



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

ALAN HENRIQUE DE LAZARI

**VULNERABILIDADE DE FAMÍLIAS EM REGIÃO COM ELEVADA
CIRCULAÇÃO DE DROGAS DE ABUSO EM UM MUNICÍPIO DO NOROESTE
DO PARANÁ**

**MARINGÁ
2016**

ALAN HENRIQUE DE LAZARI

**VULNERABILIDADE DE FAMÍLIAS EM REGIÃO COM ELEVADA
CIRCULAÇÃO DE DROGAS DE ABUSO EM UM MUNICÍPIO DO NOROESTE
DO PARANÁ**

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
2016**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

L431v Lazari, Alan Henrique de
Vulnerabilidade de famílias em região com elevada circulação de drogas de abuso em um município do noroeste do Paraná / Alan Henrique de Lazari. - - Maringá, 2016.
106 f. : il. figs., quadros, tabs.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Magda Lúcia Félix de Oliveira.
Dissertação (mestrado)- Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2016.

1. Drogas - Análise de vulnerabilidade. 2. População vulnerável. 3. Drogas de abuso - Populações vulneráveis. 4. Enfermagem em saúde pública. 5. Uso de drogas - Família. I. Oliveira, Magda Lúcia Félix de, orient. II. Universidade Estadual de Maringá. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDD 21. ed. 616.8632

ALAN HENRIQUE DE LAZARI

**VULNERABILIDADE DE FAMÍLIAS EM REGIÃO COM ELEVADA
CIRCULAÇÃO DE DROGAS DE ABUSO EM UM MUNICÍPIO DO NOROESTE
DO PARANÁ**

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Magda Lúcia Félix de Oliveira (Orientadora)
Universidade Estadual de Maringá (UEM)

Prof^a. Dr^a. Liliana Müller Larocca
Universidade Federal do Paraná (UFPR)

Prof. Dr. Carlos Alexandre Molena Fernandes
Universidade Estadual de Maringá (UEM)

DEDICO

A minha família, principalmente, aos meus pais, pelo amor incondicional, apoio e incentivo em todos os momentos da minha vida, mas, sobretudo, por me guiarem e me orientarem a seguir sempre no caminho certo, na busca de crescimento espiritual, pessoal e profissional. Sem vocês, nada disso seria possível.

Aos meus professores que sempre me fizeram acreditar na realização dos meus sonhos e trabalharam muito para que eu pudesse realizá-los.

A minha namorada, que sempre com carinho, atenção e, principalmente paciência, esteve presente, nesta e em outras caminhadas, por ter compreendido os momentos de minha ausência, por todo amor e força, oferecidos mim, sem eles não seria possível conseguir a concretização do curso de Pós-Graduação.

AGRADECIMENTOS

Registro meus agradecimentos a todos os que compartilharam o trilhar de mais esse caminho percorrido, contribuindo, direta e indiretamente, para que eu realizasse esta pesquisa, auxiliando-me e dando-me forças nos momentos em que mais precisei.

Minha gratidão, em primeiro lugar, a Deus, por estar comigo em todos os momentos e iluminando-me, sendo meu refúgio e fortaleza nos momentos mais difíceis. Por me proporcionar uma vida tão abençoada e generosa, e por estender suas mãos me oferecendo as oportunidades que me impulsionaram até aqui. A ele, minha eterna gratidão.

Agradeço, especialmente, à minha família, pelo apoio para que eu concretizasse essa pesquisa: minha mãe e meu pai, que foram incansáveis, que estiveram sempre ao meu lado, entendendo-me nos momentos de ausência, dando-me apoio e carinho.

À professora Dr^a. Magda Lúcia Félix de Oliveira, minha “orientadora”, que me possibilitou “aprendizagens únicas”, por meio do grande incentivo e orientação que me foram concedidos durante essa jornada.

Aos colegas da pós-graduação, por tudo o que com eles aprendi e por partilharem a construção do meu estudo. Em especial, aos amigos Marcelo, Camila, Laís, Patrícia, Lúcia, Cleiton e Anai por estarem mais próximos a mim no decorrer desta etapa: valeram os momentos de conversas, discussões e distrações.

Aos demais amigos “CCíticos”, com quem convivi nos últimos cinco anos, trocando experiências, angústias e, principalmente, alegrias.

Aos Professores do Programa de Pós-Graduação Mestrado e Doutorado em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, pela formação qualificada durante este caminhar.

Aos amigos da turma 2015 do Mestrado, por estarem sempre presentes, compartilhando conhecimentos, e dividindo momentos de alegrias e ansiedades.

Aos meus amigos que acompanharam toda esta etapa e colaboraram para meu sucesso.

A Universidade Estadual de Maringá – UEM e a todos os que fazem parte desta comunidade.

A todos que de alguma forma ajudaram na conclusão deste trabalho, meus sinceros agradecimentos.

“Cada sonho que você deixa para trás, é um pedaço do seu futuro
que deixa de existir”.

(Steve Jobs)

LAZARI, A. H. de. **Vulnerabilidade de famílias em região com elevada circulação de drogas de abuso em um município do noroeste do Paraná.** 106 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Maringá. Orientadora: Magda Lúcia Félix de Oliveira. Maringá, 2016.

