da entrevista: 09/08/2014.

Caracterização do entrevistado: Mãe do usuário de drogas, 64 anos, branca, casada, com ensino superior completo, pedagoga, há uma semana está como do lar.

Caracterização do usuário de drogas: Homem, 25 anos, branco, solteiro, com 11 anos estudados e desempregado.

Evento/história clínica: No prontuário hospitalar constava que o indivíduo foi admitido no CC do HUM, levado pelo SIATE, após acidente de trânsito, encontrado sozinho no banco do condutor sem cinto de segurança (auto colisão – anteparo). A ocorrência foi registrada no CCI/HUM por meio de busca ativa, pelo enfermeiro, tendo como agente tóxico a bebida alcoólica. No prontuário constava hálito etílico, mas nenhum efeito de intoxicação foi registrado; e o indivíduo relatou o uso de bebida alcoólica (cerveja); e feridas cortantes e politraumatismo (trauma abdominal fechado – laceração de bexiga)

foram sinais registrados como secundários ao trauma. Com a classificação clínica – Escala de Coma Glasgow (leve-15), Escala de Reed (zero) e Escore PSS (zero), o caso foi considerado moderado pelos resultados da avaliação do estado geral, pois não se recordou do ocorrido, e apresentou lesões traumáticas. Permaneceu internado por oito dias, tendo sido acompanhado por equipe de urologista, ortopedia e bucomáxilo.

História individual: Indivíduo adotado pela família iniciou o uso de álcool por volta dos 16 anos de idade, segundo a mãe, influenciado pelos amigos. Para comprar a bebida consegue dinheiro com os pais. A entrevistada relata que o indivíduo usa a bebida alcoólica no período da noite, com maior frequência nos finais de semana, sendo que em casa não faz uso de nenhuma substância. A mãe refere que ele é calmo, porém as vezes, ocorrem situações de conflitos familiares com ocorrências de agressão verbal.

História familiar: Não há relatos de uso de bebida alcoólica na família. A mãe recebeu os pesquisadores com boa receptividade. A entrevistada é católica praticamente, refere ter diabetes mellitus, tratada em plano privado de assistência a saúde. Refere que o evento tornou a família mais unida. A atividade de lazer da família são os almoços em família.

Condições sociodemográficas: A casa própria de alvenaria com seis cômodos e três dormitórios, está localizada no centro da cidade, onde residem três pessoas: o pai (67 anos), autônomo e aposentado; a mãe e o usuário. A renda familiar é igual a R\$ 2.500,00.

Acesso às políticas públicas: Os serviços de saúde de referência para a família são a UBS e um plano privado de assistência a saúde do município de residência. No dia do evento, o usuário foi atendido pelo HUM, e segundo a mãe não ocorreu nenhuma dificuldade no atendimento, qualificando-o como ótimo atendimento. A entrevistada queixa-se apenas da demora em conseguir consultas pelo plano privado. A família assim como o usuário, nunca procurou serviços de apoio para tratamento de dependência química após a descoberta da mesma.

Caso 12 - Data do evento: 12/06/2014. Data da entrevista: 15/08/2014.

Caracterização do entrevistado: Pai do usuário de drogas, 53 anos, branco, com dois anos estudados, trabalha como mecânico de motos autônomo.

Caracterização do usuário de drogas: Homem, 26 anos, branco, mora com os pais, uma irmã e um irmão, com dez anos estudados e sem vínculo empregatício.

Evento/história clínica: No prontuário hospitalar constava que o indivíduo foi admitido no Pronto Socorro do HUM, após ter sido vítima de acidente automobilístico – esta pilotando uma motocicleta quando colidiu em um carro. A ocorrência foi registrada no CCI/HUM por meio de busca ativa, tendo como agente tóxico a bebida alcoólica. O efeito da intoxicação registrado foi hálito alcoólico; e escoriações, fraturas e TCE os sinais registrados como secundários ao trauma. Com a classificação clínica – Escala de Coma Glasgow (leve-15), Escala de Reed (zero) e Escore PSS (ausente), o caso foi classificado como moderado em decorrência de fratura em rádio direito. Permaneceu internado por quatro dias, tendo como desfecho a evasão hospitalar.

História individual: Iniciou o uso de bebida alcoólica e tabaco com aproximadamente 20 anos, sendo este início associado, segundo a percepção do pai, ao término de um relacionamento amoroso e à influência dos amigos. O pai relata que o filho foi para uma festa em uma chácara, que se estendeu por três dias. Quando voltou para a casa o pai percebeu que o filho apresentava um comportamento diferente, porém não soube informar

as características deste comportamento, mas referiu que não era a mesma pessoa. Investigou o uso de drogas pelo filho junto a pessoas que também estavam nesta festa, constatando que o filho usou drogas no decorrer da festa. Para evitar a continuação do uso pensou em levar o filho para morar em Brasília junto com uma tia, mas tanto a mãe quando R.V.M. recusaram-se a mudar de cidade. Procuraram então, a UBS de referência, sendo encaminhando para acompanhamento com a psicologia, passando por seis consultas, porém sem sucesso. O filho permanece no uso de várias drogas de abuso, dentre elas a bebida alcoólica, haxixe (maconha) e *crack*. O pai relata que o filho traz as drogas para casa, e até mostrou para os entrevistadores papéis utilizados na produção do cigarro de maconha. Também mostrou uma caixa com várias cédulas de dinheiro, que é utilizado para a aquisição da droga. Este dinheiro, segundo o pai, é proveniente de roubos, uma vez que o filho não possui qualquer tipo de renda. O pai relatou que o filho já roubou dinheiro de dentro de casa para comprar a droga, mas o pai referiu que às vezes fornece dinheiro para a aquisição da droga, temendo que ele se envolva em conflitos na rua. Refere que o filho não quis procurar ajuda do CAPS, pois nega que precisa de tratamento, e a mãe não aceita que o filho seja usuário de drogas. R.V.M. nunca ficou internado para tratar o uso de drogas, mas foi hospitalizado várias vezes devido a ocorrências de acidente automobilístico. Na percepção do pai, a saúde do filho está comprometida, pois o braço direito está “pele e osso” devido ao acidente, porém o filho nega que precisa de ajuda, e não procura o serviço de saúde para receber a assistência adequada.

História familiar: A família frequenta a igreja Congregação Cristã, porém vai pouco a igreja. O pai refere que a família sempre conviveu muito bem, faziam passeios junto a outros familiares, mostrando aos entrevistadores fotos destes passeios. Os outros dois filhos estudam e estão na faculdade, uma fazendo mestrado em pedagogia, sendo este um motivo de orgulho para o pai, que não entende como R.V.M iniciou o uso de drogas, já que serviu ao exército e era um jovem bonito. O pai refere que após o início do uso de drogas pelo filho, ele e sua esposa tiveram vários conflitos conjugais, e o relacionamento familiar já não é mais o mesmo desde então. Atualmente a família não desenvolve nenhuma atividade de lazer em conjunto. O entrevistado referiu que faz tratamento psiquiátrico devido a uma depressão diagnosticada há 15 anos, referiu que tem muito medo da noite e de sofrer atos violentos, motivo que faz com que ele saia de casa somente quando necessário. Referiu que tem muito medo da sua casa ser invadida por pessoas procurando o seu filho, e que diante da situação do uso de drogas pelo filho recorre a leituras bíblicas para se sentir melhor, se apegando ao exemplo da outra filha que é inteligente e que está estudando, também procura conversar com outras pessoas da igreja para desabafar sobre o problema e diminuir o estresse, pois segundo ele “*o uso de drogas gerou um grande transtorno na vida dele e da família, sendo isto uma coisa muito difícil*”. Referiu que o grande problema da humanidade é o uso de drogas, pois “*quando se inicia o uso, a pessoa não consegue mais ficar sem*”. O pai acredita que o filho “*vai morrer devido ao uso de drogas*”. O entrevistado não permitiu a gravação da entrevista em áudio.

Condições sociodemográficas: A casa está localizada em uma rua tranquila, com várias casas na vizinhança, em uma região distante do centro da cidade, sem presença de bares e escolas na rua. Moram em uma casa de alvenaria, da própria família. Residem na casa cinco pessoas: esposa (47 anos), um filho (24 anos) e uma filha (20 anos), e o usuário de drogas. Possuem uma renda aproximada de 2.000,00 reais. A área externa da casa estava muito suja e desorganizada, com baixas condições de saneamento, o pai não convidou os entrevistados para entrarem na casa, e quando adentrou para pegar as fotos para mostrar aos entrevistadores, pediu para que aguardássemos do lado de fora da casa.

Acesso às políticas públicas: A família utiliza o SUS por meio da UBS. Segundo o entrevistado o atendimento ofertado pelos profissionais da UBS é muito bom, mas que o problema foi o atendimento de psicologia que o filho recebeu há seis anos, pois não surtiu efeito, e parece que piorou a situação. Não procuraram ajuda no CAPS, pois o usuário e a mãe negam a necessidade de tratamento do uso de drogas.

Caso 13 - Data do evento: 28/06/2014. Data da entrevista: 15/08/2014.

Caracterização do entrevistado: Irmã do usuário de drogas, 61 anos, preta, casada, quatro anos estudados, e ocupação do lar.

Caracterização do usuário de drogas: Homem, 47 anos, preta, solteiro, com três anos estudados, e servente de pedreiro recebendo por dia de trabalhado.

Evento/história clínica: No prontuário hospitalar constava que o indivíduo foi admitido no Pronto Socorro do HUM, levado pelo SIATE, após ter sido atropelado por um ônibus. A ocorrência foi registrada no CCI/HUM por meio de busca ativa, tendo como agente tóxico a bebida alcoólica. O sinal de intoxicação registrado foi o hálito alcoólico; e dor em hemitórax direito e trauma torácico foram sinais registrados como secundários ao trauma. Com a classificação clínica – Escala de Coma Glasgow (leve-15), Escala de Reed (zero) e Escore PSS (leve), o caso foi considerado leve pelos resultados da avaliação do estado geral, e não apresentava alterações do estado de consciência. Permaneceu internado por dois dias para observação clínica e tratamento sintomático, recebendo alta hospitalar, sem registro de encaminhamentos ou orientações.

História individual: A irmã refere que o usuário iniciou o uso de tabaco, bebida alcoólica e maconha na adolescência, e que se agravou porque o irmão nunca se casou. Atualmente para conseguir acesso as drogas utiliza o dinheiro do próprio trabalho, mas que antes pagava o dinheiro da mãe sem devolver depois. Relata que quando está etilizado o indivíduo fica revoltado, nervoso, agressivo, mas nunca a agrediu, e tais episódios são amenizados por meio de diálogo na tentativa de acalma-lo. Há relatos de outras internações no HUM devido a traumas físicos e uso do álcool, além de brigas escolares na infância. Após doença da mãe, a família descobriu a dependência química por parte do indivíduo, que antes não era tão evidente. A irmã refere que o usuário usa a bebida de quinta a segunda-feira, e que o uso ocorre tanto nos bares como e em casa. Além da dependência do álcool, tem hipertensão arterial sistêmica, mas é acompanhado na UBS de referência. Quando foi perguntado sobre como iniciou o uso das drogas, ficou visível que a solidão pode ter influenciado a iniciação do uso de drogas, o que pode caracterizar um sofrimento maior por parte do usuário.

História familiar: Não há relatos do uso de bebida alcoólica por outros membros da família. A irmã respondeu aos pesquisadores com tranquilidade, é evangélica praticamente, refere não ter problemas de saúde. Refere que sua vida não mudou por causa da dependência do irmão, e que para lidar com as circunstâncias se apoia na religião, mas que o melhor seria se o indivíduo cessasse com a bebida alcoólica. Ir à igreja é uma das atividades de lazer realizadas em conjunto pela família, porém o usuário não frequenta a igreja.

Condições sociodemográficas: Na casa própria da entrevistada com cinco cômodos e dois dormitórios, reside o cunhado do usuário (63 anos), trabalhador autônomo, com dois anos

estudados e que não faz uso de drogas e a irmã. A renda familiar mensal da entrevistada é de R\$ 1.500,00. O usuário vive em outra casa, sozinho, no mesmo terreno.

Acesso às políticas públicas: A UBS é o serviço de saúde de referência para a família. A entrevistada não soube avaliar como foi o atendimento no dia do evento, ficou sabendo superficialmente sobre o acidente por outros irmãos, relata que houve outro atropelamento há cinco anos, mas que o indivíduo não procurou ajuda hospitalar, e que após os eventos não houve mudança significativa na rotina familiar e no uso de drogas pelo irmão. A irmã relata que para tratar a dependência o usuário procurou ajuda na casa de recuperação da igreja após cinco anos em que se descobriu o alcoolismo, ficando nesta casa no período aproximado de 30 dias. A entrevistada relata não saber se houve gastos financeiros no tratamento. Na sua vida conseguiu permanecer abstinente por seis meses, porém as sucessivas decepções com a vida e sua situação de solteiro só vez retornar ao uso. A irmã acredita que o indivíduo gostaria de cessar o uso das drogas, no entanto somente o mesmo poderia responder esta questão aos entrevistadores, e que a única solução para a libertação do usuário é Jesus (apoio religioso).

Caso 14 - Data do evento: 18/06/2014. **Data da entrevista:** 15/08/2014.

Caracterização do entrevistado: Filha da usuária de drogas, 19 anos, branca, com 11 anos estudados, trabalha copeira em um restaurante, com carteira assinada.

Caracterização do usuário de drogas: Mulher, 49 anos, branca, mora com um namorado, com oito anos estudados e sem vínculo empregatício.

Evento/história clínica: No prontuário hospitalar constava que a mulher foi admitida no Pronto Socorro do HUM, levada pelo SIATE após ter sido vítima de agressão física em um bar, segundo informações do SIATE estava sentada na calçada após ser agredida com um pedaço de madeira. A ocorrência foi registrada no CCI/HUM por meio de busca ativa, tendo como agente tóxico a bebida alcoólica. O efeito da intoxicação registrado foi hálito alcoólico; e fratura foi o sinal registrado como secundários ao trauma. Com a classificação clínica – Escala de Coma Glasgow (leve-15), Escala de Reed (zero) e Escore PSS (ausente), o caso foi classificado como moderado em decorrência de fratura em osso zigomático. Permaneceu internada por quatro dias, tendo como desfecho a alta hospitalar.

História individual: Segundo informações da filha, a mãe é usuária de drogas de abuso desde a adolescência. Teve uma infância e adolescência muito difícil, pois foi abandonada pelos pais, passando a morar com os avós, que a partir de um determinado momento também não quiseram mais cuidar da L.F.G. Foi morar em um abrigo, por pouco tempo, de onde fugiu e passou a morar na rua. Neste momento da sua vida começou a fazer uso de drogas de abuso, sendo o início do uso de drogas, associado, segundo a opinião da filha, a ausência de uma família e história de abandono. Não consegue trabalhar, pois não tem responsabilidade com horários. Refere que sempre que sobra um dinheiro compra as drogas para usar, e que às vezes o seu pai compra alimentos ou paga as contas da sua mãe, mas ela não sabe onde sua mãe consegue o dinheiro, e acha que ela não rouba e que ela recebe o auxílio Bolsa Família. A filha referiu que a mãe às vezes passa semanas sem usar drogas, mas sempre volta a fazer o uso de bebida alcoólica, maconha, crack e tabaco. Refere que sua mãe já se envolveu em incontáveis situações de agressão física, que geralmente acontecem em um bar próximo a casa, pois quando ela bebe fica muito agressiva e isso gera conflitos no local. Há três anos os irmãos e outros parentes da mãe viabilizaram um internamento em casa de recuperação gratuita, onde ficou por seis meses,

mas quando saiu, logo voltou a fazer uso de drogas. A usuária sempre teve vários conflitos em casa, o que gerou a perda de vínculo com os filhos, embora sempre volta a casa para pedir dinheiro para pagar as contas da casa. Não houve mudanças no comportamento da mãe após a última hospitalização.

História familiar: Sua mãe conheceu o seu pai e foram morar juntos, mas sua mãe manteve o uso de drogas. Há 11 anos seus pais não vivem como um casal, e há um ano a mãe saiu de casa e foi morar com um homem que é seu namorado, em uma casa na mesma comunidade, mas o seu pai ainda ajuda financeiramente a sua mãe e o namorado que também é usuário de drogas. Segundo a filha seu pai é uma pessoa muito boa por aceitar a situação, referiu que ele apesar de todos os conflitos tem uma boa relação com a ex-esposa e a *“trata como se fosse uma filha”*. Ele ajuda financeiramente a ex-esposa e cuida de um filho dela com outro homem. A filha nunca teve um bom relacionamento com a mãe, pois não aceita o uso de drogas, porém os irmãos convivem bem. Refere que não conversa com ela há meses, mas sempre acompanha a história dela devido aos relatos do pai. A entrevistada tem um filho de quatro anos, e ela busca ter uma boa convivência com o filho, pois senti muita falta de uma referência de mãe e não quer que o filho passe pela mesma situação que ela. Ela *“nunca teve uma referência de mãe, sempre viu outras famílias bem, mas nunca teve isso em sua vida”*. Diante do uso de drogas pela mãe, procura conforto em Deus e se apega ao filho que tem, dando o carinho que ela nunca teve de sua mãe.