RESUMO

O presente estudo objetivou analisar a vulnerabilidade individual, social e programática de famílias que convivem em território com elevada circulação de drogas de abuso. Pesquisa transversal, quantitativa e descritiva, que utilizou inquérito domiciliar de base populacional, realizado em um bairro periférico do município de Maringá-PR, com quatro setores censitários implantados em períodos e exigências socioeconômicas diferentes para financiamento dos imóveis. Foi utilizado um instrumento de coleta de dados estruturado, composto por questões para caracterização sócio demográficas das famílias e questões para reconhecimento dos planos analíticos da vulnerabilidade, segundo as dimensões individual, social e programática, aplicado a partir de amostragem probabilística aleatória em domicílios. Os dados foram analisados no Software de análise estatística R, sendo submetidos à análises descritivas (médias, desvio padrão) e o teste do qui-quadrado. Foram entrevistados 358 moradores, sendo a maioria mulheres (262 – 73,2%), faixa etária média 52,2 anos, autorreferência a raça/cor branca (209 – 58,4%), e casados (205 – 57,3%). A média de anos estudados foi 7,1 e a profissão aposentado (92 – 25,7%) e do lar (23,2%) foram as mais citadas. A maioria das famílias foi classificada como nuclear (196 – 54,7%), ou extensa (121 – 33,8%), e eram constituídas por média de 3,6 pessoas por domicílio, e 104 (29,3%) refeririam algum membro desempregado. A indicação da percepção de drogas foi relevante – 349 (97,5%) afirmações, e 313 (89,6%) relataram perceber grande circulação e consumo de drogas. Em relação ao uso de drogas na família, 110 (30,9%) responderam afirmativamente, principalmente a bebida alcoólica (69 – 62,7%), e outras drogas ilícitas – 41 (37,7%). Observou-se associação significativa entre o uso de drogas e os setores censitários III e IV ($p = 0,035$) e a maior frequência do uso de drogas entre usuários dos setores censitários III e IV ($p = 0,048$); e entre presença de usuários de drogas e estrutura familiar monoparental e extensa ($p = 0,058$). Encontrou-se relação significativa entre renda e uso de drogas ($p = 0,000$) e a interferência do uso de drogas na vida da família ($p = 0,044$), e entre presença de drogas na família e a percepção da presença dos serviços públicos na região ($p = 0,047$), indicando carência de políticas públicas locais. Conclui-se, no entanto, que famílias com usuários de drogas possuíam condições que potencializavam a vulnerabilidade nas dimensões individual, social e programática, e, apesar de críticas dirigidas ao estabelecimento das relações de causalidade entre pobreza e uso de drogas, a coexistência com as drogas no bairro estudado foi indicada pelos moradores.

Palavras-chave: Drogas de abuso; Vulnerabilidade em saúde; Populações vulneráveis; Família; Análise de vulnerabilidade; Enfermagem em saúde comunitária.

LAZARI, A. H. de. **Vulnerability of families in an area with high circulation of drugs of abuse in a municipality of northwestern Paraná.** 106 f. Dissertation (Master in Nursing) – State University of Maringá. Supervisor: Magda Lúcia Félix de Oliveira. Maringá, 2016.

ABSTRACT

The present study aimed at analyzing the individual, social and programmatic vulnerability of families living in a territory with high circulation of drugs of abuse. A cross-sectional, quantitative and descriptive study using a population-based household survey conducted in a peripheral neighborhood of the city of Maringá-PR, with four census tracts implanted in different periods and different socioeconomic requirements for real estate financing. A structured data collection instrument was used, consisting of questions for socio-demographic characterization of families and questions for the recognition of analytical plans of vulnerability, according to the individual, social and programmatic dimensions, applied from probabilistic random sampling in domiciles. The data were analyzed in the software of statistical analysis R, being submitted to the descriptive analyzes (means, standard deviation) and the Chi-square test. A total of 358 residents were interviewed, most were women (262 – 73.2%), average age group 52.2 years, self-referral to white race/color (209 – 58.4%), and married (205 – 57.3%). The average number of years studied was 7.1 and the retired (92 – 25.7%) and housewife (23.2%) were the most cited. Most families were classified as nuclear (196 – 54.7%), or ample (121 – 33.8%), and were constituted by an average of 3.6 persons per household, and 104 (29.3%) reported unemployed member. The pointing of drug perception was relevant – 349 (97.5%) affirmations, and 313 (89.6%) reported perceiving large circulation and drug use. Regarding drug use in the family, 110 (30.9%) answered affirmatively, especially alcoholic drink (69 – 62.7%), and other illicit drugs – 41 (37.7%). There was a significant association between drug use and census tracts III and IV ($p = 0.035$) and higher frequency of drug use among users of census tracts III and IV ($p = 0.048$); and among the presence of drug users and a single-parent and ample family structure ($p = 0.058$). There was a significant relationship between income and drug use ($p = 0.000$) and interference of drug use in family life ($p = 0.044$), and between the presence of drugs in the family and the perception of public services in the area ($p = 0.047$), indicating lack of locoregional public policies. It was concluded, however, that families with drug users had conditions that increased vulnerability in the individual, social and programmatic dimensions and, despite criticisms directed at the establishment of causal relations between poverty and drug use, the coexistence with drugs in the studied neighborhood was indicated by the residents.

Keywords: Street drugs; Health vulnerability; Vulnerable populations; Family; Vulnerability analysis ;Community health nursing.

LAZARI, A. H. de. **Vulnerabilidad de familias en región con elevada circulación de drogas de abuso en un municipio del noroeste del Paraná**. 106 f. Disertación (Maestría en Enfermería) - Universidad Estadual de Maringá. Líder: Magda Lúcia Félix de Oliveira. Maringá, 2016.

RESUMEN

El presente estudio tuvo el objetivo de analizar la vulnerabilidad individual, social y programática de familias que conviven en territorio con elevada circulación de drogas de abuso. Estudio transversal, cuantitativo y descriptivo, que utilizó una encuesta de hogares de base poblacional, llevada a cabo en un barrio periférico del municipio de Maringá-PR, con cuatro secciones censales implantadas en períodos y exigências socioeconómicas distintas para el financiamiento de los bienes inmuebles. Se utilizó un instrumento estructurado de recolección de datos, compuesto de preguntas para la caracterización social y demográfica de las familias y preguntas para el reconocimiento de los planos analíticos de la vulnerabilidad, segundo las dimensiones individual, social y programática, aplicado a partir de muestreo probabilístico aleatorio de los hogares. Los datos fueron analizados en el Software de análisis estadísticos R, siendo sometidos a análisis descriptivos de tendencia central y dispersión (media y desviación estándar) y de la prueba del chi-cuadrado. Fueron entrevistados 358 moradores, siendo la mayoría mujeres (262 – 73,0%), edad media de 52,2 años, raza/color autorreferenciada blanca (209 – 58,4%), y casados (205 – 57,3%). La media de años de estudio fue 7,1 y la ocupación jubilado (92 – 25%) y amas de casa (23,2%) fueron las más mencionadas. La mayoría de las familias fue clasificada como nuclear (196 – 54,7%), o extensa (121 – 33,8%), y eran constituidas por una media de 3,6 personas por hogar, y 104 (29,3%) refirieron algún de los miembros desempleado. La indicación de la percepción de las drogas fue relevante – 349 (97,5%) afirmaciones, y (89,6%) informó darse cuenta de la gran circulación y consumo de drogas. En relación a el consumo de drogas en la familia, 110 (30,9%) respondieron afirmativamente, especialmente el alcohol (69 – 62,7%), y otras drogas ilícitas – 41 (37,7%). Fue observado una asociación significativa entre el consumo de drogas y secciones censales III y IV ($p = 0,035$) y una mayor frecuencia de consumo de drogas entre los usuarios de las secciones censales III y IV ($p = 0,048$); y entre la presencia de usuarios de drogas y la estructura familiar monoparental y extensa ($p = 0,058$). Ha sido observada una relación estadística significativa entre el ingreso y el consumo de drogas ($p = 0,000$) y la interferencia del consumo de drogas en la vida familiar ($p = 0,044$), y entre la presencia de drogas en la familia y la percepción de la presencia de los servicios públicos en la región ($p = 0,047$), lo que indica la falta de políticas públicas locales. Se concluye, sin embargo, que las familias con usuarios de drogas tenían condiciones que potencializaban la vulnerabilidad en las dimensiones individual, social y programáticas, y pese a las críticas dirigidas a el establecimiento de relaciones causales entre la pobreza y el consumo de drogas, la coexistencia con las drogas en el barrio estudiado fue indicada por los moradores.

Palabras clave: Drogas ilícitas. Vulnerabilidad en salud. Poblaciones vulnerables. Familia. Análisis de vulnerabilidad. Enfermería. Enfermería en salud comunitaria.

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ATI	Academia da Terceira Idade
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CAPEP	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CCI	Centro de Controle de Intoxicações
CIAT	Centro de Informação e Assistência Toxicológica
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COPEP	Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
HIV	Vírus da Imunodeficiência Adquirida
HUM	Hospital Universitário de Maringá
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
LENAD	Levantamento Nacional de Álcool e Drogas
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPSUS	Programa Pesquisa para o Sistema Único de Saúde
PROVAB	Programa de Valorização d Profissional da Atenção Básica
PSE	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SASC	Secretaria Municipal de Assistência Social e Cidadania
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEM	Universidade Estadual de Maringá
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Manuscritos apresentados como resultados da pesquisa. Maringá-PR, 2016	16
Figura 1	Síntese das dimensões de vulnerabilidade segundo Ayres et al. (2009)	14
Figura 2	Mapeamento do Conjunto Habitacional Requião	41

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Características socioeconômicas dos entrevistados. Maringá-PR, julho a agosto, 2016	50
Tabela 2	Características das famílias dos entrevistados. Maringá-PR, julho a agosto, 2016	51

MANUSCRITO 1

Tabela 1	Características socioeconômicas das famílias dos entrevistados. Maringá-PR, julho a agosto, 2016	57
Tabela 2	Associação entre setores censitários e variáveis relacionadas ao uso de drogas. Maringá-PR, julho a agosto, 2016	58
Tabela 3	Distribuição dos familiares em função do entendimento para os motivos de existir elevada circulação de drogas na comunidade. Maringá-PR, julho a agosto, 2016	59

MANUSCRITO 2

Tabela 1	Características sociodemográficas dos entrevistados e das famílias. Maringá-PR, julho a agosto, 2016	70
Tabela 2	Frequência do uso de drogas e sua influência no cotidiano das famílias. Maringá-PR, Brasil, julho a agosto, 2016	70
Tabela 3	Associação entre a dimensão individual/familiar de vulnerabilidade e a presença de drogas na família. Maringá-PR, Brasil, julho a agosto, 2016	71
Tabela 4	Associação entre a dimensão social de vulnerabilidade e a presença de drogas na família. Maringá-PR, Brasil, julho a agosto, 2016	71
Tabela 5	Associação entre a dimensão programática de vulnerabilidade e a presença de drogas na família. Maringá-PR, Brasil, julho a agosto, 2016	72

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	15
1	INTRODUÇÃO	17
1.1	DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA E JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	17
1.2	QUADRO TEÓRICO	19
1.2.1	Repercussões sociais das drogas de abuso	19
1.2.2	Territórios e vizinhanças de famílias vulneráveis	21
1.3	IMPORTÂNCIA DO ESTUDO PARA ENFERMAGEM	24
2	REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO	26
2.1	SOBRE O CONCEITO DE VULNERABILIDADE E FAMÍLIAS VULNERÁVEIS	27
2.2	VULNERABILIDADE E USO DE DROGAS	29
2.3	OS PLANOS ANALÍTICOS DA VULNERABILIDADE COMO REFERENCIAL METODOLÓGICO	33
3	OBJETIVOS	38
3.1	OBJETIVO GERAL	38
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	38
4	MATERIAL E MÉTODOS	39
4.1	DELINEAMENTO DA PESQUISA	39
4.2	LOCAL DO ESTUDO	40
4.3	POPULAÇÃO E PERÍODO DE ESTUDO	41
4.4	INSTRUMENTO(S) DE COLETA DE DADOS	43
4.5	PROCEDIMENTOS/COLETA DE DADOS	43
4.5.1	Preparação do trabalho de campo	44
4.5.2	Preparação da equipe de coleta de dados	46
4.5.3	Trabalho de campo	46
4.6	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	48
4.7	QUESTÕES ÉTICAS	49
4.8	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	49
5	RESULTADOS	50
5.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA	50