Condições sociodemográficas: A casa está localizada em uma comunidade distante do centro da cidade, com várias casas na vizinhança, com presenças de bares próximos a casa. Moram em uma casa popular, de alvenaria, da própria família. Residem na casa cinco pessoas: pai (58 anos), o filho (04 anos), uma filha (15 anos), e um irmão (11 anos). Vivem com uma renda aproximada de 2.100,00 reais. Casa pequena sem garagem.

Acesso às políticas públicas: A família utiliza o SUS por meio da UBS, porém frequentam pouco a UBS, pois não apresentam problemas de saúde. Segundo a entrevistada o atendimento ofertado pelos profissionais da UBS é muito bom. A filha não referiu desconhecer o CAPS.

Caso 15 - Data do evento: 05/07/2014. Data da entrevista: 26/08/2014.

Caracterização do entrevistado: Pai do usuário de drogas, 75 anos, branco, com quatro anos estudados, aposentado.

Caracterização do usuário de drogas: Homem, 48 anos, branca, mora com o pai, com sete anos estudados e trabalhador da construção civil.

Evento/história clínica: No prontuário hospitalar constava que o homem foi admitido no Pronto Socorro do HUM, levada pelo SIATE após sofrer uma queda da bicicleta em via pública, segundo informações do SIATE estava sentado no local. A ocorrência foi registrada no CCI/HUM por meio de busca ativa, tendo como agente tóxico a bebida alcoólica. O efeito da intoxicação aguda registrado foi cefaleia, face avermelhada, hálito alcoólico, olhos avermelhados e sudorese; e fratura nasal. Com a classificação clínica – Escala de Coma Glasgow (leve-15), Escala de Reed (zero) e Escore PSS (ausente), o caso foi classificado com leve. Permaneceu em observação clínica por um dia, solicitando a alta hospitalar sem concluir o atendimento.

História individual: Segundo informações do pai, J.A.C. foi diagnosticado na infância com um problema de saúde, porém não soube passar mais informações. Segundo ele uma

médica pediatra pedia que a família evitasse conflitos com o filho que era agitado. O pai acredita que o filho iniciou o uso bebida alcoólica e maconha com aproximadamente 15 anos devido às influências dos amigos, embora sempre tenha orientado para não fazer uso de drogas. O pai desconfiou que ele estivesse usando drogas, pois saía muito com os amigos e voltava para a casa com cigarros diferentes. No mesmo ano procuraram ajuda de grupos de ajuda mútua, da igreja evangélica que frequentavam, onde eram realizadas palestras de orientações. Também levaram J.A.C. para fazer tratamento em Curitiba, no Hospital Independência. Não obtiveram sucesso e no ano de 2000 iniciou o uso de *crack*. Em 2009 ingressou em uma casa de recuperação, permanecendo por quatro meses, não concluindo o período de tratamento que era de nove meses. Permaneceu apenas 15 dias sem fazer uso de drogas. Envolveu-se com uma mulher, com quem teve um filho, hoje com 11 anos de idade, e morando em outro município. Tem um histórico de quatro internações em hospital psiquiátrico no município de residência, em 2009, 2010, 2012 e o último neste ano. No dia do evento o filho estava sob efeito de bebida alcoólica quando sofreu a queda de bicicleta. O pai ficou sabendo do acidente por intermédio de uma pessoa conhecida que informou que ele estava morto, então o pai ligou no IML e nos hospitais, sendo informado pelo HUM sobre o internamento do filho. Após a alta hospitalar voltou para casa e iniciou o uso novamente. Já se envolveu em várias situações de agressão física na rua e acidentes devido ao uso de drogas, e que já apanhou várias vezes de policiais durante a abordagem na rua. No dia 11 de agosto J.A.C. usou várias drogas e ficou muito agressivo. O pai chamou a polícia e o serviço móvel de urgência, que o conduziram para um internamento psiquiátrico. Permaneceu internado por 11 dias, mas alegando que estava bem e que iria trabalhar, solicitou alta sem concluir o atendimento. Voltou para a casa e no dia seguinte já reiniciou uso de drogas. Segundo o pai a droga de preferência é a bebida alcoólica e o *crack* e nunca conseguiu ficar por muito tempo sem usar as drogas. A residência possui um quarto externo que é onde o usuário mora. No dia anterior a entrevista o pai foi levar comida para o filho neste quarto, e verificou que estava com um “cachimbo” fazendo uso de crack. O local de aquisição da droga é na própria comunidade, a aproximadamente duas quadras da casa, e o dinheiro utilizado para aquisição da droga é proveniente de trabalho como meio oficial na construção civil, sendo que o valor é utilizado integralmente para a aquisição de drogas e participação em festas. O pai referiu que tem uma relação conflituosa com o filho, e que a convivência é muito difícil e sem diálogo. Quando o filho usa drogas fica muito agressivo. No trabalho gostam dele, mas em qualquer situação conflituosa, utiliza da agressividade física como recurso para resolução dos conflitos. O pai acredita que o filho gostaria de cessar o uso de drogas, porém não consegue.

História familiar: Na família, nenhuma outra pessoa faz uso de drogas de abuso, além de J.A.C. Porém o pai referiu que às vezes ingere cerveja nos fins de semana, mas isto não o prejudica. O pai é católico, mas frequenta pouco a igreja. Referiu que teve úlcera e apendicite, fez cirurgia cardíaca para implantação de ponte de safena, tem pressão alta e diabetes mellitus. Faz acompanhamento na UBS próxima a sua residência. Refere que sempre frequenta a casa dos amigos e dos irmãos, e gosta muito de ler. Teve quatro filhos, sendo que um foi morto em uma ocorrência de latrocínio e outros dois filhos vivem em São Paulo. Relatou que fica desesperado quando o filho se atrasa para chegar ou quando está em seu quarto usando drogas. Toda vez que o filho usa drogas fica preocupado, pois sabe que podem surgir conflitos. O filho e o pai não fazem nenhuma atividade de lazer em conjunto. O pai reza, e vai a casas dos amigos, lê e escreve poesias como forma de distração para se sentir melhor diante da situação do uso de drogas pelo filho.

Condições sociodemográficas: A casa está localizada em uma comunidade distante do centro da cidade, com várias casas na vizinhança. O pai e o filho moram em uma casa do tipo edícula e alvenaria, cedida por um dos filhos que mora em São Paulo. O filho mora em um quartinho do lado de fora da casa (FOTO). O pai sustenta a sua casa com o salário da aposentadoria (724,00 reais), e o dinheiro que o filho ganha com o trabalho gasta integralmente com a aquisição das drogas.

Acesso às políticas públicas: A família utiliza o SUS por meio da UBS, e da UPA quando necessário. O pai frequenta o grupo de hipertensos e diabéticos, porém nunca mencionou o uso de drogas pelo filho aos profissionais. Soube da existência do CAPS por outras pessoas que também convivem com o uso de drogas, porém nunca procurou ajuda no CAPS, pois o filho recusa o tratamento, e por ter medo de sofrer alguma agressão, já que o filho o acusou de “*ter chamado a polícia para prendê-lo*”. O pai acredita que para que o usuário cesse o uso de drogas seria necessário que ele “*vivesse em um lugar por dois ou três anos para aprender a viver sem usar drogas, em um lugar que não existissem drogas*”.

Caso 16 - Data do evento: 23/07/2014. Data da entrevista: 22/08/2014.

Caracterização do entrevistado: Filha do usuário de drogas, 31 anos, branca, com 11 anos estudados, do lar. Reside com o esposo e dois filhos.

Caracterização do usuário de drogas: Homem, 65 anos, branco, mora com a esposa, com 11 anos estudados e sem vínculo empregatício há vários anos.

Evento/história clínica: No prontuário hospitalar constava que o homem foi admitido no Pronto Socorro do HUM, levado pelo SIATE após ter sofrido uma queda do mesmo nível em via pública. A ocorrência foi registrada no CCI/HUM por meio de busca ativa, tendo como agente tóxico a bebida alcoólica. No prontuário não constava sinais da intoxicação, mas estava descrito que estava alcoolizado; e ferimento corto contuso em região occipital foi o sinal registrado como secundários ao trauma, com bom estado geral. Com a classificação clínica – Escala de Coma Glasgow (leve-15), Escala de Reed (zero) e Escore PSS (ausente), o caso foi classificado como leve. Permaneceu internado por quatro dias, tendo como desfecho a alta hospitalar.

História individual: Segundo informações da filha, J.M. é católico, mas não frequenta a igreja. Sempre teve empregos muito bons, foi segurança de empresas, bombeiro, sempre trabalhando em empresas boas. Começou a beber com aproximadamente nove anos, e o uso de bebida alcoólica era feito pelos avôs, pais e irmãos, sendo que um irmão morreu em decorrência da dependência do álcool. Fazia uso controlado, mas começou a beber intensivamente aos 33 anos, “*por influência dos amigos*”, assim relata a filha. Fez uso de tabaco, iniciando jovem e parando por volta dos 40 anos, por conta própria. Foi internado em hospital psiquiátrico por três vezes, sendo a última vez com 45 anos aproximadamente, porém sempre voltava a fazer o uso de bebida alcoólica. A esposa procurou grupos de mutua ajuda, porém não foram efetivos. Desde os 49 anos está desempregado, sendo que parou de trabalhar porque não conseguia manter-se sobre o, às vezes bebia durante alguns dias e permanecia vários dias sem beber. O fato de estar desempregado, também, foi relacionado pela filha ao surgimento de problemas de saúde - diabetes mellitus, gota e hipertensão arterial, que apareceram por volta dos 56 anos, sendo este momento marcado pela diminuição do uso de bebida alcoólica. Atualmente tem um bom relacionamento na família, com ocorrências de raros episódios de agressão verbal quando está etilizado, mas nem sempre foi assim. A filha refere que já ocorreram inúmeras situações de conflitos

verbais e físicos entre o J.M. e sua esposa, porém ela nunca foi agredida, também ocorreram inúmeras situações de queda da mesma altura, acidentes de bicicleta e situações de agressão física na rua devido ao uso de bebida alcoólica, com consequente hospitalização. J.M. não frequenta a casa dos irmãos, às vezes frequenta a casa da filha, mas sempre que sai sozinho é para beber. A filha acredita que ele continue o uso, pois a esposa também não tem paciência para lidar com o uso de bebida alcoólica, que sempre gera conflitos entre os dois, e acredita que ele gostaria de parar de usar bebida alcoólica, mas ele não consegue. Refere que está com a saúde física bem debilitada e acredita que pode ser devido ao uso de drogas. Depois do evento ingeriu bebida alcoólica a ponto de ficar etilizado apenas há uma semana antes da entrevista.

História familiar: J.M. reside apenas com a esposa em uma casa próxima a casa da filha. A esposa é aposentada e não faz uso de drogas de abuso. A filha refere que nunca mudou o modo de viver por causa do uso de drogas pelo pai, mas refere que sempre sofreu com o uso de bebida alcoólica na família. Desde pequena conviveu com as mudanças de comportamento do pai devido ao uso de bebida alcoólica, porém hoje diminui em virtude das alterações clínicas. Referiu que sempre sente uma tristeza em ver seu pai bebendo, mas acabou se acostumando com a situação. Referiu que por volta dos 15 anos era muito revoltada com a situação do pai, então começou a beber em festas e a fumar tabaco, situação que gerava ainda mais conflitos na família, porém logo deixou de usar estas drogas. Mas a filha foi morar no exterior por dez anos, para não conviver com o pai. Ao retornar para o Brasil acreditava que os seus filhos poderiam ser um incentivo para o seu pai parar de beber, porém isso não aconteceu. A filha evita o contato com o pai quando percebe que ele está etilizado. A família tem o hábito de almoçar aos domingos, para que os netos possam conviver com o avô e às vezes viajam juntos. A filha refere que J.M. não consome bebida alcoólica em casa e que o relacionamento familiar sempre foi bom quando o pai não estava etilizado, pois ele é muito inteligente, tem uma boa comunicação, porém “*o problema era quando bebia*”. Para se sentir melhor diante da situação se apega em Deus e conversa com sua mãe para que ela tenha paciência para lidar com J.M. A filha relata que é difícil conviver com o uso de bebida alcoólica na família e tem medo de que o uso do pai influencie nos seus filhos e que eles não cresçam vendo o avô se drogar.

Condições sociodemográficas: A casa da filha é uma casa bonita e bem cuidada, fica localizada à algumas quadras da casa do pai. A casa que J.M. reside é dele e da esposa, tem cinco cômodos, e vivem com um salário mínimo. J.M. está prestes a receber aposentadoria, mas esta situação tem preocupado a família, pois ele poderá usar o dinheiro para comprar a bebida alcoólica. A fonte para aquisição da droga é nos bares, com ajuda dos amigos, pois a família não fornece dinheiro.

Acesso às políticas públicas: A família utiliza o SUS por meio da UBS. Segundo a entrevistada o atendimento ofertado pelos profissionais da UBS é muito bom, e o pai frequenta o grupo de hipertensos e diabéticos para pegar a medicação, porém nunca mencionou o uso de bebida alcoólica, pois nega que seja dependente químico. A filha referiu desconhecer o CAPS. A família procurou grupos de mutua ajuda e hospitalizações em setor psiquiátrico para cessar o uso de drogas, porém foram ineficazes. Refere que no dia do evento não teve dificuldades para ser atendido e que o atendimento foi muito bom.

Caso 17 - Data do evento: 29/06/2014. Data da entrevista: 29/08/2014.

Caracterização do entrevistado: Irmã do usuário de bebida alcoólica, 54 anos, branca, solteira, ensino superior completo – graduada em letras, servidora pública.

Caracterização do usuário de drogas: Homem, 60 anos, branco, solteiro, com oito anos estudados e metalúrgico.

Evento/história clínica: No prontuário hospitalar constava que o indivíduo foi admitido no Pronto Socorro do HUM, levado pelo SIATE, após queda da própria altura da qual colidiu a região frontal na guia da rua, encontrado pelo SIATE na própria casa amarrado em uma cadeira pelos familiares. A ocorrência foi registrada no CCI/HUM por meio de busca ativa, tendo como agente tóxico a bebida alcoólica. Não houve registro sobre o efeito da intoxicação; e TCE foi sinal registrado como secundário ao trauma. Com a classificação clínica – Escala de Coma Glasgow (leve-15), Escala de Reed (zero) e Escore PSS (ausente), o caso foi considerado leve por não apresentar alterações nas escalas, sem fraturas e sem alterações no nível de consciência. Permaneceu internado por um dia para observação clínica e tratamento sintomático, recebendo alta hospitalar, com orientação para retorno se necessário.

História individual: Iniciou o uso de bebida alcoólica há 40 anos, por influência dos amigos, tendo a família consciência do abuso deste o início. A irmã acredita que além da influência dos amigos pode ter ocorrido uma desilusão amorosa que contribuiu com a iniciação do uso, porém a irmã não soube dizer mais detalhes. Usa pinga, cerveja e vodka compradas com a renda do trabalho. Quando criança sofria agressão pelos pais, porém como forma de correção. Atualmente tem hipertensão arterial sistêmica não tratada. A irmã considera seu comportamento bom, mas conversa sobre poucos assuntos com a família, mas tem amigos, com quem frequentemente conversa.

História familiar: Não há relato do uso de bebida alcoólica por parte dos membros da família. A irmã é messiânica praticamente, refere ter depressão e problemas na tireoide, ambos em tratados por meio de convênio particular de assistência à saúde. Refere que teve que mudar sua percepção em relação ao abuso de drogas, pois achava que era apenas por imoralidade, e agora percebe que é uma questão de saúde. Apoia-se na religião, indo à igreja para se sentir melhor diante da situação. A família não pratica atividades de lazer em conjunto. A irmã relata que não sabe se o usuário gostaria de cessar o uso da bebida, e acredita que o mesmo não consegue mais parar, não sabe o que poderia ser feito para melhorar as circunstâncias, mas a mãe sempre rezou para possíveis melhoras. A entrevistada tenta entender os motivos pelo qual o indivíduo é dependente, mas ainda não encontrou uma resposta concreta.

Condições sociodemográficas: Na casa própria de madeira com 12 cômodos e quatro dormitórios, moram a irmã e o usuário. Possui renda familiar de aproximadamente R\$ 1.300,00, porém o usuário não compartilha dos gastos da casa e a irmã não sabe dizer quanto recebe.

Acesso às políticas públicas: A família não utiliza a UBS. Segundo a entrevistada o atendimento prestado no dia do evento pelos profissionais não foi demorado e não houve dificuldades para ter acesso à assistência de saúde. Refere que há dois anos o indivíduo teve uma queda e também obteve atendimento hospitalar, mas que tanto o evento anterior como o atual não provocou mudanças para o usuário e sua família. A irmã relata que somente após 32 anos da descoberta da dependência pelo álcool, a família e o indivíduo procuraram tratamento, e há oito anos o usuário procurou espontaneamente o hospital

psiquiátrico do município para tratamento, onde permaneceu internado por 15 dias. A internação não surtiu o efeito desejado, e o usuário voltou a usar bebida alcoólica. Foi encaminhado para outros serviços de saúde e assistência social, mas o usuário não aderiu ao tratamento.

Caso 18 - Data do evento: 29/06/2014. **Data da entrevista:** 03/09/2014.

Caracterização do entrevistado: Mãe do usuário de drogas, 49 anos, branca, casada, com oito anos estudados e auxiliar geral com registro em carteira de trabalho.