5.2	MANUSCRITO 1	53
5.3	MANUSCRITO 2	65
6	CONCLUSÃO	78
7	IMPLICAÇÕES DO ESTUDO PARA O ENSINO, A PESQUISA E A PRÁTICA DA ENFERMAGEM	80
	REFERÊNCIAS	82
	APÊNDICES	91
	ANEXO	104

APRESENTAÇÃO

A escolha do tema aconteceu principalmente pela possibilidade de manter uma sequência dos temas que estudo desde o curso de Graduação em Enfermagem, no qual desenvolvi trabalhos com populações vulneráveis em projetos de iniciação científica, onde o foco dos estudos era voltado principalmente para população LGBT e pessoas infectadas pelo vírus HIV e Aids. Como enfermeiro, fui bolsista do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica – PROVAB, e coordenei o Programa Saúde na Escola, em Umuarama-PR, onde, mesmo indiretamente, o tema vulnerabilidade era discutido, visto que na escola, com convívio de grande diversidade de alunos, existe tendência de emergir questões inerentes ao tema.

Em 2014 fui aprovado no processo seletivo do Programa de Pós-graduação em Enfermagem – Mestrado da UEM, e as várias disciplinas contribuíram para agregar conhecimentos na área de ensino e pesquisa. Durante o Mestrado participei de diversas disciplinas, e dos projetos de extensão Centro de Controle de Intoxicações do Hospital Universitário Regional de Maringá – CCI/HUM e Jovens Acolhedores: avaliando a satisfação dos usuários do Hospital Universitário Regional de Maringá. Foram dois anos de muito trabalho, sobretudo de aprendizados na área acadêmica, de pesquisa, de extensão e de assistência toxicológica.

Na atuação como aluno de pós-graduação e plantonista do CCI/HUM, pude vivenciar a assistência às pessoas intoxicadas por drogas de abuso, consideradas qualquer substância que modifica, aumenta, inibe ou reforça as funções fisiológicas, psicológicas ou imunológicas do organismo de maneira transitória ou permanente; as necessidades e iniquidades dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) pelo projeto Jovens Acolhedores que avalia a satisfação dos usuários no Hospital Universitário Regional de Maringá; e o desenvolvimento de pesquisas na área da Toxicologia Social e assistência toxicológica em conjunto com o Núcleo de Pesquisa – CNPq Centro de Controle de Intoxicações. Tais atividades foram essenciais para impulsionar um processo de reformulação de conceitos pessoais sobre o abuso de drogas na sociedade e o conceito de vulnerabilidade.

O presente projeto de dissertação foi desenvolvido na linha de pesquisa de drogas de abuso e é um recorte de pesquisa financiada pelo Programa Pesquisa para o SUS:

Gestão Compartilhada em Saúde – PPSUS, que tem como objetivo *analisar a percepção social da presença de drogas de abuso e violência em uma comunidade de um município da região noroeste do Paraná*, e que subsidiou a construção desta e outras duas dissertações de Mestrado, uma tese de Doutorado e três projetos de iniciação científica. A coleta de dados da presente dissertação de Mestrado foi realizada em um bairro com indicadores elevados de violência relacionados ao abuso de drogas, onde procura-se articular a relação entre drogas, relações familiares, vulnerabilidade e políticas públicas para enfrentamento do uso de drogas na sociedade.

Como profissional de saúde, desejo participar dos vários processos da construção de uma Saúde Coletiva que ofereça ao usuário um cuidado capaz de atender suas necessidades de forma digna. Esta proposta de pesquisa faz parte deste meu compromisso e está direcionada às políticas públicas de saúde para o cuidado de pessoas em situação de vulnerabilidade.

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

Os **resultados** e a **discussão**, corroborados ou diferentes de evidências da literatura científica, estão apresentados na forma de um item para caracterização dos participantes da pesquisa, e dois manuscritos (Quadro 1).

Quadro 1 – Manuscritos apresentados como resultados da pesquisa. Maringá-PR, 2016.

	Título provisório	Objetivo
1	Famílias em situação de vulnerabilidade e uso de drogas.	Descrever o uso de drogas por membros de famílias expostas a fatores de risco na convivência em território com elevada circulação de drogas de abuso.
2	Contextos de vulnerabilidade para o uso de drogas em território vulnerabilizado.	Descrever as condições que potencializam as dimensões de vulnerabilidade individual, social e programática associadas ao uso de drogas em membros de famílias que convivem em território com elevada circulação de drogas de abuso.

Fonte: O próprio autor, 2016.

1 INTRODUÇÃO

1.1 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA E JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

O tema da presente proposta de pesquisa é a discussão da vulnerabilidade de famílias que vivem em um contexto considerado violento, por meio da avaliação das dimensões analíticas individual, social e programática de vulnerabilidade (BRIGNOL et al., 2015; MANN; TARANTOLA, 1996; MANN; TARANTOLA; NETTER, 1992), para subsidiar ações locais de enfrentamento às drogas. Baseada em uma expectativa inovadora das práticas de saúde, e levando a relevantes possibilidades para a discussão em relação ao cuidado em saúde, a vulnerabilidade se mostra como um vasto campo para práticas e reflexões epistemológicas e ético-jurídica (OVIEDO; CZERESNA, 2015; SCHAURICH; FREITAS, 2011).