Caracterização do usuário de drogas: Homem, 20 anos, branco, mora com os pais, com 12 anos estudados e auxiliar de impressão em gráfica com registro em carteira de trabalho.

Evento/história clínica: No prontuário hospitalar constava que o indivíduo foi admitido no Pronto Socorro do HUM, levado pelo SIATE, após ter sido vítima de acidente de moto, quando saía da casa de alguns amigos. A ocorrência foi registrada no CCI/HUM por meio de busca ativa, tendo como agente tóxico a bebida alcoólica. O efeito da intoxicação registrado foi hálito alcoólico; e politraumatismo com fratura de mão direita, escoriações múltiplas, dor em coluna, braço e boca foram os sinais registrados como secundários ao trauma. Com a classificação clínica – Escala de Coma Glasgow (leve-15), Escala de Reed (zero) e Escore PSS (ausente), o caso foi classificado como moderado pela presença de fratura. Permaneceu internado por 22 dias aguardando cirurgia, tendo como desfecho a transferência para outro hospital, onde foi operado recebendo alta hospitalar em dois dias.

História individual: Iniciou o uso de bebida alcoólica com 17 anos, também fazia uso de *narguile*. Com 19 anos começou a beber com mais frequência bebidas destiladas, após um rompimento de vínculo amoroso. Desde sempre teve muitos conflitos e situações de agressão física com o pai, devido ao uso de bebida alcoólica por ele, e pessoas de fora da família tiveram que intervir. Segundo relatos da mãe, sempre orientou o filho para não fazer uso de bebida alcoólica, porém não tinha como proibi-lo de usar se o pai também bebia. Segundo a mãe, J.M.C.S. tem um comportamento mais explosivo e não aceita que o pai faça uso de bebida alcoólica. Sempre sai com amigos para churrascos e festas e fazia uso de bebida alcoólica apenas nos fins de semana. Segundo a mãe, é um jovem trabalhador e está estudando para fazer faculdade. Após o acidente não bebeu mais, porém mantém o uso de *narguile*. Voltou às atividades laborais de rotina.

História familiar: O comportamento aditivo na família está presente de forma constante. A mãe faz uso de bebida alcoólica controlado, apenas nos fins de semana e em algumas festas, mas segundo ela não prejudica a família. Segundo a entrevistada o problema com o uso álcool na família não é o filho, mas sim o esposo. O pai de J.M.C.S. faz uso de bebidas destiladas diariamente, e este uso foi se acentuando ao longo dos anos. Segundo a entrevista o uso de bebida alcoólica pelo pai influenciou o comportamento do filho, pois o pai chega etilizado em casa e esta situação é causadora de muitos conflitos na família com situações de agressões verbais e físicas, entre o pai e o filho, e entre o casal. A esposa nega que seja dependente de bebida alcoólica e que pode parar a qualquer momento.

Condições sociodemográficas: A casa está localizada em uma rua tranquila, com várias casas na vizinhança, em uma região distante do centro da cidade, sem presença de bares e escolas na mesma rua. Mora em uma casa de alvenaria, inacabada, com presença de entulhos na área externa, e pertence a família. Residem na casa quatro pessoas: o pai (47

anos), a mãe, uma irmã (12 anos) e J.M.C.S. Possuem uma renda aproximada de 1.900,00 reais.

Acesso às políticas públicas: A família não utiliza o SUS sendo que o acesso à serviços de saúde é realizado por meio de plano de saúde financiado pelo pai e pela empresa em que a mãe trabalha. Fez críticas ao internamento hospitalar quanto ao tempo de espera por cirurgia. Nunca procuraram ajuda da UBS para o uso de bebida alcoólica na família e não sabem da existência do CAPS.

Caso 19 - Data do evento: 16/08/2014. **Data da entrevista:** 15/09/2014.

Caracterização do entrevistado: Filha, 34 anos, branca, casada, com dez anos estudados e costureira autônoma.

Caracterização do usuário de drogas: Homem, 60 anos, branco, mora com a esposa, filhos e netos, com quatro anos estudados e aposentado, ex trabalhador da construção civil.

Evento/história clínica: No prontuário hospitalar constava que o indivíduo foi admitido no Pronto Socorro do HUM, levado pelo SIATE, após ter caído da própria altura próximo ao seu local de residência. A ocorrência foi registrada no CCI/HUM por meio de busca ativa, tendo como agente tóxico a bebida alcoólica. O efeito da intoxicação registrado foi hálito alcoólico e cefaleia; e TCE e sangramento nasal foram os sinais registrados como secundários ao trauma. Com a classificação clínica – Escala de Coma Glasgow (leve-15), Escala de Reed (zero) e Escore PSS (ausente), o caso foi classificado como leve. Permaneceu internado por um dia, tendo como desfecho a alta hospitalar.

História individual: A filha relatou que o pai iniciou o uso de tabaco com 10 anos de idade e há aproximadamente 28 anos, começou a beber regularmente. Segundo ela o uso de tabaco e álcool foi influenciado pela família, o pai e um irmão, este era morador de rua, do usuário morreram em decorrência da dependência de álcool. Também acredita que o uso possa ter sido influenciado por amigos do trabalho. A filha relatou que sempre ocorreram várias situações de agressão física na rua e queda da mesma altura devido ao uso de bebida alcoólica. No prontuário do paciente constava um atendimento há cinco meses devido queda da mesma altura, com três dias de internamento. A filha referiu que o uso de bebida alcoólica piorou depois de se aposentou, mas há dois anos teve começo de infarto e desenvolveu hipertensão arterial, fazendo com que o usuário deixasse de beber todos os dias. Atualmente faz uso de bebida alcoólica apenas nos fins de semana, e às vezes permanece semanas sem beber, mas “*quando começa a beber fica sem controle*”, e por isso acontecem as situações traumáticas. Segundo a entrevistada quando ele fica sem beber não é agressivo, mas se começar a beber, logo gera conflitos com a esposa, filhos e netos. Em casa faz uso apenas de cerveja, mas se sai de casa começa a usar bebida destilada, então esse é o problema, pois chega a casa com alterações comportamentais. Refere que após a última hospitalização tem evitado sair de casa, mas continua fazendo uso de cerveja. Nega que seja dependente químico e que precise fazer tratamento para hipertensão arterial.

História familiar: A filha referiu que o uso de bebida alcoólica pelo pai gera grande conflito na família. Quando ele bebe fica muito agressivo e agride verbalmente a esposa, o filho e o neto. A filha o genro e os netos sempre moraram com o pai, porém estão terminando de construir uma casa e logo irão se mudar. A entrevistada referiu que tem muito medo de mudar e deixar sua mãe e seu irmão morando com o pai, pois sabe que

quando ele bebe fica muito agressivo. Na família não há outras pessoas que fazem uso de bebida alcoólica. Já tentaram aconselha-lo a parar de beber, mas ele não aceita que seja dependente de álcool e esta situação gera ainda mais conflito entre a família. Diante dessa situação tentam ignorar a situação para evitar ainda mais conflitos. A esposa trabalhar de doméstica e o filho e o neto estudam.

Condições sociodemográficas: A casa é do usuário, e está localizada em uma rua tranquila, com várias casas na vizinhança, em uma região distante do centro da cidade, sem presença de bares e escolas na mesma rua. Residem em uma casa de alvenaria, organizada, limpa, a área da garagem é utilizada como local de trabalho da filha. Residem na casa seis pessoas: o usuário, a esposa (55 anos), a filha entrevistada, um filho (19 anos), o genro (35 anos), e um neto (08 anos). Possuem uma renda aproximada de 8.000,00 reais.

Acesso às políticas públicas: O usuário de drogas frequenta a UBS, e segundo a filha é bem atendido. O restante da família acessa o serviço de saúde por meio de planos privados. Não sabem da existência do CAPS.

Caso 20 - Data do evento: 05/07/2014. Data da entrevista: 26/08/2014.

Caracterização do entrevistado: Irmã do usuário de drogas, 46 anos, branca, com 11 anos estudados, auxiliar de berçário com registro em carteira de trabalho.

Caracterização do usuário de drogas: Homem, 48 anos, branca, mora sozinho, com sete anos estudados e trabalhador da construção civil sem vínculo empregatício.

Evento/história clínica: No prontuário hospitalar constava que o homem foi admitido no Pronto Socorro do HUM, levada pelo SIATE após sofrer uma queda da mesma altura. A ocorrência foi registrada no CCI/HUM por meio de busca ativa, tendo como agente tóxico a bebida alcoólica. O efeito da intoxicação aguda registrado foi agitação, face avermelhada, e hálito alcoólico; e fratura de tornozelo foi o sinal registrado secundário ao trauma. Com a classificação clínica – Escala de Coma Glasgow (leve-15), Escala de Reed (zero) e Escore PSS (leve), o caso foi classificado com moderado pela presença de fratura. Permaneceu em no HUM por dois dias, tendo como desfecho a transferência para outro hospital para tratamento cirúrgico para correção da fratura.

História individual: Segundo informações da irmã I.P.S. iniciou o uso de bebida alcoólica muito jovem e o uso de tabaco foi com aproximadamente 23 anos, ela acredita que o início do uso foi influenciado por amigos. O uso de bebida alcoólica piorou muito nos últimos dez anos, embora faça uso apenas aos fins de semana, acredita que ele não tenha feito uso de outras drogas. Os pais sempre o trataram bem, porém ele sempre teve uma mágoa muito grande do pai, pois sempre ocorriam conflitos e situações de agressões verbais, em que o pai o rotulava de vagabundo quando estava etilizado. A irmã refere que ele sempre trabalhou e é visto pela família como uma pessoa boa, apresentando alteração de comportamento apenas quando ingere a bebida. Há cinco anos a mãe faleceu, e este momento foi marcante para a piora do uso de bebida alcoólica. Após o falecimento da mãe, os irmãos tentaram leva-lo ao grupo de Alcoólicos Anônimos, mas ele participou apenas de duas reuniões, também ofereceram internamento em clínica de recuperação, mas ele recusou. O usuário nunca se envolveu em situações de agressão física na rua, há três anos caiu na rua, com conseqüente fratura de tíbia, sendo o evento atual a segunda vez que sofreu queda da mesma altura devido à intoxicação alcoólica. O local de uso era um bar ao lado da sua casa ou em festas que frequentava junto aos amigos. Há três meses o usuário

foi expulso de casa pela irmã, pois ele agrediu verbalmente a filha dela. Está residindo sozinho em uma casa alugada, custeada pelos irmãos. Recusa tratamento e participação em grupos de mutua ajuda, porém está sem beber desde o evento. A irmã refere que os outros irmãos conversaram e o aconselharam, e por isso segue sem ingerir bebida alcoólica desde então e com gesso na perna operada.

História familiar: O pai e a mãe faziam uso de bebida alcoólica socialmente, e fumavam cachimbo. A irmã entrevistada faz uso de bebida alcoólica esporadicamente e fuma tabaco regularmente. Também havia na família outro irmão que era dependente de bebida alcoólica, porém conseguiu cessar o uso e atualmente reside no estado de São Paulo. Os oito irmãos sempre tiveram um bom relacionamento com I.P.S. e o veem frequentemente. A filha da entrevistada sofreu agressões verbais e por isso tem muito medo que I.P.S. volte a morar na casa. Os irmãos tem o hábito de se reunir em datas comemorativas, mas I.P.S. nunca participa das comemorações.

Condições sociodemográficas: A casa em que a irmã reside, juntamente com a filha e outro irmão, está localizada em uma comunidade próxima ao centro da cidade, com várias casas na vizinhança e presença de um bar ao lado. Refere que a casa onde I.P.S. reside é um quarto com um banheiro em outro bairro da cidade, mas ela que ajuda nos afazeres domésticos. A renda familiar é de 2.000,00 reais.

Acesso às políticas públicas: A família utiliza o SUS por meio da UBS, e da UPA quando necessário. Porém a entrevistada reclamou muito do atendimento oferecido na UBS, por ser muito burocrático e pela falta de profissionais. Desconhece o CAPS.

Caso 21 - Data do evento: 09/08/2014. Data da entrevista: 19/09/2014.

Caracterização do entrevistado: Mãe do usuário de drogas, 59 anos, branca, solteira, cinco anos estudados, recebe auxílio doença.

Caracterização do usuário de drogas: Homem, 34 anos, branco, solteiro, com quatro anos estudados e desempregado.

Evento/história clínica: No prontuário hospitalar constava que o indivíduo foi admitido no Pronto Socorro do HUM, levado pelo SIATE, após ferimento por arma de fogo. A ocorrência foi registrada no CCI/HUM por meio de busca ativa, tendo como agente tóxico a maconha. A mãe relata que o usuário estava na rua quando uma pessoa ao passar de moto atirou no mesmo, pois estava devendo R\$40,00, mas usuário não quis denunciar à delegacia. Não foram registrados efeitos da intoxicação; e fraturas e ferimento por arma de fogo foram sinais registrados como secundários ao trauma. Com a classificação clínica – Escala de Coma Glasgow (leve-15), Escala de Reed (zero) e Escore PSS (ausente), o caso foi considerado moderado pelos resultados da avaliação neurológica e do estado geral, pois não apresentava alterações do estado de consciência, considerando o tipo de ferimento. Permaneceu internado por 18 dias pois foi submetido a cirurgia e tratamento de fratura, recebendo alta hospitalar, sem registro de encaminhamentos ou orientações.

História individual: Sem histórico familiar de abuso de substâncias, iniciou o uso das drogas influenciado pelos amigos aos 10 anos de idade, porém a família descobriu há sete anos através de “fofocas”. Já procurou ajuda para tratar a dependência, seis anos após a descoberta pela família, tendo sido atendido pelo CAPS-AD em 2013, no entanto, não aderiu ao tratamento. Para ter acesso a droga pede aos amigos ou trabalha a base de troca. Faz uso de maconha, crack e bebida alcoólica, se comporta muito bem na sociedade e na

família, tendo um bom relacionamento com todos. A mãe relata que além do abuso das drogas o usuário tem problema no ouvido, tendo feito uma cirurgia ao nascer, e que nunca usou da violência para criação do filho. A mãe acredita que o filho foi agredido porque é “folgado” nas ruas, e que ficou sabendo do trauma por informação da vizinhança. A mãe relatou que o seu filho já foi agredido na rua por três rapazes há um ano, necessitando de atendimento hospitalar, no entanto, nada mudou. Porém, a mãe refere que após o evento em estudo o usuário mudou no sentido de que se cuida mais, está dormindo melhor, mudou sua alimentação e evita sair à noite como saía antes, e que está há aproximadamente 40 dias sem usar drogas, a mãe relata que o mesmo gostaria de cessar uso.

História familiar: Há relato do uso esporádico de bebida alcoólica por outro filho. A mãe recebeu os pesquisadores com cortesia, e falou abertamente sobre o problema, é católica praticamente, refere ter hipertensão arterial sistêmica e depressão, ambas com acompanhamento na UBS de referência. A mãe refere que o uso de bebida alcoólica interfere na sua vida social, e deixou de ir a bailes e viajar, e que para se sentir melhor diante da situação se apegou na religião, participando de grupos de oração e reuniões de família na igreja. Os almoços aos fins de semana são as atividades de lazer realizadas na família.

Condições sociodemográficas: A casa de madeira e alugada possui seis cômodos e dois dormitórios, com a presença de cinco moradores, sendo eles: a mãe, o usuário; um terceiro morador, é homem (37 anos), com ensino médio incompleto e vendedor; outro morador (43 anos) trabalha como pintor, e por último uma mulher (40 anos) que trabalha com finanças, os dois últimos citados dividem a casa com a família. A renda mensal da mãe é em torno de R\$ 1.200,00.

Acesso às políticas públicas: Os serviços de saúde utilizados pela família são a UBS e o CISAM, e a entrevistada considera o atendimento da UBS muito bom, mas refere que no atendimento do CISAM faltam médicos e psicólogos. Relata que no dia do evento o atendimento foi rápido, e que embora a cirurgia tenha demorado a ocorrer o atendimento hospitalar foi bom. A entrevistada conta que há um ano a família procurou ajuda para tratar a dependência no CAPS-AD, apenas após seis anos de descoberta do abuso, porque antes o indivíduo não queria. Relata que o atendimento foi gratuito, e acredita que a internação seja a única forma do usuário cessar o uso.

Caso 22 - Data do evento: 10/08/2014. Data da entrevista: 20/09/2014.

Caracterização do entrevistado: Mãe do usuário de bebida alcoólica, 45 anos, parda, casada, 12 anos estudados (cursou um ano de técnico de administração) e costureira.

Caracterização do usuário de drogas: Homem, 23 anos, pardo, solteiro, com 10 anos estudados e auxiliar de eletricista.

Evento/história clínica: No prontuário hospitalar constava que o indivíduo foi admitido no Pronto Socorro do HUM, levado pelo SIATE, após colisão de carro – anteparo, junto a mais duas pessoas. A ocorrência foi registrada no CCI/HUM por meio de busca ativa, tendo como agente tóxico a bebida alcoólica. O efeito da intoxicação registrado foi hálito alcoólico; e feridas cortantes foram sinais registrados como secundários ao trauma. Com a classificação clínica – Escala de Coma Glasgow (leve-15), Escala de Reed (zero) e Escore PSS (leve), o caso foi considerado leve pelos resultados da avaliação neurológica e do estado geral, pois não apresentava alterações do estado de consciência. Permaneceu

internado por um dia para observação clínica e tratamento sintomático, recebendo alta hospitalar a pedido do usuário sem registro de encaminhamentos ou orientações. Voltou ao HUM para retirada dos pontos de sutura e ultrassom do joelho.