Há mais de duas décadas, o conceito de vulnerabilidade goza de prestígio no campo da saúde pública. Sua incorporação foi apresentada como alternativa analítica e como abertura promissora frente à indiscutida hegemonia alcançada pelo conceito de risco, originário da abordagem epidemiológica. Com vista a uma leitura mais compreensiva dos complexos processos de saúde e enfermidade e, portanto, auxiliadora de respostas sociais mais efetivas e integrais, a preocupação com a vulnerabilidade encontrou plena vigência (OVIEDO; CZERESNA, 2015).

O conceito de vulnerabilidade permite, dentro de suas possibilidades, (re)organizar ações e políticas, contribuindo para a diminuição e controle do HIV/Aids. Este referencial tem possibilitado repensar questões intrínsecas apenas à doença, ou seja, direciona-se para além da perspectiva única da pessoa e seu comportamento, considerando todo o contexto social, econômico, cultural, entre outros (HITCHCOCK et al., 2014; SCHAURICH; FREITAS, 2011).

Com a oferta e o consumo de drogas aumentando cada vez mais, considerando a exposição de moradores de comunidades que convivem cotidianamente com essa realidade e com os desafios impostos por esse contexto, as fragilidades diante dessa situação são motivo de receio, medo e insegurança para a população, para os profissionais de saúde e, principalmente, os enfermeiros, que precisam atentar-se às vulnerabilidades das famílias

com constante presença de drogas de abuso na vizinhança, e a necessidade de políticas públicas que possam mudar essa realidade tanto de exposição quanto vulnerabilidades para os usuários e a comunidade.

Neste contexto, o Núcleo de Pesquisa Centro de Controle de Intoxicações, ancorado no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, desenvolve estudos em um território periférico do município de Maringá-PR (HUNGARO, 2014; REIS, 2012).

Reis (2012) analisou a percepção social da presença de drogas de abuso e violência na comunidade, concluiu por uma forte percepção social das drogas e da violência influenciando negativamente a vida dos moradores. Três fenômenos foram relevantes: o número de mulheres desempregadas ou que informaram permanência nos domicílios; a percepção elevada sobre a presença de drogas de abuso na comunidade que influencia negativamente a vida dos moradores entrevistados; e a evidência de uma cultura de expansão do uso de drogas de abuso na família, com a inclusão do *crack* no âmbito familiar. A ausência de policiamento na comunidade foi indicada como motivo da forte circulação e consumo de drogas de abuso, e a violência foi majoritariamente relacionada ao uso de drogas. A autora sugeriu estudos avaliativos para identificar as ações ofertadas pelas políticas públicas locais e os motivos dos moradores não perceberem estas ações ou não se envolverem no processo de prevenção ao uso de drogas (REIS, 2012).

Hungaro (2014) teve como objetivo principal analisar os fatores para proteção ao uso de drogas em famílias dessa comunidade, concluindo como fatores protetores principais a família e a religião, seguidos de círculo de amigos e a vizinhança. Em uma região com famílias reconhecidas como “vulneráveis” e aditivas, a referência às relações intrafamiliares fortes e à vizinhança como apoio social, levou o Grupo de Pesquisa a questionar sobre as fragilidades e fortalezas dessas famílias. Também sugeriu a continuidade desta investigação com outra modalidade de aproximação com os moradores/famílias (HUNGARO, 2014).

Pelas investigações acima citadas, ao apresentarem a percepção social dos moradores e os fatores considerados protetores para o não uso de drogas, entendeu-se importante conhecer seus contextos de vulnerabilidade, em continuidade de um projeto financiado pelo PPSUS – Programa Pesquisa para o Sistema Único de Saúde / Fundação Araucária (Convivendo com Drogas de Abuso: Percepção Social em uma comunidade do noroeste do Paraná).

Neste contexto, a questão em estudo da presente pesquisa é: como as dimensões analíticas da vulnerabilidade são potencializadas em ambiente com elevada circulação de drogas?

1.2 QUADRO TEÓRICO

1.2.1 Repercussões sociais das drogas de abuso

De acordo com o Relatório Mundial de Drogas de 2015, calcula-se que cerca de 246 milhões de pessoas – que representa pouco mais do que 5% da população mundial com idade entre 15 e 64 anos – tenha utilizado drogas ilícitas em 2014. Aproximadamente 27 milhões de pessoas fazem uso nocivo de drogas, o que representa cerca de 0,6% da população adulta mundial, ou ainda 1 em cada 200 pessoas, e dessas, quase metade utilizam drogas injetáveis. Se pensarmos nos dias atuais e como tudo evolui rapidamente, isso causa ainda mais temor (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2015).

O uso nocivo de drogas de abuso normalmente é seguido por problemas sociais, econômicos e de saúde, e envolve o aumento da violência e criminalidade, com consequências ao usuário, familiares, colegas de trabalho e escola, e outros das relações pessoais. Os índices elevados de violência dos últimos tempos ampliam os questionamentos e a percepção quanto aos problemas sociais e impactos que as drogas causam principalmente na qualidade de vida e da saúde de toda sociedade (JANG et al., 2013; OTÁLVARO et al., 2012).

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 (JANG et al., 2013; NICASTRI, 2013; OKUMURA et al., 2012).

Boa parte da população no mundo é afetada por drogas lícitas ou ilícitas, pelo comércio legal, ilegal ou tráfico de drogas, e pelas várias formas que a violência se

expressa diante disso, advindos da “cultura do vício” ou de políticas públicas de repressão ou proibicionistas (JANG et al., 2013). O aumento da oferta das drogas na sociedade e os impactos que ela causa, acenam para a necessidade de reflexões sobre meios humanizados de enfrentamento (OKUMURA et al., 2012; SOARES, 2012).