História individual: Iniciou o uso de bebida alcoólica, segundo a mãe por influência dos amigos em comemorações festivas. A mãe relata que descobriu o uso pelo filho há quatro anos, após o mesmo ter chegado alterado em casa depois de uma festa. Faz a aquisição da bebida alcoólica com o dinheiro do próprio salário como auxiliar de eletricista. O pai também faz uso de bebida alcoólica e tem hipertensão arterial sistêmica. O comportamento do usuário na família é ótimo e não há relatos de violência intrafamiliar. A entrevistada refere que o indivíduo sofreu outros dois acidentes de moto devido ao uso de bebida alcoólica, sendo que em um deles ficou 27 dias em coma, no entanto, não houve mudança no padrão de uso.

História familiar: O pai do indivíduo também faz uso de bebida alcoólica socialmente. A mãe recebeu os entrevistadores com cortesia e respondeu às perguntas com respostas breves e sucintas. É evangélica praticante, relata sentir dores musculares acompanhada na UBS de referência. Refere que o abuso de álcool por parte do filho não causou alterações em sua vida social, e que segue a vida contanto apenas com o tempo para melhorar a situação. A família não realiza atividades de lazer em conjunto.

Condições sociodemográficas: Na casa própria de alvenaria com oito cômodos e três dormitórios, residem três pessoas: a mãe; o pai (54 anos), 12 anos estudados, motorista; e o usuário de drogas. A renda familiar é de aproximadamente R\$ 2.500,00.

Acesso às políticas públicas: A UBS é o serviço de referência da família, e a entrevistada relata que a UBS é resolutiva às suas solicitações e necessidades, mas que o encaminhamento para especialistas é demorado. Refere também que não tiveram dificuldades no dia do evento para serem atendidos no dia do evento e considerou o atendimento do HUM muito bom. Refere que nos últimos quatro anos após descoberta do abuso do álcool pelo filho, não procuraram ajuda nem tratamento para que o mesmo cessasse o uso da bebida, tampouco sabe o que deveria ser feito para tal.

Caso 23 - Data do evento: 25/08/2014. Data da entrevista: 20/09/2014. ÓBITO
--

Caracterização do entrevistado: Irmã do usuário de drogas, 24 anos, parda, casada, 11 anos estudados e vendedora.

Caracterização do usuário de drogas: Homem, 13 anos, pardo, solteiro, com quatro anos estudados, sem profissão.

Evento/história clínica: No prontuário hospitalar constava que o indivíduo foi admitido na UTI do HUM, levado pelo SIATE, após ser encontrado em zona de risco (“*boca de fumo*”) com um cigarro de maconha entre os dedos e com FAF em crânio com perda e exposição de massa encefálica. A ocorrência foi registrada por meio de busca ativa, tendo como agente tóxico a maconha. O efeito da intoxicação registrado foi dependência química; e politraumatismo e TCE por FAF foram sinais registrados como secundários ao trauma. Com a classificação clínica – Escala de Coma Glasgow (grave - 03), Escala de Reed (quatro) e Escala PSS (grave), o caso foi considerado grave pelos resultados da avaliação neurológica e do estado geral, pois apresentava alterações do estado de consciência e risco de morte. Permaneceu internado por oito dias evoluindo para óbito, tendo sido realizado captação de órgãos.

História individual: Aos 10 anos iniciou o uso das drogas, maconha, cigarro, lança perfume, cocaína e crack, por má influências das amigas, e por falta de suporte familiar. Comprava as drogas com o dinheiro da família, já foi agredido pela polícia, e tinha problemas respiratórios. A irmã relata que era um menino alegre, extrovertido, mas que largou os estudos, e desde que o irmão iniciou o uso das substâncias a família esteve ciente, tendo em vista que outra irmã também fazia uso de maconha.

História familiar: Há relato do uso de drogas por outra irmã, inclusive em companhia ao indivíduo, e ausência materna. A irmã recebeu os pesquisadores com cortesia, e não exitou falar sobre o assunto. É evangélica praticante, nega problemas de saúde, nega mudanças na família e em sua rotina por causa da dependência do irmão, e diz que para se sentir melhor perante a situação se ampara na religião. Refere que a atividade de lazer da família se resume em passeio ao *shopping* e que a vida dela e da família mudou completamente com a ausência do irmão.

Condições sociodemográficas: Na casa própria de alvenaria com cinco cômodos e dois dormitórios, residem quatro pessoas: A entrevistada; outra irmã, usuária de drogas, (17 anos) com quatro anos estudados e desempregada; duas crianças, sem relatos de relação familiar, uma de dois anos e outro de oito anos que está cursando o segundo anos de estudos. A renda familiar mensal é de aproximadamente R\$ 1.200,00.

Acesso às políticas públicas: A UBS e a UPA são os serviços de saúde de referência para a família. A entrevistada não soube relatar se houve dificuldades no atendimento no dia do evento, mas que a ambulância foi até o local, refere que o HUM lhe passou informações diferenciadas e que foi realizado no serviço a captação de órgãos. A entrevistada relata que a família nunca procurou serviço de tratamento para a dependência e que o irmão nunca cessou o uso das drogas. A família era acompanhada pelo conselho tutelar.

Caso 24 - Data do evento: 28/08/2014. Data da entrevista: 20/09/2014.

Caracterização do entrevistado: Sobrinho do usuário de bebida alcoólica, 46 anos, amarela, casada, 11 anos estudados e operador de máquina.

Caracterização do usuário de drogas: Homem, 61 anos, amarela, solteiro, com oito anos estudados e desempregado.

Evento/história clínica: No prontuário hospitalar constava que o indivíduo foi admitido no Pronto Socorro do HUM, após queda de bicicleta, apático e referindo disfagia. A ocorrência foi registrada no CCI/HUM por meio de busca ativa, tendo como agente tóxico a bebida alcoólica. O efeito da intoxicação registrado foi hipertensão arterial; e TCE e queda do estado geral foram sinais registrados como secundários ao trauma. Com a classificação clínica – Escala de Coma Glasgow (leve-15), Escala de Reed (zero) e Escore PSS (leve), o caso foi considerado leve pelos resultados da avaliação neurológica e do estado geral. Permaneceu internado por cinco dias para observação clínica e tratamento sintomático da hipertensão arterial, recebendo alta hospitalar, com orientações e acompanhamento com serviço social.

História individual: O indivíduo tem histórico de uso social de bebida alcoólica na família por quase todos os membros, o sobrinho refere que talvez o usuário tenha sido influenciado pelas companhias de amigos e falta de regras na família. O entrevistado não sabe afirmar se o tio faz uso de outras drogas, mas acredita que sim devido ao comportamento do tio, embora não tenha conseguido dizer como é este comportamento.

Quando está sob efeito da bebida alcoólica o usuário fica muito agressivo, porém é calmo quando está sem beber. O usuário tem diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica, porém sem tratamento. O sobrinho refere que houve vários episódios de queda da mesma altura na rua devido ao abuso do álcool, e que o tio já sofreu violência seguida de roubo quando estava etilizado. Também, relata que o indivíduo trabalhava no bar, e quando não trabalhava saía pela noite para beber. O entrevistado referiu que o usuário diz que tem interesse em alcançar a abstinência, mas em sua opinião isso não é realidade.

História familiar: A família possui um bar e todos os irmãos fazem uso da bebida alcoólica. O sobrinho é católico praticante, nega problemas de saúde, e relata que não mudou em nada sua vida com o uso do álcool por parte do tio, mas que para cuidar do tio tirou férias do trabalho, e que procurou o serviço social de referência na comunidade. As atividades de lazer realizadas pela família são as festas e almoços em conjunto, mas o usuário quase não participa.

Condições sociodemográficas: Na casa do entrevistado, própria de alvenaria com cinco cômodos e três dormitórios, residem quatro pessoas: o entrevistado; a esposa do entrevistado (42 anos), com 11 anos estudados e do lar, os filhos do entrevistado um de 14 anos, cursando o 9º ano de estudo, e um outro de sete anos no 2º ano de estudo; e o usuário. A renda familiar corresponde a R\$ 2.000,00.

Acesso às políticas públicas: A UBS é o serviço de referência para a família. O sobrinho considera o atendimento na UBS razoável. Refere que houve dificuldades no atendimento hospitalar no dia do evento, tendo em vista o atendimento de um profissional e também dificuldades de acessar o serviço social. Referiu que além do evento em estudo, o tio sempre sofre quedas nas ruas. Relata que a família sempre soube do uso da dependência, mas que nunca procuraram ajuda, e que depois do acidente o indivíduo ficou um tempo sem usar a bebida alcoólica.

Caso 25 - Data do evento: 26/08/2014. Data da entrevista: 23/09/2014.

Caracterização do entrevistado: Irmã do usuário de drogas, 55 anos, branca, com seis anos estudados, costureira autônoma.

Caracterização do usuário de drogas: Homem, 41 anos, branco, morador de rua, com três anos estudados e sem vínculo empregatício, às vezes faz diárias como pintor.

Evento/história clínica: No prontuário hospitalar constava que o homem foi admitido no Pronto Socorro do HUM, com escolta policial após ser vítima de agressão física. A ocorrência foi registrada no CCI/HUM por meio de busca ativa, tendo como agente tóxico a bebida alcoólica. O efeito da intoxicação aguda registrado foi hálito alcoólico; e contusão torácica, trauma de arcos costais e trauma de face foram os sinais registrados secundários ao trauma. Com a classificação clínica – Escala de Coma Glasgow (leve-15), Escala de Reed (zero) e Escore PSS (leve), o caso foi classificado como leve. Permaneceu no HUM por um dia, tendo como desfecho a alta hospitalar.

História individual: Segundo informações da irmã iniciou o uso de bebida alcoólica e maconha com aproximadamente 16 anos. Há aproximadamente nove anos iniciou o uso de *crack*, percebido pela família ao notar mudança de comportamento. Até o início do uso de *crack* não se envolvia em tantos conflitos, mas a partir do *crack* J.N.D. começou a ficar mais agressivo, se envolvendo em vários episódios de agressão física, não conseguia se estabelecer em um emprego. A mãe morava em Maringá com os filhos, mas devido às

várias situações de agressão verbal e física ela mudou-se para Doutor Camargo, mas ele foi procurá-la. Após vários episódios de agressão física contra a mãe (*“quebrou a bengala na cabeça da mãe”*), no início de 2013, mudou-se para Maringá, após apanhar muito de policiais. Foi preso várias vezes devido a roubos e porte de drogas. No ano passado foi liberado da prisão e está vivendo em situação de rua. Ele sofreu ferimento por arma de fogo há nove anos e foi esfaqueado há cinco meses, e sofreu outras várias situações de agressão física, devido ao comportamento agressivo. Ela fazia de tudo pelo irmão, levava comida na cadeia, ajudava com a roupa e com tudo o que precisasse, mas há aproximadamente um ano e meio ele a agrediu fisicamente, sendo este um evento marcante para que ela parasse de se preocupar tanto com ele (a entrevistada referiu que os filhos dela não sabem dessa situação). Às vezes o irmão vai a casa da irmã, mas os filhos dela não o aceitam, porque ele é muito agressivo e traz muito sofrimento para ela. A irmã não estava presente no local do evento, mas o usuário referiu que apanhou de quatro homens na rua, e alguém chamou a polícia, que o levou para a delegacia, mas o delegado avaliou o caso, e o encaminhou para o HUM, *“pois ele estava todo machucado”*. A irmã refere que o estado de saúde do usuário é precário, apresenta cisto pilonidal e *“ficou surdo de tanto apanhar na rua”*. Nunca aceitou tratamento para a dependência química.

História familiar: Os pais eram pessoas muito boas, a mãe era diarista e o pai era viajante. Os pais bebiam muito, e os filhos cresceram vendo os pais beber e brigar. O pai morreu há dois anos devido câncer, e a mãe mudou para religião evangélica e parou de fazer uso de bebida alcoólica por conta própria. Refere que o uso de drogas mudou tudo na sua vida, porque antes a família era mais unida, *“e agora acabou”*. Têm mais dois irmãos, um morreu com 49 anos por alterações nos pulmões devido ao uso crônico de *crack*, e outro irmão é usuário de bebida alcoólica e vive com a mãe.

Condições sociodemográficas: A casa em que a irmã reside, juntamente com um filho e o esposo, está localizada em uma comunidade próxima ao centro da cidade, em uma rua muito movimentada e com várias casas na vizinhança. A renda familiar da entrevista é de 4.000,00 reais.

Acesso às políticas públicas: A família utiliza o SUS por meio da UBS. No dia do evento a polícia foi acionada devido à situação de agressão física, e somente após o registro de ocorrência da agressão física, o usuário foi encaminhado ao HUM. A irmã não fez referência a dispositivo de atendimento a pessoas em situação de rua.

Caso 26 - Data do evento: 15/08/2014. Data da entrevista: 30/09/2014.

Caracterização do entrevistado: Irmão do usuário de drogas, 51 anos, branco, com dezesseis anos estudados, trabalha na polícia federal.

Caracterização do usuário de drogas: Homem, 47 anos, branco, mora sozinho, com 11 anos estudados e sem vínculo empregatício.

Evento/história clínica: No prontuário hospitalar constava que o homem foi admitido no Pronto Socorro do HUM, levado pelo SIATE, após ter sido vítima de atropelamento. A ocorrência foi registrada no CCI/HUM por meio de busca ativa, tendo como agente tóxico a bebida alcoólica. O efeito da intoxicação aguda registrado foi hálito alcoólico; e politraumatismo foi o sinal registrado secundário ao trauma. Com a classificação clínica – Escala de Coma Glasgow (leve-15), Escala de Reed (zero) e Escore PSS (leve), o caso foi

classificado como leve. Permaneceu no HUM por dois dias, tendo como desfecho a alta hospitalar.

História individual: Segundo informações do irmão iniciou o uso de drogas (bebida alcoólica, crack e maconha) com aproximadamente 15 anos. O irmão acredita que ele tenha começado o uso por influência dos amigos, uma vez que, dentre os cinco irmãos apenas ele usou drogas na vida. Por volta dos 18 anos a família começou a perceber alterações no comportamento e a convivência com outros usuários, sendo que ele fato levou a descoberta do uso de drogas. No início a família procurou ajuda da igreja e acreditava que o uso era por falta de religião e de caráter. Envolveu-se em três acidentes de trânsito e duas situações de agressão na rua. A família sempre morou em Curitiba, porem com o tempo os irmãos casaram e se mudaram e os pais morreram. O usuário viveu por um período em situação de rua, indo morar no estado de Mato Grosso, onde se casou com uma mulher e teve um filho, mas permaneceu no uso de drogas. Em 2006 foi agredido fisicamente por traficantes, que roubaram seus bens e o deixou novamente em situação de rua. Até 2011 viveu em situação de rua em Mato Grosso. Neste ano veio residir no município de Maringá para que os irmãos pudessem cuidar dele. Entre 2006 e 2011 o uso foi reduzido, havendo quatro tentativas de tratamento, sendo uma delas no estado de São Paulo, pois a família o internou compulsoriamente. A partir de 2011 voltou a usar constantemente as drogas. O entrevistado relata que R.R. mantém uso regular de bebida alcoólica e crack, mas que o uso é feito na casa onde mora. O irmão refere que o usuário é muito inteligente e que faz negociações com amigos e pequenos furtos para manter o uso. O usuário frequenta diariamente a casa do irmão, porém quando o irmão percebe que ele está com alterações decorrentes do uso de drogas, manda ele embora, para evitar que ele agrida a cunhada e os sobrinhos. O irmão acredita que a única forma de fazê-lo cessar o uso é por meio de algum medicamento, pois o usuário não tem força de vontade para cessar o uso e já foram feitas várias tentativas de internação para a abstinência.

História familiar: Dentre os cinco irmãos apenas R.R. faz uso de drogas, outro irmão é médico, sendo que este fator influenciou para a vinda do usuário para o município de tratamento, pois o irmão poderia ajudar a cuidar do usuário clinicamente. Os quatro irmãos ajudam financeiramente o usuário de drogas, pagando o aluguel e alimentação. O entrevistado referiu que o fato de ter que ajudar financeiramente o usuário gerou alguns conflitos com a sua família, pois a esposa e os filhos não aceitam que ele ajude financeiramente o irmão. O entrevistado referiu que esta situação gerou vários conflitos com a sua família, mas ele procura acreditar que é sua responsabilidade enquanto irmão de cuidar do usuário de drogas, e tenta buscar apoio na igreja para se sentir melhor diante da situação. O usuário frequenta diariamente a casa do irmão, e no dia da entrevista, estava presente. O irmão respondeu algumas perguntas na frente do usuário e diz que não esconde os problemas na família causados por ele.

Condições sociodemográficas: A casa em que o irmão reside, juntamente com dois filhos e a esposa, está localizada em uma comunidade próxima ao centro da cidade, em uma rua bem tranquila e com várias casas na vizinhança. A renda familiar do entrevistado é de 14.000,00 reais. O entrevistado referiu que a casa alugada para o irmão fica próxima a sua residência, sendo uma casa simples, e muito desorganizada, já que a manutenção e limpeza da casa são realizadas pelo usuário.