As políticas oficiais sobre drogas que vigoram atualmente por todo o mundo são praticamente idênticas no que refere a alguns aspectos, ou seja, quase todas estabelecem diferenças entre drogas e fármacos, baseando-se, para isso, em critérios médicos; trazem uma convergência ao aumento da lista de substâncias consideradas de uso ilícito; e com políticas “antidrogas” pressupondo a criminalização das drogas que não tem objetivo terapêutico, salvo algumas exceções, como o álcool e o tabaco (SOARES, 2012; UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2015).

Esse contexto leva a problematizar concepções pré-definidas que são relacionadas às drogas e propõem repensar esses estigmas. Desse modo já não basta mais questionar o “porque as pessoas usam drogas?”, mas “o que ocorre em práticas como essas?” Logo, outras respostas são constituídas a partir de então, e estas sinalizam a existência de *eventos* – as ‘ondas’ das drogas – que não são resultados das formas de pensar do usuário ou de formas de manifestação da substância, mas engloba meios particulares de comprometimento com o mundo, no qual a substância age como mediadora, que naquele dado momento é indispensável para garantir a relação-sociedade. Por muito tempo pensou-se que as drogas estavam relacionadas apenas a uma dada resposta momentânea do usuário a um sofrimento, como falta de afeto, saúde, relações sociais, trabalho, etc., mas a realidade é que o consumo de drogas perpassa esses fatores, e está ligado a meios muito mais complexos (VARGAS, 2006).

O uso do álcool e outras drogas de abuso e o aumento da violência urbana estão associadas como fator causal dos traumas por acidentes e por agressão, principalmente porque os usuários de drogas de abuso apresentam comportamentos impulsivos e de exposição ao risco que, combinados com um ambiente geralmente violento, potencializam a probabilidade de sofrer ou testemunhar eventos traumáticos (IMAMURA, 2012; ROBBEN; SUÁREZ-OROZCO, 2000).

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 é reconhecido como um dos principais fatores de risco para o trauma físico e psicológico e não ocorre de forma uniforme na sociedade, estando presente principalmente em comunidades da periferia e vulneráveis (FELTRAN, 2010; REIS; UCHIMURA; OLIVEIRA, 2013).

1.2.2 Territórios e vizinhanças de famílias vulneráveis

Território consiste em um espaço singularizado e considerado pelo sujeito, possuindo limites tanto político-administrativos como delimitado por um grupo social, não sendo restrito apenas a um espaço físico. Sendo relativamente homogêneo, com características que dependem de marcas históricas e de evolução da população, constituindo um emaranhado de relações entre os indivíduos (SANTOS; SILVEIRA, 2011).

Os fenômenos que acontecem na vizinhança/território são importantes para o desenvolvimento de novas estratégias de enfrentamento pela equipe de saúde local e pelos membros da comunidade que convivem em contextos marcados pelo uso, tráfico e pelas violências inerentes às drogas de abuso na comunidade (FELTRAN, 2010; SCHENKER; MINAYO, 2010).

Mesmo com as críticas direcionadas à estigmatização entre as relações de pobreza, drogas e violência – relações estas que, mesmo indiretamente, reproduzem percepções relacionadas às comunidades com elevado índice de circulação de drogas de abuso - é perceptível o predomínio de altos índices de violência e criminalidade nas comunidades menos favorecidas que, além de terem condições sociais precárias, convivem com o tráfico de drogas (FELTRAN, 2010; GABRIEL E SILVA, 2014; REIS; HUNGARO; OLIVEIRA, 2014).

A temática da periferia constituindo-se como objeto de ampla discussão acadêmica e envolvendo várias áreas do conhecimento, ainda apresenta obstáculos teórico-metodológicos a serem rompidos. Sabe-se que territórios mais vulneráveis socialmente sofrem maior interferência de drogas de abuso e dos impactos ocasionados pelo seu uso, devido a maior exposição e ao comportamento imitativo, e as estratégias de enfrentamento devem constituir esse contexto a ser (re)conhecido (GABRIEL E SILVA, 2014; ZANITEC, 2013).

A maneira como se constituem meios e padrões de vida social, está intimamente ligada a maiores índices de violência e criminalidade em casos peculiares, da mesma forma que novas estratégias de enfrentamento passam também a constituir esse contexto (SAKIYAMA et al., 2014; ZANITEC, 2013).

As relações de poder estabelecidas principalmente sob domínio de grupos criminosos ligados ao tráfico de drogas afetam de forma expressiva a vida de todas as famílias que convivem nesses territórios, levando muitas vezes ao papel de submissão e aceitação, por parte dos moradores, em conviver com normas e padrões estabelecidos de maneira autoritária, nesses espaços populares, tornando a convivência com a violência e as drogas algo cotidiano (FUSTER et al., 2013; ZANITEC, 2013).

Partindo disso, a possibilidade de jovens moradores desses territórios serem taxados como traficantes, criminosos ou outras formas de preconceito é imensa. Uma vez que a forma de ocorrência, local de residência, classe social, e até mesmo preconceitos étnicos, mesmo que este último não seja admitido abertamente, além de demais elementos de cunho social interferem de modo decisivo no julgamento destes (ZANITEC, 2013).

No estudo realizado por Reis (2012) na mesma comunidade em foco, a percepção social sobre drogas de abuso e violência na comunidade permitiu identificar a experiência do dia-a-dia dos moradores com o uso de drogas e seu enfrentamento. Estes apontaram que, em sua percepção, os problemas mais relevantes da comunidade são a presença de drogas e a precariedade da assistência à saúde e da segurança pública. Ainda em relação à percepção social da população em estudo, estes mostram o desconhecimento de estratégias e ações de cunho preventivo em relação às drogas de abuso, desconhecendo também a existência de políticas públicas de saúde com esse foco, mesmo que estas não possuam efetividade e, por isso, não atingem a comunidade e moradores do bairro (REIS, 2012).

No tocante às percepções em relação ao nível de segurança, se constituem como excelentes indicadores para avaliar a relevância e a eficácia de políticas públicas,

principalmente no mundo das drogas. Na discussão sobre drogas, violência e criminalidade, são inúmeros os aspectos que condicionam à sensação de segurança, passando por fatores sociais como o aumento da criminalidade e da urbanização, até aspectos individuais como religião, renda e idade. Desse modo entender o que se passa dentro desses territórios e como as pessoas são afetadas por ele, se constitui como ferramenta importante para a construção de políticas públicas que contribuam efetivamente para a quebra desses paradigmas (FELTRAN, 2011).

A produção de informações locais é importante no contexto das drogas, evidenciando características que ficam ocultas em análises mais gerais. Posto isso, é a partir de dados confiáveis que se oportuniza a criação de políticas públicas baseada em evidências levando benefício à toda sociedade. A pesquisa domiciliar garante base empírica para, por exemplo, identificar se o consumo de drogas está caindo ou aumentando, num determinando local e período de tempo.

A criminalidade relacionada ao tráfico de drogas é motivada pela condição econômica do indivíduo, questões relacionadas à família e de interação social. Com o aumento da criminalidade, cada vez mais se ascende à luz no entorno de discussões que tragam soluções para o problema (BARD et al., 2016; GUIMARÃES, 2014).

Guimarães (2014) utilizou modelos econométricos para estudar a relação entre categorias de crimes e variáveis socioeconômicas e constatou que a motivação difere para o preso de acordo com o tipo de crime: nos crimes contra a vida observou-se a interação social como a principal motivação; em crimes contra os costumes as motivações eram a interação social e a herança familiar; crimes contra o patrimônio foram explicados pela condição econômica do indivíduo; e nos crimes de tráfico de drogas, a condição econômica do indivíduo, a interação social e aspectos relacionados à questões familiares explicaram a motivação. O autor apontou a importância da atenção integral à família, e o reconhecimento de sua estrutura, necessidades e vulnerabilidades para a prevenção desse tipo de crime (GUIMARÃES, 2014).

A família se configura como uma instituição fundamental a todo indivíduo, pois é a partir dela que todos passam a existir como pessoa, proporcionando a cada um a chance de florescer suas capacidades e desenvolver suas potencialidades, bem como reconhecer as necessidades e limitações. É a família quem acolhe, protege e cuida, sobretudo nos primeiros anos de vida (SCHAURICH; FREITAS, 2011). Hoje, a família ganha novas formas e conceitos, com a tentativa de redefinição das maneiras de entender e perceber

estes grupos humanos, sendo assim difícil definir o seu conceito, desta maneira, o que se pode fazer é apenas encontrar descrições que possam caracterizá-las.

Família pode ser descrita então como a união de pessoas, seja por laços de parentesco, pelo sangue ou por aliança, interesse e/ou afetividade, que vivem na mesma moradia por um período de tempo, construindo uma história de vida. A família possui seus próprios valores e crenças, transmitindo esses saberes ao longo das gerações, como padrão intergeracional de risco ou de proteção para seus membros (HECK et al., 2011). Outra descrição possível, é que famílias mostram-se unidades dinâmicas, formada por pessoas que, num primeiro momento, se caracterizam como grupo que mantêm relações afetivas, culturais e econômicas com seus membros e também com a sociedade. Também, convivem por um período de tempo, com mesmos fins, e assim constroem uma história de vida (SCHAURICH; FREITAS, 2011).

As famílias, assim, são tidas como espaços de suporte, fontes de carinho e felicidade, que respeitam as diferenças particulares de cada indivíduo. Compreende-se, então, a importância da atenção integral à família, não se restringindo ao usuário de drogas, já que a família é quem sofre as consequências desse cotidiano, sendo de suma importância conhecer sua estrutura e suas necessidades.

A família se configura como uma instituição fundamental a todo indivíduo. Embora o contexto familiar possa ter um ambiente de conflitos e pobre de recursos devido à presença de situações problemáticas como o uso de drogas, é possível perceber que a família sempre busca um meio de reestruturação e reorganização, na tentativa de manter o foco em seus ideais (JULIANO; YUNES, 2014). Enquanto o uso abusivo de drogas parece resultar em quebra nas estruturas familiares, os fatores protetores para o não uso parecem circundar situações familiares com menor vulnerabilidade social e maior apoio social (BUSCAIL; UPEGUI; VIEL, 2012).

1.3 IMPORTÂNCIA DO ESTUDO PARA ENFERMAGEM

O conceito da vulnerabilidade é importante para o ensino e pesquisa em enfermagem pois está diretamente ligado à saúde e seus problemas. A relevância do conhecimento sobre o tema e sua relação aos agravos de saúde, partindo do exemplo de sua

utilização a infecção pelo vírus do HIV, para a enfermagem, está nas formas que se reproduz na saúde daqueles que são considerados vulneráveis e, por conseguinte, identificar e elencar as necessidades de saúde, e assim garantir maior proteção. O conceito de vulnerabilidade também é utilizado pela enfermagem para compreensão e melhor responder os propósitos do trabalho em enfermagem (NICHATA et al., 2008).

Identificar as necessidades sociais e de saúde das populações vulneráveis possibilita evidenciar as diferenças com que cada um encara o processo saúde-doença, seja de maneira individual ou coletiva, fornecendo subsídios para orientar meios de intervir nos determinantes do estado de vulnerabilidade. Ademais, permite o alcance da integralidade do atendimento em saúde, uma vez que amplia o campo de visão do profissional envolvendo as três dimensões de vulnerabilidade e como cada uma influencia o indivíduo, estabelecendo ações de caráter multidisciplinar, não se restringindo a métodos emergenciais e de caráter individualizado, considerando toda a complexidade do estado de saúde (NAKAMURA et al., 2009; OLIVEIRA, 2013).