Acesso às políticas públicas: A família utiliza plano de saúde privado e o usuário utiliza o SUS. O irmão ficou sabendo do internamento do usuário apenas depois da alta hospitalar, por tanto não soube dizer como foi o atendimento oferecido ao irmão. O entrevistado

desconfia que o motivo do internamento não tenha sido acidente automobilístico e sim agressão física, embora o usuário afirme a primeira situação.

Caso 27 - Data do evento: 16/09/2014. **Data da entrevista:** 10/10/2014.

Caracterização do entrevistado: Mãe do usuário de drogas, 47 anos, parda, viúva, oito anos estudados e doméstica.

Caracterização do usuário de drogas: Homem, 27 anos, pardo, solteiro, com sete anos estudados e servente de pedreiro.

Evento/história clínica: No prontuário hospitalar constava que o indivíduo foi admitido no Pronto Socorro do HUM, levado pelo SIATE após múltiplos ferimentos por arma de fogo. A ocorrência foi registrada no CCI/HUM por meio de busca ativa, tendo como agente tóxico a bebida alcoólica e o crack. Sem registros dos sinais e sintomas observados, mas pode-se considerar que fraturas e múltiplos ferimentos por arma de fogo como secundários ao trauma. Com a classificação clínica – Escala de Coma Glasgow (leve-14), Escala de Reed (zero) e Escore PSS (grave), o caso foi classificado como grave apresentando lesões com risco de morte. O caso foi considerado moderado pelos resultados da avaliação do estado geral, com múltiplos FAF. Permaneceu internado por 14 dias para observação clínica, tratamento sintomático e de suporte, recebendo alta hospitalar por evasão do HUM, tendo sido transferido para o Hospital Metropolitano para cirurgia ortopédica.

História individual: Iniciou o uso de drogas por influência dos amigos aos 11 anos de idade, e a descoberta do uso pela família foi imediatamente devido informações dos vizinhos. Faz uso de maconha, crack, bebida alcoólica e é ex-tabagista, cessou cigarro após o evento. Consegue acesso às drogas fazendo por meio de tráfico e com o trabalho como servente de pedreiro. A entrevista refere que por volta de seis anos atrás, o filho ficou de um a quatro meses em uma casa de apoio, e que o tratamento não foi pago, todavia recebe ajuda da patroa e de amigos. Relata que há três anos o filho sofreu uma agressão física, mas não procurou atendimento. Relata que o filho já ficou preso duas vezes, por dois anos seguidos, a primeira em 2012 por 11 meses e a segunda em 2013 por oito meses. A mãe relata que em casa o filho é amável, atencioso e que não tem amigos. Nega qualquer violência na família ou outras doenças. A mãe refere que após o evento houve mudanças para melhor por parte do filho, está prestando maior atenção nas orientações que lhe são dadas pela família, e que está abstinente.

História familiar: Não há relatos de uso de drogas na família. A mãe é evangélica praticante, nega qualquer problema de saúde, e que sua vida não mudou com o uso de drogas por parte do filho, porque o mesmo faz uso fora de casa, e que para lidar com a situação se ampara na religião, e aconselha o filho, mas que nem sempre possui resultados positivos. Refere que a família não realiza atividades de lazer em conjunto.

Condições sociodemográficas: Na casa própria da família com seis cômodos e dois dormitórios, residem cinco pessoas: a entrevistada; o usuário; e três irmãos, uma de 22 anos e sete anos estudados, e um de 17 anos, com ensino médio incompleto, empregado em um lava jato, e por último o mais novo com três anos de idade. A renda familiar é de R\$ 968,00.

Acesso às políticas públicas: A UBS é o serviço de saúde de referência para a família. A entrevistada relatou que o atendimento no dia do evento foi muito bom. Conta que a

família buscou ajuda no CAPS há aproximadamente três anos, mas que demorou em torno de dez anos após a descoberta da dependência para procurar ajuda, porque o usuário não aceitava o tratamento.

Caso 28 - Data do evento: 28/09/2014. **Data da entrevista:** 10/10/2014.

Caracterização do entrevistado: Irmã do usuário de drogas, 24 anos, branca, solteira, 11 anos estudados e vendedora.

Caracterização do usuário de drogas: Homem, 21 anos, branco, solteiro, com 10 anos estudados e carregador.

Evento/história clínica: No prontuário hospitalar constava que o indivíduo foi admitido no Pronto Socorro do HUM, encaminhado pelo SAMU após agressão física sofrida pelo pai. A ocorrência foi registrada no CCI/HUM por meio de busca ativa, tendo como agente tóxico a bebida alcoólica e a maconha. Não houve relato dos efeitos de intoxicação registrados; e feridas cortantes foram sinais registrados como secundários ao trauma. Com a classificação clínica – Escala de Coma Glasgow (leve-15), Escala de Reed (zero) e Escore PSS (ausente), o caso foi considerado moderado pelos resultados da avaliação do estado geral e por relatos de que perdeu a consciência por alguns minutos após o trauma. Permaneceu internado por um dia recebendo alta hospitalar, sem registro de encaminhamentos ou orientações.

História individual: É dependente de maconha e bebida alcoólica desde os 12 anos de idade com descoberta pela família há três anos. Existe uma desconfiança por parte da irmã de que já tenha usado crack. A irmã relata que as desilusões amorosas e os conflitos constantes com o pai, que é etilista, influenciaram a iniciação do uso de drogas, tendo em vista o início súbito após o fim de um namoro. Há relato de várias situações de agressão física entre o pai e o usuário, que necessitaram de atendimento hospitalar. Refere que o irmão foi agredido pela polícia aos 17 anos, e que o mesmo possui transtorno afetivo bipolar não tratado. Relata que após o evento o pai parou de beber e o usuário ficou mais tranquilo. A irmã acredita que o irmão gostaria de parar de usar drogas e ser um homem bom, mas que o relacionamento com as pessoas traz dificuldades. A irmã refere que foi internado uma vez no hospital psiquiátrico, permanecendo por 20 dias, e foi acompanhado pelo CRAS, mas voltou a usar drogas.

História familiar: O pai do usuário de drogas é etilista e a mãe faz uso de bebida alcoólica esporadicamente. A irmã é evangélica e conta que sua vida mudou devido ao uso de drogas na família. A família não pratica atividades de lazer em conjunto. A mãe do usuário tem um bom relacionamento com o filho, mas é ruim com o esposo. O relacionamento interpessoal na família é conturbado pelo uso de bebida alcoólica do pai, e parece ter sido a grande influência para o uso de drogas pelo filho.

Condições sociodemográficas: Na casa alugada de sete cômodos e três dormitórios residem quatro pessoas: a entrevistada; o pai (50 anos), sem escolaridade, pedreiro e usuário de bebida alcoólica; a mãe (48 anos) com oito anos estudados e do lar que também faz uso de bebida alcoólica, e usuário. A renda mensal da família é de R\$ 2.500,00.

Acesso às políticas públicas: A UBS e o CRAS são os serviços de referência da família, onde a família buscou ajuda para a abstinência, porém sem sucesso. O atendimento no dia do evento foi avaliado como bom pela família. A entrevistada acredita que o irmão gostaria

de cessar o abuso das drogas por ser uma boa pessoa, mas acredita que o ele precisa de ajuda. Nunca procurou ajuda do CAPS para tratar o transtorno bipolar afetivo.

Caso 29 - Data do evento: 29/06/2014. **Data da entrevista:** 03/09/2014.

Caracterização do entrevistado: Mãe do usuário de drogas, 67 anos, branca, casada, com dois anos estudados e costureira autônoma.

Caracterização do usuário de drogas: Homem, 51 anos, preto, mora com os pais, com um ano estudado e servente de pedreiro sem registro em carteira de trabalho.

Evento/história clínica: No prontuário hospitalar constava que o indivíduo foi admitido no Pronto Socorro do HUM, levado pelo SIATE, após ter sido vítima de agressão física na rua perto da sua residência. A ocorrência foi registrada no CCI/HUM por meio de busca ativa, tendo como agente tóxico a bebida alcoólica. O registro no prontuário referente a intoxicação era que estava etilizado; e politraumatismo com trauma de face, crânio, arcos costais e abdome foram os sinais registrados como secundários ao trauma. Com a classificação clínica – Escala de Coma Glasgow (leve-15), Escala de Reed (zero) e Escore PSS (ausente), o caso foi classificado como leve. Permaneceu internado por dois dias tendo como desfecho a alta hospitalar.

História individual: Iniciou o uso de bebida alcoólica, crack e maconha com 18 anos, segundo a mãe, por influência dos amigos. Com aproximadamente 30 anos, a mãe procurou ajuda na igreja, porém não tinha a dimensão que o uso era tão prejudicial e também perdeu o controle sobre o filho, pois ele foi morar com outras mulheres e esta situação dificultou que a mãe pudesse intervir no uso das drogas. Por volta de 41 anos a mãe conseguiu um tratamento no município de Ribeirão Preto, custeado por ela e que afetou as finanças da família. C.A.O. permaneceu por quatro anos sem usar drogas, mas aos 44 anos retomou o uso e com 48 anos passou a ter um uso controlado, porém a situação piorou há um ano. Com 47 anos iniciou o tratamento no CAPS, mas repentinamente não quis mais frequentar o serviço. A mãe refere que esta é a pior fase e que o filho tem feito uso pesado de bebida alcoólica e maconha, ele nega o uso de crack, mas ela não acredita. Ele está muito agressivo e a mãe está pensando em manda-lo embora de casa. A mãe refere que ele tem brigas constantes com o pai, que não aceita o uso de drogas. Refere que ele não ajuda nas despesas com a casa e o dinheiro que recebe no trabalho usa para comprar as drogas. A mãe refere que a única forma do filho para de usar drogas é “*por uma obra divina*”, pois não há recurso que o faça cessar o uso.

História familiar: Os pais não nunca fizeram uso de drogas de abuso, são evangélicos e frequentam regularmente a igreja. A mãe refere que sempre ora para que o filho cesse o uso de drogas. Residem na casa apenas os pais e o usuário de drogas. A família não tem o hábito de desenvolver atividades em lazer em conjunto, porem a mãe e o pai sempre frequentam a igreja. O pai não aceita que o filho faça uso de drogas, por isso já brigaram muitas vezes, incluindo agressões verbais e físicas, sendo há 25 dias se agrediram fisicamente, a ponto dos vizinhos chamarem a polícia para intervir, pois o pai não aceita que o filho fume dentro de casa.

Condições sociodemográficas: A casa está localizada em uma rua tranquila, com várias casas na vizinhança, em uma região distante do centro da cidade, sem presença de bares e escolas na mesma rua, porém é uma comunidade socialmente vulnerável e em uma residência a frente da sua casa estava um jovem fazendo uso de cigarro, característico de

maconha. Moram em uma casa de alvenaria, que e pertence a família. No terreno tem duas casas, sendo que eles moram na casa dos fundos e aluga a casa da frente para um inquilino. A casa pertence aos pais e a irmão da mãe. Residem na casa três pessoas: o pai (58 anos), a mãe e o usuário. Possuem uma renda aproximada de 1.000,00 reais.

Acesso às políticas públicas: A família utiliza o SUS, por meio da UBS. A mãe refere que no dia do evento o filho foi bem atendido pelo serviço móvel e pelo hospital e elogiou o atendimento recebido na UBS. Verificou-se que o usuário foi atendido no CAPS, e que promoveu o uso controlado das drogas, porem as ações não foram continuadas o que contribuiu para a continuidade do uso. A mãe referiu que ele teve tuberculose há aproximadamente oito anos e foi tratado na UBS, e não tem queixas quanto ao tratamento.

Caso 30 - Data do evento: 29/08/2014. Data da entrevista: 14/10/2014.

Caracterização do entrevistado: Mãe do usuário de drogas, 65 anos, branca, viúva, com 11 anos estudados, em 2013 estava fazendo cursinho para vestibular e costureira autônoma.

Caracterização do usuário de drogas: Homem, 33 anos, branco, mora com a mãe, com dez anos estudados e exercia a profissão de tosador, porém sem trabalhar desde fevereiro de 2013.

Evento/história clínica: No prontuário hospitalar constava que o indivíduo foi admitido no Pronto Socorro do HUM, levado pelo SIATE, após ter sido vítima de ferimento por arma de fogo na casa de amigos. A ocorrência foi registrada no CCI/HUM por meio de busca ativa, tendo como agente tóxico o crack. O registro no prontuário referente a intoxicação era agitação; e feridas cortantes e ferimento por arma de fogo foram os sinais registrados como secundários ao trauma. Com a classificação clínica – Escala de Coma Glasgow (leve-15), Escala de Reed (zero) e Escore PSS (grave), o caso foi classificado como grave. Foi submetido a toracotomia, evidenciando lesão pulmonar a esquerda, lesão de artéria mamária esquerda e subclávia esquerda. Permaneceu internado por 20 dias tendo como desfecho a alta hospitalar.

História individual: Iniciou o uso de tabaco e maconha com 12 anos, com 20 anos começou a fazer uso de crack. Segundo a mãe H.H.D.O. sempre foi rejeitado pelo pai que fazia de tudo pelo outro filho, mas que só sentia desprezo por H.H.D.O. A mãe acredita que o fato do filho ser rejeitado pelo pai, influenciou positivamente o uso de drogas, pois o pai só conversava com o outro filho, e por isso ele procurou amigos na rua, que o influenciaram para o uso de drogas. A mãe refere que o filho sempre foi “rebelde” e diante da rejeição do pai, com 16 anos foi morar em Florianópolis, no ano seguinte voltou para a casa, mas em 2006 retornou a Florianópolis vivendo lá por dois anos, retornando novamente para Maringá. A mãe desconfiou que estivesse fazendo uso de drogas porque mudou o comportamento com a família, ficando mais isolado e deixando de conviver com a família. Com 27 anos, a mãe começou a ver cachimbo e papel dentro de casa, um dia percebeu que ele estava fumando e esfregou o maço de cigarros no rosto, como medida de repressão para não fumar mais. A mãe refere que assim que soube do uso de drogas ela procurou ajuda, ele foi internado em entidades para recuperação do uso de drogas – Hospital Psiquiátrico de Maringá (28 dias), Casa do Oleiro (08 meses), Moliv (15 dias), Elshadai (não lembra quantos dias), em uma chácara de um pastor (12 meses) -, e a mãe procurou ajuda em grupo de mutua ajuda - Mão Amiga -, sendo que ele foi apenas duas vezes. O paciente recebeu encaminhamento do HUM para ir ao CAPS, mas ele não foi. A mãe conseguiu um outro internamento no município de Rolândia, mas ele recusou,

referindo que *“ia sair sozinho”*. *“Quando ele tinha 28 anos o pai morreu, e o comportamento piorou, pois não tinha mais o pai para repreender”*. O usuário nunca se envolveu em situações de agressão física na rua, pois *“ele é muito calmo... o apelido dele é sossego”*, porém sofreu dois acidentes de moto, um em 2007 e outro em 2011. Parou de trabalhar há sete meses, e usava o salário para comprar as drogas, mas depois que saiu do emprego a mãe se viu obrigada a sustentar o vício, para evitar que o filho utilizasse de manobras ilícitas para adquirir a droga. Refere que já perdeu muito dinheiro por causa da dependência química do filho e que todos os dias ele pedia dinheiro, e ele fornecia porque *“ele fazia de tudo para conseguir o dinheiro pra comprar droga... deixava o quarto trancado para ele não roubar... pois ele já me roubou”*. A mãe paga pensão para dois filhos do usuário para evitar que ele seja preso por não pagar a pensão. A mãe refere que H.H.D.O. não gosta de fazer uso de bebida alcoólica e que faz apenas uso de crack, sendo que antes do acidente usava todos os dias. O usuário mudou o comportamento e a mãe percebeu que depois que após a alta hospitalar está mais calmo, e acredita que este fato está relacionado a gravidade do evento, em que ficou internado vários dias e em coma. Porém a mãe relata que ele continuou o uso de crack após a alta hospitalar. Após a alta hospitalar ficou um mês em Maringá, mas há 11 dias antes da entrevista, após receber ameaças na rua, foi morar em Curitiba com uma amiga. A mãe refere que ele quer para de usar drogas e por isso foi morar com esta amiga. A mãe percebe que ele está bem, mas não sabe se ele continua usando drogas.

História familiar: O pai fazia uso pesado de bebida alcoólica e era muito agressivo verbalmente, quando H.H.D.O. tinha nove anos *o “pai disse que não gostava dele, mas vivia agradando o outro filho”*. O pai era um filho adotivo e não aceitava essa situação, dizia que ninguém precisava de mãe para sobreviver. A esposa acredita que ele era frustrado por não ter uma mãe e essa frustração era revertida em agressividade com a família. Ele morreu há cinco anos, quando tinha 59 anos, devido a complicações clínicas causadas por diabetes mellitus. Atualmente a mãe mora sozinha, não faz uso de drogas, é evangélica e frequenta semanalmente a igreja. O irmão do usuário casou-se e mora em outra casa, faz uso controlado de tabaco e bebida alcoólica. A mãe refere que o convívio com usuário sempre foi muito difícil e as vezes ficava trancada dentro do quarto para não brigar com o filho diante do comportamento dele e também por não confiar nele.

Condições sociodemográficas: A casa está localizada em uma rua tranquila, no centro da cidade, com várias casas na vizinhança, sem presença de bares e escolas na mesma rua. Mora em uma casa de madeira, e alugada. A renda da mãe é de aproximadamente 2.000,00.

Acesso às políticas públicas: A mãe utiliza o SUS, por meio da UBS, considerando o atendimento muito bom. A mãe refere que no dia do evento o filho foi bem atendido pelo serviço móvel de urgência e pelo hospital. Verificou-se que o usuário foi atendido em várias clínicas filantrópicas para recuperação do uso de drogas, e em Hospital Psiquiátrico, porém estas medidas não foram efetivas.

APÊNDICE 3
INTERNAÇÃO HOSPITALAR E TRAUMA COMO EVENTO SENTINELA PARA O
MONITORAMENTO DOS EFEITOS DAS DROGAS DE ABUSO

1- ROTEIRO DE INVESTIGAÇÃO DE EVENTO SENTINELA

Nº prontuário _____ Número de registro _____

PARTE 1 – DADOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS DO USUÁRIO DE DROGAS

1-Nome _____

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

3-Endereço _____ Nº _____

4-Bairro _____ 5-Telefone _____

6-Religião _____

7-Data de nascimento: ____/____/____

8-Sexo: Masculino Feminino

9-Raça/cor: Branca Preta Amarela Parda Indígena

10-Estado conjugal Solteiro(a) Mora junto Casado Separado/Divorciado Viúvo(a)

Outro _____

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

12-Situação profissional _____

PARTE 2 – DADOS DO EVENTO

História da Intoxicação e Atendimento pré-hospitalar

13-Data da ocorrência ____/____/____

14-Horário da ocorrência _____

15-Droga de abuso _____

16-Local e descrição da intoxicação e da ocorrência do trauma _____

17-O que aconteceu após o trauma _____

Dados da Internação Hospitalar

18-Data da internação ____/____/____

19-Diagnóstico médico inicial _____

20-Comorbidades _____

21-Sinais e sintomas na admissão _____

22-Intercorrências durante a internação _____

23-Setor de internação _____

24-Exames complementares _____

25-Tratamento registrado _____

26-Registro das condições de alta _____

27-Diagnóstico médico final _____

28-Duração da internação _____ 29-Data da alta ____/____/____

30-Outros dados da história clínica _____

31-Registro de outros profissionais _____

PARTE 3 – INVESTIGAÇÃO DOMICILIAR E FAMILIAR

Dados do familiar entrevistado

32-Nome do familiar _____

33-Data de nascimento ____/____/____

34-Sexo Masculino Feminino

35-Raça/cor Branca Preta Amarela Parda Indígena

36-Estado conjugal Solteiro(a) Mora junto Casado Separado/Divorciado Viúvo(a)

Outro _____

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

38-Situação profissional _____

39-Relação familiar com o usuário de drogas _____

40-Religião / É praticante _____

41-Tem algum problema de saúde (sintomas/doenças) _____

42-Faz tratamento para estes problemas / Onde _____

43-Você teve que mudar a sua vida por causada do uso de drogas na sua família / O que mudou _____

44-O que o que você faz para se sentir melhor diante dessa situação _____

Caracterização da família

45-Pessoas que moram na mesma casa _____

Vínculo	Idade	Ocupação	Escolaridade	Usa drogas/Quais

46-Tipo de moradia casa alugada casa cedida casa própria alvenaria madeira

47-Números de cômodos _____ Número de dormitórios _____ 48- Renda familiar mensal _____

49-A família tem o hábito de desenvolver atividades de lazer / Quais _____

- 50-Quais são os serviços de saúde utilizados pela família / Como avalia esses serviços_____
- 51-Teve dificuldade para ser atendido (a) pelo serviço de saúde no dia do evento / Qual_____
- 52-Como você avalia o atendimento recebido / O que esperava do serviço de saúde_____
- 53-Antes do evento aconteceram situações de trauma e/ou violência na família por causa do uso de drogas / Há quanto tempo / Quem estava envolvido / Descrever_____
- 54-Houve alguma mudança na vida do usuário de drogas e da família após o evento_____

Dados do usuário de drogas informado pelo familiar

- 55-O familiar sofreu algum tipo de violência na infância_____
- 56-O familiar tem algum problema de saúde além do uso de drogas_____
- 57-Como é o comportamento do usuário na família, no trabalho e na sociedade_____
- 58- Quais drogas ele usa (cigarro, álcool, maconha, crack, e outras) / Frequência / Qual é a mais usada / Há quanto tempo faz uso_____
- 59-Como adquire a droga / Qual a fonte de dinheiro usada para comprar a droga_____
- 60-Em sua opinião, o que o levou a fazer uso de drogas_____
- 61-Quanto tempo levou entre o início do uso de drogas e a descoberta pela família_____
- 62-Há quanto tempo a família ficou sabendo sobre o uso de drogas / Como descobriu o uso_____
- 63-Procurou ajuda para tratar a dependência química / Onde /Como avalia a ajuda recebida_____
- 64-Demorou quanto tempo para procurar ajuda após a descoberta/Porque_____
- 65-Fez algum tratamento para dependência química / Número de vezes / Onde / Quando foi a ultima vez_____
- 66-O tratamento foi pago / Afetou as finanças da família / Quem pagou_____
- 67-Ele conseguiu ficar quanto tempo sem o uso de drogas / Porque voltou a usar _____
- 68-O familiar foi encaminhado para outros serviços de saúde após a alta hospitalar / Qual_____
- 69-Você acha que ele/ela gostaria de parar de usar drogas e se tratar_____

Data da entrevista domiciliar ____/____/____ **Pesquisador**_____

PARTE 4 – Conclusão da investigação**Qual foi o motivo básico para o uso de drogas de abuso pelo indivíduo**

Como a família vê esse problema _____

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

No domicílio _____

No trabalho _____

No serviço de saúde _____

Outros _____

Este evento poderia ter sido evitado? / Por quais as medidas? / Porque Ocorreu? / Como Ocorreu? Não Sim /Por medidas

Sociais _____

Educativas _____

Assistência médica _____

Assistência hospitalar _____

Outras _____

Modelo de *root cause analysis* (HEALTH and SAFETY EXECUTIVE, 2004; DWYER, 2000)
 Adaptado de Ballani, 2006

COMPROMISSO DO PESQUISADOR**Orientações quanto às alternativas de tratamento e/ou prevenção da ocorrência**

Data da conclusão da investigação ____/____/____ Pesquisador _____

APÊNDICE 4
INTERNAÇÃO HOSPITALAR E TRAUMA COMO EVENTO SENTINELA PARA O
MONITORAMENTO DOS EFEITOS DAS DROGAS DE ABUSO

2 – ROTEIRO DE CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA NO TRAUMA		
Escala de Glasgow*		
Abertura ocular	Espontânea	<input type="checkbox"/> 4
	Por estímulo verbal	<input type="checkbox"/> 3
	Por estímulo a dor	<input type="checkbox"/> 2
	Sem resposta	<input type="checkbox"/> 1
Resposta verbal	Orientado	<input type="checkbox"/> 5
	Confuso (mas ainda responde)	<input type="checkbox"/> 4
	Resposta inapropriada	<input type="checkbox"/> 3
	Sons incompreensíveis	<input type="checkbox"/> 2
	Sem resposta	<input type="checkbox"/> 1
Resposta motora	Obedece ordens	<input type="checkbox"/> 6
	Localiza dor	<input type="checkbox"/> 5
	Reage a dor mas não localiza	<input type="checkbox"/> 4
	Flexão anormal - decorticação	<input type="checkbox"/> 3
	Extensão anormal - decerebração	<input type="checkbox"/> 2
	Sem resposta	<input type="checkbox"/> 1
Total	<input type="checkbox"/> Leve (14 – 15) <input type="checkbox"/> Moderado (9 – 13) <input type="checkbox"/> Grave (3 – 8)	

*Avalia o estado neurológico de pessoas com trauma (TEASDALE; JENNETT, 1974).

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA NA INTOXICAÇÃO	
Escala de REED*	
<input type="checkbox"/> Zero	Acordado, responde a perguntas / torporoso, responde a estímulos verbais
<input type="checkbox"/> Um	Comatoso, reflexos intactos, retira o membro ao estímulo doloroso / não responde estímulo verbal, responde estímulo doloroso
<input type="checkbox"/> Dois	Comatoso, reflexos intactos, não retira membro ao estímulo doloroso, sem depressão respiratória ou circulatória / não responde estímulos, reflexos e sinais vitais estáveis
<input type="checkbox"/> Três	Comatoso, reflexos ausentes, sem depressão respiratória ou circulatória / não responde estímulos; arreflexia; sinais vitais estáveis, podem estar um pouco diminuídos pressão arterial e função respiratória
<input type="checkbox"/> Quatro	Reflexos ausentes, com depressão respiratória ou circulatória / não responde estímulos; arreflexia; sinais vitais instáveis, necessidade de monitorização respiratória e cardiovascular

*Correlaciona a gravidade da intoxicação com a intensidade das alterações neurológicas (MAS, ARTEGA, 2003; SBCM, 2007)

AVALIAÇÃO CLÍNICA NA INTOXICAÇÃO		
Escore de Avaliação Clínica de Paciente Intoxicado (PSS)		
<input type="checkbox"/> Ausente	Zero	Sem sinais ou sintomas relacionados à intoxicação
<input type="checkbox"/> Leve	Um	Sintomas leves, transitórios e se resolvem espontaneamente
<input type="checkbox"/> Moderado	Dois	Sintomas visíveis ou prolongados
<input type="checkbox"/> Grave	Três	Sintomas graves, com risco de vida
<input type="checkbox"/> Fatal	Quatro	Morte

SISTEMA	AUSENTE	LEVE	MODERADO	GRAVE	FATAL
	0	1	2	3	4
	SEM SINAIS SINTOMAS	SINTOMAS LEVES, TRANSITÓRIOS E SE RESOLVEM ESPONTANEAMENTE	SINTOMAS VISÍVEIS OU PROLONGADOS	SINTOMAS GRAVES, COM RISCO DE VIDA	MORTE
TRATO GASTROINTESTINAL		<ul style="list-style-type: none"> - VÔMITO, DIARRÉIA E DOR - IRRITAÇÃO, QUEIMADURA DE 1 GRAU, PEQUENAS LESÕES NA CAVIDADE ORAL - ENDOSCOPIA COM EDEMA E/OU ERITEMA 	<ul style="list-style-type: none"> - VÔMITOS REPETIDOS, DIARRÉIA E DOR - QUEIMADURA DE 1 GRAU EM LOCALIZAÇÃO CRÍTICA OU QUEIMADURAS DE 2 E 3 GRAU EM LOCALIZAÇÕES RESTRITAS - DISFAGIA - ENDOSCOPIA: LESÃO DA MUCOSA ULCERATIVA 	<ul style="list-style-type: none"> - HEMORRAGIA MACIÇA E PERFURAÇÃO - QUEIMADURAS GENERALIZADAS DE 2 E 3 GRAUS - DISFAGIA GRAVE - ENDOSCOPIA: LESÕES ULCERATIVAS TRANSMURAL, LESÕES CIRCUNFERENCIAIS, PERFURAÇÃO 	
SISTEMA RESPIRATÓRIO		<ul style="list-style-type: none"> - IRRITAÇÃO, TOSSE, DISPNEIA LEVE, BRONCOESPASMO LEVE - RAIOS X DE TORÁX: ANORMAL COM SINAIS LEVES E/OU SEM SINTOMAS 	<ul style="list-style-type: none"> - TOSSE PROLONGADA, DISPNEIA, ESTRÉTORES, HIPOXEMIA NECESSITANDO OXIGENOTERAPIA - RAIOS X TORÁX: ANORMAL COM SINTOMAS ALTERADOS 	<ul style="list-style-type: none"> - INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (EXEMPLO: BRONCOESPASMO SEVERO, OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS, EDEMA DE GLOTE, EDEMA PULMONAR, PNEUMONITE, PNEUMONIA, PNEUMOTÓRAX) - RAIOS X TORÁX: ANORMAL COM GRAVES SINTOMAS 	
SISTEMA NERVOSO		<ul style="list-style-type: none"> - SONOLÊNCIA, VERTIGEM, ZUMBIDO, ATAXIA - INQUIETAÇÃO - SINTOMAS EXTRAPIRAMIDIAIS LEVES LEVE COLINÉRGICA / ANTICOLINÉRGICA - PARESTESIA - DISTÚRBIOS VISUAIS OU AUDITIVOS LEVES 	<ul style="list-style-type: none"> - INCONSCIÊNCIA COM RESPOSTA ADEQUADA - APNÉIA BREVE, BRADIPNEIA - CONFUSÃO, AGITAÇÃO, ALUCINAÇÕES, DELÍRIO, CONVULSÕES GENERALIZADAS OU LOCAIS POUCO FREQUENTES - SINTOMAS EXTRAPIRAMIDIAIS PRONUNCIADOS, SINTOMAS COLINÉRGICOS / ANTICOLINÉRGICOS, PARALISIA LOCALIZADA QUE NÃO AFETA AS FUNÇÕES VITAIS - DISTÚRBIOS VISUAIS E AUDITIVOS 	<ul style="list-style-type: none"> - COMA PROFUNDO COM RESPOSTA INADEQUADA OU INSENSÍVEL À DOR - DEPRESSÃO RESPIRATÓRIA COM INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA - AGITAÇÃO EXTREMA FREQUENTE, CONVULSÕES GENERALIZADAS, ESTADO EPILÉPTICO, OPISTÓTONO - PARALISIA GENERALIZADA OU PARALISIA AFETANDO AS FUNÇÕES VITAIS - CEGUEIRA, SURDEZ 	

SISTEMA	AUSENTE	LEVE	MODERADO	GRAVE	FATAL
	0	1	2	3	4
	SEM SINAIS SINTOMAS	SINTOMAS LEVES, TRANSITÓRIOS E SE RESOLVEM ESPEONTANEAMENTE	SINTOMAS VISÍVEIS OU PROLONGADOS	SINTOMAS GRAVES, COM RISRO DE VIDA	MORTE
SISTEMA CARDIOVASCULAR		<ul style="list-style-type: none"> - EXTRA-SÍSTOLES ISOLADAS - LIGEIRA E PASSAGEIRA HIPO / HIPERTENSÃO 	<ul style="list-style-type: none"> - SINAIS BRADICARDIA (FC 40-50 EM ADULTOS, 80 EM LACTENTES E CRIANÇAS, 80-90 EM RECÉM-NASCIDOS) - SINAIS TAQUICARDIA (FC ~ 140-180 EM ADULTOS, 160-190 EM BEBÊS E CRIANÇAS, 160-200 EM RECÉM-NASCIDOS) - EXTRA-SÍSTOLES FREQUENTES, FIBRILAÇÃO ATRIAL / FLUTTER, BLOQUEIO AV HI, PROLONGADA QRS E QTC EM TEMPO, ANORMALIDADES DE REPOLARIZAÇÃO - ISQUEMIA DO MIOCÁRDIO - MAIS PRONUNCIADA HIPO / HIPERTENSÃO 	<ul style="list-style-type: none"> - BRADICARDIA SINUSAL GRAVE (FC <40 EM ADULTOS, <60 EM LACTENTES E CRIANÇAS, <80 EM NEONATOS) - TAQUICARDIA GRAVE SINUSAL (FC ~ > 180 EM ADULTOS, > 190 EM BEBÊS E CRIANÇAS, > 200 EM RECÉM-NASCIDOS) - ARRITMIAS VENTRICULARES COM RISCO DE VIDA BLOQUEIO AV, ASSISTOLIA III - O INFARTO DO MIOCÁRDIO - CHOQUE, CRISE HIPERTENSIVA 	
EQUILIBRIO METABOLICO		<ul style="list-style-type: none"> - DISTÚRBIOS ÁCIDO-BASE LEVES (HCO3 12-20 OU 30-40 MMOL / L; PH OU 7,25-7,32 OU 7,50-7,59) - ELETRÓLITOS LEVE E FLUIDO + DISTÚRBIOS (K 3,0-3,4 OU 5,2-5,9 MMOL / L) - HIPOGLICEMIA SUAVE (50-70 MG / DL OU 2,8-3,9 MMOL / L EM ADULTOS) - HIPERTERMIA DE CURTA DURAÇÃO 	<ul style="list-style-type: none"> - DISTÚRBIOS ÁCIDO-BASE MAIS PRONUNCIADOS (HCO3 10-14 OU > 40 MMOL / L; PH 7,15-7,24 OU 7,60-7,69) - ELETRÓLITOS E FLUIDOS + DISTÚRBIOS MAIS PRONUNCIADOS (K 2,5-2,9 OU 6,0-6,9 MMOL / L) - HIPOGLICEMIA MAIS PRONUNCIADA (30 - 50 MG / DL OU 1,7-2,8 MMOL / L EM ADULTOS) - HIPERTERMIA DE MAIOR DURAÇÃO 	<ul style="list-style-type: none"> - DISTÚRBIOS ÁCIDO-BASE SEVERAS (HCO3 <10 MMOL / L; PH <7,15 OU > 7,7) - DISTÚRBIOS ELETROLÍTICOS E DE LÍQUIDOS GRAVE + (K <2,5 OU > 7,0 MMOL / L) - HIPOGLICEMIA GRAVE (<30 MG / DL OU 1,7 MMOL / L EM ADULTOS) - GRAVE HIPO OU HIPERTERMIA 	
FÍGADO		<ul style="list-style-type: none"> - AUMENTO MÍNIMO EM ENZIMAS SÉRICAS (AST, ALT 2-5 X NORMAL) 	<ul style="list-style-type: none"> - AUMENTO DAS ENZIMAS SÉRICAS (AST, ALT 5-50 X NORMAL), MAS SEM DIAGNÓSTICO BIOQUÍMICAS (EXEMPLO, AMÔNIA, FATORES DE COAGULAÇÃO) OU EVIDÊNCIA CLÍNICA DE DISFUNÇÃO DE FÍGADO 	<ul style="list-style-type: none"> - ASCENSÃO EM SORO ENZIMAS (> 50 X NORMAL) OU BIOCHEMICAL (EXEMPLO, AMÔNIA, FATORES DE COAGULAÇÃO) OU EVIDÊNCIA CLÍNICA DE INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA 	
RINS		<ul style="list-style-type: none"> - MINIMA PROTEINÚRIA / HEMATÚRIA 	<ul style="list-style-type: none"> - PROTEINÚRIA MACIÇA / HEMATÚRIA - A DISFUNÇÃO RENAL (EXEMPLO, OLIGÚRIA, POLIÚRIA, DA CREATININA SÉRICA DE 200-500 MMOL / L) 	<ul style="list-style-type: none"> - A INSUFICIÊNCIA RENAL (EXEMPLO, ANÚRIA, CREATININA SÉRICA > 500 MMOL / L) 	
SISTEMA	AUSENTE	LEVE	MODERADO	GRAVE	FATAL
	0	1	2	3	4
	SEM SINAIS SINTOMAS	SINTOMAS LEVES, TRANSITÓRIOS E SE RESOLVEM ESPEONTANEAMENTE	SINTOMAS VISÍVEIS OU PROLONGADOS	SINTOMAS GRAVES, COM RISRO DE VIDA	MORTE
SANGUE		<ul style="list-style-type: none"> - DOR INTENSA, EXTREMA RIGIDEZ, EXTENSA CÔLICAS E FASCICULAÇÃO - RABDOMIÓLISE COM COMPLICATIONS CPK > 10.000 UI / L - SÍNDROME COMPARTIMENTAL 	<ul style="list-style-type: none"> - HEMÓLISE - METHAEMOGLOBINEMIA MAIS PRONUNCIADA (METHB 30-50%) - DISTÚRBIOS DE COAGULAÇÃO SEM HEMORRAGIA - ANEMIA, LEUCOPENIA, TROMBOCITOPENIA 	<ul style="list-style-type: none"> - HEMÓLISE MACIÇA - METHAEMOGLOBINEMIA GRAVE (METHB > 50%) - DISTÚRBIOS DE COAGULAÇÃO COM SANGRAMENTO - ANEMIA GRAVE, LEUCOPENIA, TROMBOCITOPENIA 	
SISTEMA MUSCULAR		<ul style="list-style-type: none"> - DOR LEVE, TERNURA - CPK 250-1,500 IU / L 	<ul style="list-style-type: none"> - DOR, RIGIDEZ, CÂIMBRAS E FASCICULAÇÕES - RABDOMIÓLISE, CPK 1,500-10,000 IU / L 	<ul style="list-style-type: none"> - DOR INTENSA, EXTREMA RIGIDEZ, EXTENSA CÔLICAS E FASCICULAÇÃO - RABDOMIÓLISE COM COMPLICAÇÕES, CPK 10.000 UI / L - SÍNDROME COMPARTIMENTAL 	
EFEITOS LOCAIS NA PELE		<ul style="list-style-type: none"> - IRRITAÇÃO, QUEIMADURAS DE 1 GRAU (VERMELHIDÃO) OU 2 GRAU QUEIMADURAS EM <10% DA ÁREA DE SUPERFÍCIE CORPORAL 	<ul style="list-style-type: none"> - 2 GRAU QUEIMADURAS EM 10-50% DO CORPO SUPERFÍCIE (CRIANÇAS: 10-30%) OU 3 GRAUS QUEIMADURAS EM <2% DA ÁREA DE SUPERFÍCIE CORPORAL 	<ul style="list-style-type: none"> - 2 GRAU QUEIMADURAS EM > 50% DA SUPERFÍCIE CORPORAL (CRIANÇAS: > 30%) OU 3 GRAU QUEIMADURAS EM > 2% DA ÁREA DE SUPERFÍCIE CORPORAL 	
EFEITOS LOCAIS NOS OLHOS		<ul style="list-style-type: none"> - IRRITAÇÃO, VERMELHIDÃO, LACRIMEJAMENTO, LEVE EDEMA PALPEBRAL 	<ul style="list-style-type: none"> - IRRITAÇÃO INTENSA, ABRASÃO CORNEANA MENORES (PUNTIFORMES) ÚLCERAS DE CÔRNEA 	<ul style="list-style-type: none"> - AS ÚLCERAS DA CÔRNEA (EXCETO PUNCTATA) PERFURAÇÃO - DANOS PERMANENTES 	
EFEITOS LOCAIS DE PICADAS E FERROADAS		<ul style="list-style-type: none"> - INCHAÇO LOCAL, PRURIDO - DOR LEVE 	<ul style="list-style-type: none"> - INCHAÇO ENVOLVENDO TODA A EXTREMIDADE, NECROSE LOCAL - DOR MODERADA 	<ul style="list-style-type: none"> - INCHAÇO ENVOLVENDO TODA A EXTREMIDADE E PARTES SIGNIFICATIVAS DA ÁREA ADJACENTE, MAIS EXTENSA NECROSE LOCALIZAÇÃO CRÍTICA DE INCHAÇO AMEAÇADORA VIAS AÉREAS - DOR EXTREMA 	

PERCEPÇÃO DO PESQUISADOR – CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA Leve Moderado GraveJustificativa _____

Data ____/____/____ Entrevistador _____

APÊNDICE 5

DIÁRIO DE CAMPO

Diário de campo nº _____ Iniciais do nome do paciente _____

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

Data da visita domiciliar ____/____/____ Entrevistador _____

APÊNDICE 6

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa intitulada **Vigilância epidemiológica das intoxicações por drogas de abuso: investigação de evento sentinela por critérios epidemiológicos, clínicos e laboratoriais**, que é desenvolvida pela Universidade Estadual de Maringá e é coordenada pela professora doutora Magda Lúcia Félix de Oliveira, da Universidade Estadual de Maringá.

O objetivo da pesquisa é investigar as internações hospitalares de indivíduos com diagnóstico médico de trauma relacionado à intoxicação por drogas de abuso, por meio da investigação de evento sentinela, utilizando critérios epidemiológicos, clínicos e laboratoriais. Para isto, a sua participação é muito importante, e ela se daria da seguinte forma: após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conceder uma entrevista sobre seu familiar que foi vítima de trauma, em que será aplicado um roteiro de entrevista pelo aluno pesquisador; e, autorizar contato telefônico com a finalidade de coletar mais informações a respeito da evolução do seu familiar, por meio de visita domiciliar, após um período de 30 dias após a alta hospitalar.

Em se tratando de familiares que fazem uso de drogas de abuso, possíveis desconfortos poderão surgir como o constrangimento ao discutir com a pesquisadora a vivência do uso de drogas em sua família. O aluno pesquisador 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 a do seu familiar, 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 o fortalecimento da rede de atenção em urgência e emergência aos usuários drogas de abuso no município de Maringá e região, e do conhecimento e habilidades que promovam a melhoria na assistência prestada aos indivíduos, à família e a comunidade, principalmente nas áreas de Saúde Coletiva, Saúde Mental, Assistência Toxicológica e Intervenção para enfrentamento ao uso de drogas de abuso.

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

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

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

_____ Data: _____
Assinatura ou impressão datiloscópica

Eu, Magda Lúcia Félix de Oliveira, 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 Magda Lúcia Félix de Oliveira, Paula Nishiyama e Simone Aparecida Galerani Mossini, conforme o endereço abaixo:

Av: Colombo, 5790. Maringá – PR. CEP: 87020-900

Telefone: (44) 3011-4489 / 3011-4565

E-mail: mlfoliveira@uem.br, paula.nishiyama@gmail.com e simonegmossini@yahoo.com.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.

Telefone: (44) 3261-4444

E-mail: copep@uem.br

ANEXOS

ANEXO 2

**FICHA DE NOTIFICAÇÃO E DE ATENDIMENTO DE OCORRÊNCIA
TOXICOLÓGICA – INTOXICAÇÃO ALCOÓLICA / OUTRAS DROGAS DE
ABUSO - OT/IA**

**FICHA DE NOTIFICAÇÃO E DE ATENDIMENTO
CENTROS DE ASSISTÊNCIA TOXICOLÓGICA**

RG: _____

INTOXICAÇÃO ALCOÓLICA / OUTRAS DROGAS DE ABUSO

CENTRO: _____ NÚMERO: _____ DATA: ____/____/____ HORA: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____ Vítima: Humana Animal Informação
 Idade: |__|_|_| H D M A Sexo: Masc. Fem. Ignorado Gestante: 1º Trim. 2º Trim. 3º Trim. Trim. Desc.
 Data de Nascimento: |__|_|_|_|_|_| 5 Não 6 Não se aplica 9 Ignorado
 Espécie (se Animal): _____
 Peso: |__|_|_|_|_| Kg Profissão/Ocupacional: _____
 Endereço: _____ Telefone: _____
 UF: _____ Município: _____ Bairro: _____ CEP: _____
 Cartão SUS: _____ Nome da mãe (se menor): _____

IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE

Nome: _____ UF: _____ Município: _____
 Instituição: _____ Bairro: _____
 Endereço: _____ Tel: _____ Ramal: _____
 Categoria: 1 Próprio 2 Médico 3 Parente 4 Enfermeiro 9 Ign. 5 Outro Prof. Saúde: _____ 8 Outro: _____

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

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

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

A - Tratamento Inicial			B - Tratamento Proposto			C - Tratamento Realizado		
	A	B	C		A	B	C	
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Carvão Ativado
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Catárticos
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diurese Forçada
<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemodiálise
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemoperfusão
<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Exsanguíneo Transfusão
<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Retirada Endoscópica
<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intervenção Cirúrgica
<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antídoto: _____
<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soro: _____
<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 88	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Outro: _____
<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 99	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ignorado

RESUMO (SUPERVISÃO)	
Manifestação Clínica:	<input type="checkbox"/> 1 SIM <input type="checkbox"/> 2 NÃO <input type="checkbox"/> 9 IGNORADA
Internação:	<input type="checkbox"/> 1 SIM <input type="checkbox"/> 2 NÃO <input type="checkbox"/> 9 IGNORADA
Análise Toxicológica:	<input type="checkbox"/> 1 SIM <input type="checkbox"/> 2 NÃO <input type="checkbox"/> 9 IGNORADA Especificar: _____
Evolução:	<input type="checkbox"/> 1 CURA <input type="checkbox"/> 2 CURA NÃO CONFIRMADA <input type="checkbox"/> 3 SEQÜELA <input type="checkbox"/> 4 ÓBITO <input type="checkbox"/> 5 ÓBITO OUTRA CAUSA <input type="checkbox"/> 8 OUTRO: _____ <input type="checkbox"/> 9 IGNORADA
Diagnóstico Definitivo:	_____ C.I.D. 10: _____

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

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO	RESPONSÁVEL PELA REVISÃO
Nome _____	Nome _____
Assinatura _____	Assinatura _____



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



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

DATA: ____ / ____ / ____

PLANTONISTA: _____

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

APRESENTAÇÃO DO AGENTE TÓXICO

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

DADOS DA INTOXICAÇÃO

DATA DA INGESTÃO OU ENTRADA NO PS ____ / ____ / ____	TIPO DE USO <input type="checkbox"/> AGUDO <input type="checkbox"/> CRÔNICO <input type="checkbox"/> INDETERMINADO <input type="checkbox"/> IGNORADO
HORÁRIO DE ENTRADA NO PS ____ : ____ hs.	

DESCREVER AS CIRCUNSTÂNCIAS DA INTOXICAÇÃO (Como aconteceu, onde, uso de outras drogas de abuso)

TIPO DE OCORRÊNCIA (se houve trauma ou violência)

Acidente Violência (agressão, crimes) Outros: _____

Tipo de veículo: _____ Local: _____ Local: _____

Nº de Vítimas: _____ Nº de vítimas: _____ Nº de vítimas: _____

Nº de óbitos: _____ Nº de óbitos: _____ Nº de óbitos: _____

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS

DOSAGEM ALCOÓLICA NÃO SIM Horário de coleta: ____ : ____ hs.

OUTROS EXAMES: _____

ANEXO 3**CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE - CID-10**

Fonte: <http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm> (acessado 11/12/2014)

Capítulo XX Causas externas de morbidade e de mortalidade

(V01-W64)

V01-X59 Acidentes**V01-V99 Acidentes de transporte****V01-V09 Pedestre traumatizado em um acidente de transporte**

V01 Pedestre traumatizado em colisão com um veículo a pedal

V02 Pedestre traumatizado em colisão com um veículo a motor de duas ou três rodas

V03 Pedestre traumatizado em colisão com um automóvel [carro], “pick up” ou caminhonete

V04 Pedestre traumatizado em colisão com um veículo de transporte pesado ou com um ônibus

V05 Pedestre traumatizado em colisão com trem [comboio] ou um veículo ferroviário

V06 Pedestre traumatizado em colisão com outro veículo não-motorizado

V09 Pedestre traumatizado em outros acidentes de transporte e em acidentes de transporte não especificados

V10-V19 Ciclista traumatizado em um acidente de transporte

V10 Ciclista traumatizado em colisão com um pedestre ou um animal

V11 Ciclista traumatizado em colisão com outro veículo a pedal

V12 Ciclista traumatizado em colisão com um veículo a motor de duas ou três rodas

V13 Ciclista traumatizado em colisão com um automóvel, “pick up” ou caminhonete

V14 Ciclista traumatizado em colisão com um veículo de transporte pesado ou um ônibus

V15 Ciclista traumatizado em colisão com um trem ou um veículo ferroviário

V16 Ciclista traumatizado em colisão com outro veículo não-motorizado

V17 Ciclista traumatizado em colisão com um objeto fixo ou parado

V18 Ciclista traumatizado em um acidente de transporte sem colisão

V19 Ciclista traumatizado em outros acidentes de transporte e em acidentes de transporte não especificados

V20-V29 Motociclista traumatizado em um acidente de transporte

V20 Motociclista traumatizado em colisão com um pedestre ou um animal

V21 Motociclista traumatizado em colisão com um veículo a pedal

V22 Motociclista traumatizado em colisão com um veículo a motor de duas ou três rodas

V23 Motociclista traumatizado em colisão com um automóvel [carro], “pick up” ou caminhonete

V24 Motociclista traumatizado em colisão com um veículo de transporte pesado ou um ônibus

V25 Motociclista traumatizado em colisão com um trem ou um veículo ferroviário

V26 Motociclista traumatizado em colisão com outro veículo não-motorizado

V27 Motociclista traumatizado em colisão com um objeto fixo ou parado

V28 Motociclista traumatizado em um acidente de transporte sem colisão

V29 Motociclista traumatizado em outros acidentes de transporte e em acidentes de transporte não especificados

V40-V49 Ocupante de um automóvel traumatizado em um acidente de transporte

V40 Ocupante de um automóvel [carro] traumatizado em colisão com um pedestre ou um animal

V41 Ocupante de um automóvel [carro] traumatizado em colisão com um veículo a pedal

V42 Ocupante de um automóvel [carro] traumatizado em colisão com outro veículo a motor de duas ou três rodas

V43 Ocupante de um automóvel [carro] traumatizado em colisão com um automóvel [carro], “pick up” ou caminhonete

V44 Ocupante de um automóvel [carro] traumatizado em colisão com um veículo de transporte pesado ou um ônibus

V45 Ocupante de um automóvel [carro] traumatizado em colisão com um trem [comboio] ou

um veículo ferroviário

V46 Ocupante de um automóvel [carro] traumatizado em colisão com outro veículo não-motorizado

V47 Ocupante de um automóvel [carro] traumatizado em colisão com um objeto fixo ou parado

V48 Ocupante de um automóvel [carro] traumatizado em um acidente de transporte sem colisão

V49 Ocupante de um automóvel [carro] traumatizado em outro acidentes de transporte e em acidentes de transporte não especificados

V50-V59 Ocupante de uma caminhonete traumatizado em um acidente de transporte

V50 Ocupante de uma caminhonete traumatizado em colisão com um pedestre ou um animal

V51 Ocupante de uma caminhonete traumatizado em colisão com um veículo a pedal

V52 Ocupante de uma caminhonete traumatizado em colisão com veículo a motor de duas ou três rodas

V53 Ocupante de uma caminhonete traumatizado em colisão com um automóvel [carro] ou uma caminhoneta

V54 Ocupante de uma caminhonete traumatizado em colisão com um veículo de transporte pesado ou um ônibus

V55 Ocupante de uma caminhonete traumatizado em colisão com um trem [comboio] ou veículo ferroviário

V56 Ocupante de uma caminhonete traumatizado em colisão com outro veículo não-motorizado

V57 Ocupante de uma caminhonete traumatizado em colisão com um objeto fixo ou parado

V58 Ocupante de uma caminhonete traumatizado em um acidente de transporte sem colisão

V59 Ocupante de uma caminhonete traumatizado em outros acidentes de transporte e em acidentes de transporte não especificados

V60-V69 Ocupante de um veículo de transporte pesado traumatizado em um acidente de transporte

V60 Ocupante de um veículo de transporte pesado traumatizado em colisão com um pedestre

ou um animal

V61 Ocupante de um veículo de transporte pesado traumatizado em colisão com um veículo a pedal

V62 Ocupante de um veículo de transporte pesado traumatizado em colisão com um veículo a motor de duas ou três rodas

V63 Ocupante de um veículo de transporte pesado traumatizado em colisão com um automóvel [carro] ou uma caminhonete

V64 Ocupante de um veículo de transporte pesado traumatizado em colisão com um outro veículo de transporte pesado ou um ônibus

V65 Ocupante de um veículo de transporte pesado traumatizado em colisão com um trem [comboio] ou um veículo ferroviário

V66 Ocupante de um veículo de transporte pesado traumatizado em colisão com um outro veículo não-motorizado

V67 Ocupante de um veículo de transporte pesado traumatizado em colisão com um objeto fixo ou parado

V68 Ocupante de um veículo de transporte pesado traumatizado em um acidente de transporte sem colisão

V69 Ocupante de um veículo de transporte pesado traumatizado em outros acidentes de transporte não especificados

V70-V79 Ocupante de um ônibus traumatizado em um acidente de transporte

V70 Ocupante de um ônibus traumatizado em colisão com um pedestre ou um animal

V71 Ocupante de um ônibus traumatizado em colisão com um veículo a pedal

V72 Ocupante de um ônibus traumatizado em colisão com um outro veículo a motor de duas ou três rodas

V73 Ocupante de um ônibus traumatizado em colisão com um automóvel [carro] ou uma caminhonete

V74 Ocupante de um ônibus traumatizado em colisão com um veículo de transporte pesado ou um ônibus

V75 Ocupante de um ônibus traumatizado em colisão com um trem [comboio] ou um veículo ferroviário

V76 Ocupante de um ônibus traumatizado em colisão com outro veículo não-motorizado

V77 Ocupante de um ônibus traumatizado em colisão com um objeto fixo ou parado

V78 Ocupante de um ônibus traumatizado em um acidente de transporte sem colisão

V79 Ocupante de um ônibus traumatizado em outros acidentes de transporte e em acidentes de transporte não especificados

V80-V89 Outros acidentes de transporte terrestre

V80 Pessoa montada em animal ou ocupante de um veículo a tração animal traumatizado em um acidente de transporte

V81 Ocupante de um trem [comboio] ou um veículo ferroviário traumatizado em um acidente de transporte

V82 Ocupante de um bonde [carro elétrico] traumatizado em um acidente de transporte

V83 Ocupante de um veículo especial a motor usado principalmente em áreas industriais traumatizado em um acidente de transporte

V84 Ocupante de um veículo especial a motor de uso essencialmente agrícola traumatizado em um acidente de transporte

V85 Ocupante de um veículo a motor especial de construções traumatizado em um acidente de transporte

V86 Ocupante de um veículo especial para qualquer terreno ou de outro veículo a motor projetado essencialmente para uso não em via pública, traumatizado em um acidente de transporte

V87 Acidente de trânsito de tipo especificado, mas sendo desconhecido o modo de transporte da vítima

V88 Acidente não-de-trânsito de tipo especificado, mas sendo desconhecido o modo de transporte da vítima

V89 Acidente com um veículo a motor ou não-motorizado, tipo(s) de veículo(s) não especificado(s)

V98-V99 Outros acidentes de transporte e os não especificados

V98 Outros acidentes de transporte especificados

V99 Acidente de transporte não especificado

W00-X59 Outras causas externas de traumatismos acidentais**W00-W19 Quedas**

W00 Queda no mesmo nível envolvendo gelo e neve

W01 Queda no mesmo nível por escorregão, tropeção ou passos em falsos [traspés]

W02 Queda envolvendo patins de rodas ou para gelo, esqui ou pranchas de rodas

W03 Outras quedas no mesmo nível por colisão com ou empurrão por outra pessoa

W04 Queda, enquanto estava sendo carregado ou apoiado por outra(s) pessoa(s)

W05 Queda envolvendo uma cadeira de rodas

W06 Queda de um leito

W07 Queda de uma cadeira

W08 Queda de outro tipo de mobília

W09 Queda envolvendo equipamento de “playground”

W10 Queda em ou de escadas ou degraus

W11 Queda em ou de escadas de mão

W12 Queda em ou de um andaime

W13 Queda de ou para fora de edifícios ou outras estruturas

W14 Queda de árvore

W15 Queda de penhasco

W16 Mergulho ou pulo na água causando outro traumatismo que não afogamento ou submersão

W17 Outras quedas de um nível a outro

W18 Outras quedas no mesmo nível

W19 Queda sem especificação

W20-W49 Exposição a forças mecânicas inanimadas

- W20 Impacto causado por objeto lançado, projetado ou em queda
- W21 Impacto acidental ativo ou passivo causado por equipamento esportivo
- W22 Impacto acidental ativo ou passivo causado por outros objetos
- W23 Apertado, colhido, comprimido ou esmagado dentro de ou entre objetos
- W24 Contato com elevadores e instrumentos de transmissão, não classificados em outra parte
- W25 Contato com vidro cortante
- W26 Contato com faca, espada e punhal
- W27 Contato com ferramentas manuais sem motor
- W28 Contato com segadeira motorizada para cortar ou aparar a grama
- W29 Contato com outros utensílios manuais e aparelhos domésticos equipados com motor
- W30 Contato com maquinaria agrícola
- W31 Contato com outras máquinas e com as não especificadas
- W32 Projétil de revólver
- W33 Rifle, espingarda e armas de fogo de maior tamanho
- W34 Projéteis de outras armas de fogo e das não especificadas
- W35 Explosão ou ruptura de caldeira
- W36 Explosão ou ruptura de cilindro de gás
- W37 Explosão ou ruptura de pneumático, tubulação ou mangueira, pressurizados
- W38 Explosão ou ruptura de outros aparelhos pressurizados especificados
- W39 Queima de fogos de artifício
- W40 Explosão de outros materiais
- W41 Exposição a um jato de alta pressão
- W42 Exposição ao ruído
- W43 Exposição à vibração
- W44 Penetração de corpo estranho no ou através de olho ou orifício natural
- W45 Penetração de corpo ou objeto estranho através da pele

W46 Contato com agulha hipodérmica

W49 Exposição a outras forças mecânicas inanimadas e às não especificadas

W50-W64 Exposição a forças mecânicas animadas

W50 Golpe, pancada, pontapé, mordedura ou escoriação infligidos por outra pessoa

W51 Colisão entre duas pessoas

W52 Esmagado, empurrado ou pisoteado por multidão ou debandada em massa de pessoas

W53 Mordedura de rato

W54 Mordedura ou golpe provocado por cão

W55 Mordedura ou golpe provocado por outros animais mamíferos

W56 Contato com animais marinhos

W57 Mordeduras e picadas de inseto e de outros artrópodes, não-venenosos

W58 Mordedura ou golpe provocado por crocodilo ou aligátor

W59 Mordedura ou esmagamento provocado por outros répteis

W60 Contato com espinhos de plantas ou com folhas aguçadas

W64 Exposição a outras forças mecânicas animadas e às não especificadas

ANEXO 4

FOLHETE DE INFORMATIVO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE MARINGÁ

CISAM - CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE MENTAL

O CISAM presta atendimento especializado em Saúde Mental sendo referência aos casos de transtornos mentais e comportamentais encaminhados pelas Unidades Básicas de Saúde, do Hospital Psiquiátrico, da Emergência Psiquiátrica, do CAPS II Criança, do CAPSI e do CAPSad. O usuário e a família podem ter indicação para atendimentos com periodicidade semanal, quinzenal, mensal ou ainda trimestral.

Crêterios para o encaminhamento ao CISAM:

- *casos graves e/ou comorbidades;
- *continuidade de tratamento pós alta hospitalar;
- *usuários crônicos para controle periódico (retornos programados).

Funcionamento: das 07h00min. às 19h00min.
Endereço: Rua das Carmélias nº 32, zona 05
Fones: Recepção: 3001-1710
Farmácia: 3001-1140

Unidades Básicas de Saúde
 Todas as UBSs contam com profissionais de saúde mental.

Informações
 Secretaria de Saúde: (44) 3218-3100

ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE MARINGÁ

A Atenção em Saúde Mental do Município oferece aos cidadãos serviços de atenção básica e especializada, por meio de ações em consonância com as diretrizes e propostas do Ministério da Saúde e da Reforma Psiquiátrica, de forma a possibilitar, sempre que possível, tratamento extra-hospitalar.

Essa Atenção conta com ações nas **Unidades Básicas de Saúde**, que são a porta de entrada aos serviços e espaços de acolhimento e acompanhamento, e ações especializadas por meio do Ambulatório de Saúde Mental - CISAM, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS II, CAPS ad e CAPSI) e Emergência Psiquiátrica do Hospital Municipal.

MARINGÁ
 Secretaria de Saúde

SAÚDE
 Secretaria de Saúde

SUS
 Sistema Único de Saúde

Profissão de MARINGÁ
 Construindo uma cidade cada vez melhor

CAPS - CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Os CAPS são serviços especializados em saúde mental que tem como objetivo o tratamento das pessoas em que o grau de comprometimento de seu estado de saúde mental requer monitoramento intensivo. Deve ser indicado para a fase de reabilitação, visando a reinserção social do cidadão, auxiliando na recomposição da estrutura interna e social da pessoa. As pessoas atendidas em CAPS são as que sofrem de transtornos mentais e comportamentais graves e persistentes (crônicos), que necessitam de reabilitação psicossocial e/ou desenvolver o auto cuidado. Recebem a demanda espontânea e encaminhamentos de todos os serviços de saúde, escolas, entre outros. Os CAPS contam com equipe multiprofissional, composta por médicos, assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, terapeutas ocupacionais, entre outros. Oferecem diversas atividades terapêuticas: psicoterapia individual ou grupal, oficinas terapêuticas, acompanhamento psiquiátrico, visitas domiciliares, atividades de orientação e inclusão das famílias, atividades comunitárias e outras.

Em Maringá temos três modalidades de CAPS, que são referência para os moradores de Maringá e Distritos de Iguaatemi e Floriano.

CAPSI – SANTA FELICIDADE "Pastora Genita Pinto Vargas".

Destina-se a atender crianças e adolescentes, com comprometimentos psicossociais severos e persistentes. Incluem-se nesta categoria os indivíduos com transtornos mentais, assim como usuários de álcool e outras drogas, ou seja, todos aqueles cujo comprometimento causam prejuízos acentuados em vários aspectos da rotina de vida da criança/adolescente (familiar, social, afetivo, escolar, dentre outros).

O atendimento de crianças e adolescentes se dará com autorização e acompanhamento dos pais e/ou responsáveis, visando a segurança, bem como a participação destes para efetivação do tratamento.

Funcionamento: das 07h30min. às 18h00min.

Endereço: Rua Ignês Gongora, esquina

com Carmen Miranda – Jd. Ipanema

Telefone: 3901-1130

CAPS II - CANÇÃO

O CAPS II Canção destina-se ao atendimento de adultos, com transtornos mentais secundários a outras doenças orgânicas, transtornos psicóticos, do humor, da personalidade e outros.

Funcionamento: das 08h00min. às 18h00min.

Endereço: Rua das Azaleias, 365, Zona 5.

Telefone: 3901-1139

CAPS AD - VIVA A VIDA

O CAPSad é o serviço destinado a proporcionar a atenção integral e contínua aos dependentes químicos e às pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, na idade adulta.

Funcionamento: das 07h00min. às 22h00min

Endereço: Rua São Pedro, 1761, Vila

Morangueira

Telefone: 3901-2300 | 3901-2282

Farmácia: 3901-2301

EMERGÊNCIA PSQUIÁTRICA

O Serviço de Atendimento às Urgências e Emergências Psiquiátricas é porta de entrada e reguladora do Sistema Único de Saúde (SUS) para as internações psiquiátricas no município de Maringá. Atende usuários de Maringá e 66 municípios que fazem parte da 15ª, 13ª e 11ª Regionais de Saúde. Funciona 24 horas diárias, segunda a domingo no Hospital Municipal de Maringá.

Atende usuários encaminhados pela rede de saúde (SAMU, CAPSad, CAPSI, CAPSII, CISAM e Unidades Básicas de Saúde) e demanda espontânea em situações de crise, tais como: agitação psicomotora, delírios, alucinações, tentativa de suicídio, intoxicação e/ou síndrome de abstinência por substâncias psicoativas, entre outros.

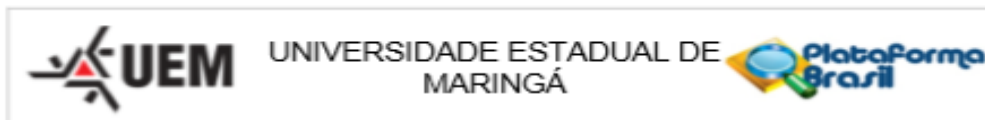
Endereço: Av. Nildo Ribeiro da Rocha nº 865

Hospital Municipal de Maringá

Telefone: 3221-4800

ANEXO 5

PARECER COPEP/UEM



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Vigilância epidemiológica das intoxicações por drogas de abuso: investigação de evento sentinela por critérios epidemiológicos, clínicos e laboratoriais.

Pesquisador: Magda Lúcia Félix de Oliveira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 06218713.0.0000.0104

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Maringá

Patrocinador Principal: Fundação Araucária

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 458.185

Data da Relatoria: 04/11/2013

Apresentação do Projeto:

O abuso de drogas constitui fator de risco para o trauma e um problema social e sanitário de grande magnitude. O presente projeto tem o objetivo de avaliar a aplicabilidade do procedimento de vigilância epidemiológica de eventos sentinela a partir da internação hospitalar de indivíduos com diagnóstico suspeito de traumas decorrentes do uso de drogas de abuso, em um município da região Noroeste do Paraná. Trata-se de um estudo do tipo prospectivo, exploratório-descritivo, com análise quanti-qualitativa dos dados.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a aplicabilidade do procedimento de vigilância epidemiológica de eventos sentinela a partir da internação hospitalar de indivíduos com diagnóstico suspeito de traumas decorrentes do uso de drogas de abuso, ampliando seu escopo conceitual.

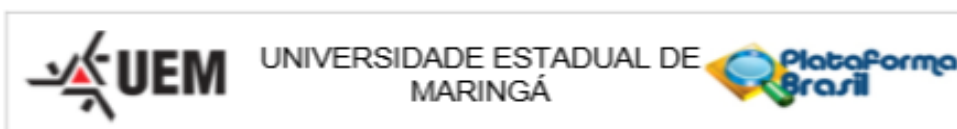
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

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

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

As pendências apresentadas foram resolvidas. Quanto ao financiamento do projeto pelo PPSUS, a pesquisadora acrescentou cópia do plano de trabalho da Fundação Araucária visando comprovar a

Endereço: Av. Colombo, 5730, UEM-PPG
 Bairro: Jardim Universitário CEP: 87.020-900
 UF: PR Município: MARINGÁ
 Telefone: (44)3011-4444 Fax: (44)3011-4518 E-mail: copep@uem.br



Continuação do Parecer: 455.155

aprovação dos recursos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Quanto a folha de rosto foi preparada uma nova, com o carimbo adequadamente legível. Quanto ao TCLE foi redigido um novo, incluindo as informações dos exames bem como diferenciando o dos familiares e dos pacientes.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá é de parecer favorável à aprovação do protocolo de pesquisa apresentado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Face ao exposto e considerando a normativa ética vigente, este Comitê se manifesta pela aprovação do protocolo de pesquisa em tela.

MARINGÁ, 14 de Novembro de 2013

Assinador por:
Ricardo Cesar Gardiolo
(Coordenador)

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG
 Bairro: Jardim Universitário CEP: 87.020-900
 UF: PR Município: MARINGÁ
 Telefone: (44)3011-4444 Fax: (44)3011-4513 E-mail: copep@uem.br

ANEXO 6
PARECER PARA ACESSO A PRONTUÁRIOS HOSPITALARES HUM



PROJETO DE PESQUISA AUTORIZADO
COREA/COPEP

Solicitação nº 098/2013 - ATC

Encaminhamos os (as) pesquisadores (as): **Magda Lúcia Félix de Oliveira**

Título da Pesquisa:

Vigilância epidemiológica das intoxicações por drogas de abuso: investigação de evento sentinela por critérios epidemiológicos, clínicos e laboratoriais

Período: **a partir de maio/2014.**

Orientador: a mesma

Maringá, 09 de Maio de 2014.


Carimbo e Assinatura
Mirian Aparecida Micarelli Struet
COREA - Comissão de Regulamentação de
Atividades Acadêmicas e Serviços Voluntários/HUM

Observação ao Pesquisador (a) e docente:

Todos os projetos e pesquisas realizados no HUM, servirão como fonte de dados científicos. Solicitamos uma cópia do trabalho em meio digital-CD/DVD a ser entregue na Assessoria Técnica Científica – ATC, Fone: 3011-9172.