O conceito de vulnerabilidade ainda possui potencial de ampliação sobre a percepção dos acontecimentos em saúde pelo entrelaçamento de questões individuais, sociais e culturais, às ações e políticas de saúde direcionadas principalmente na prevenção e proteção de doenças e agravos. Outro alcance é permitir maior integralidade dessas ações de saúde, devido sua proposta de intervenção em todos os aspectos que o indivíduo se envolve, questão corriqueira no trabalho da enfermagem (NICHATA et al., 2008; SCHAURICH; FREITAS, 2011).

O termo vulnerabilidade é frequentemente utilizado nas pesquisas de enfermagem. No entanto, muitas vezes não é adequadamente definido, não existindo consenso sobre o seu significado e utilização. Muitos dos estudos em enfermagem tratam de vulnerabilidade no sentido da identificação de pessoas ou grupos que se encontra com alguma deficiência, expostos aos agravos. A vulnerabilidade é referida mais à dimensão do indivíduo, ou seja, trazem pouca ou nada tratam da dimensão social, das relações sociais (HITCHCOCK et al., 2014).

A avaliação da vulnerabilidade pode ser útil para identificar características ou condições para potencializar os recursos disponíveis no enfrentamento da doença. A identificação de condições, características e situações de proteção e fortalecimento dos indivíduos e grupos contra o adoecimento constituem um dos diferenciais do conceito de vulnerabilidade.

2 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

O referencial teórico-metodológico será originário do conceito de vulnerabilidade, segundo a concepção de Mann, Tarantola e Netter (1992) inicialmente utilizado para elaboração dos indicadores para avaliação do grau de vulnerabilidade à infecção e ao adoecimento pelo HIV. Foram realizadas representações de intervenção orientados pelo foco da atenção integral e processos de mobilização social embasado nos Direitos Humanos, e esta foi a porta de entrada para o conceito na área da Saúde Pública (MANN; TARANTOLA, 1996; MANN; TARANTOLA; NETTER, 1992; OVIEDO; CZERESNA, 2015).

Buscando elucidar as diferentes abordagens conceituais da vulnerabilidade no processo de viver humano e suas contribuições no processo da saúde e de enfrentamento às drogas, realizou-se revisão de literatura retrospectiva em base de dados eletrônicos com o objetivo de analisar a produção científica nacional sobre o tema vulnerabilidade em saúde e drogas¹.

Foram investigadas as bases de dados eletrônicos da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e Portal de Periódicos da CAPES, abrangendo os anos de 2005 a 2015, utilizando como descritores as palavras ‘Populações Vulneráveis’, combinadas, de forma alternada, com ‘Drogas Ilícitas’, ‘Análise de Vulnerabilidade’ e ‘Vulnerabilidade em Saúde’.

Para a seleção dos artigos recorreu-se à avaliação dos títulos e resumos, obedecendo rigorosamente os seguintes critérios de inclusão: artigos originais, publicados na íntegra em base de dados internacionais, nos idiomas português ou inglês, e que abordassem aspectos da vulnerabilidade. Foram excluídas a priori as publicações que não estavam disponíveis na íntegra, com ano de publicação anterior ao ano 2005. Como critérios de exclusão foram adotados: excluir revisões bibliográficas não sistematizadas, resenhas, editoriais, publicações do tipo livro, teses e dissertações, estudos indisponíveis online no formato completo, e estudos duplicados.

Após exclusão dos artigos duplicados nas bases de dados e aplicação dos critérios de inclusão/exclusão, foram encontrados 218 artigos, sendo excluídos *a priori* 165 após avaliação do título, restando 53 artigos. Após leitura sistemática dos resumos selecionados,

¹ Texto extraído do manuscrito Vulnerabilidade e uso de drogas, de autoria de Alan Henrique De Lazari e Magda Lúcia Félix de Oliveira, a ser submetido a Revista Ciência Cuidado e Saúde.

foram excluídos mais 38 artigos por não se enquadrarem ao tema proposto, restando assim 15 artigos.

Os 15 artigos foram analisados individualmente pelos autores. A análise dos artigos foi realizada inicialmente a partir da leitura dos resumos, com posterior leitura do texto completo, seguindo um roteiro sinóptico, contendo as variáveis para caracterização das publicações. Os artigos foram organizados, revisados e analisados a partir de um roteiro estruturado – ano de publicação; título; autores; periódico; categoria de pesquisa; abordagem; referencial teórico; resultados e observações.

A apresentação e discussão do conteúdo dos artigos foram realizadas em três unidades temáticas, sobre o conceito da Vulnerabilidade e famílias vulneráveis, Vulnerabilidade e uso de droga, e os Planos analíticos da vulnerabilidade, a fim de facilitar apresentação dos dados e melhor compreensão do leitor.

2.1 SOBRE O CONCEITO DE VULNERABILIDADE E FAMÍLIAS VULNERÁVEIS

O conceito de vulnerabilidade foi incorporado inicialmente como alternativa analítica e como abertura promissora frente à indiscutida hegemonia alcançada pelo conceito de risco, originário da abordagem epidemiológica. Com vista a uma leitura mais compreensiva dos complexos processos de saúde e enfermidade e, portanto, auxiliadora de respostas sociais mais efetivas e integrais, a preocupação com a vulnerabilidade encontrou plena vigência. O estudo da vulnerabilidade esteve associado à história da epidemia de HIV/Aids na década de 1990, quando foram realizados desenhos de intervenção norteados por enfoques da atenção integral e processos de mobilização social fundamentados nos Direitos Humanos. Foi a porta de entrada do conceito na área da Saúde Pública (OVIEDO; CZERESNA, 2015).

Ancorada em uma expectativa renovada das práticas preventivas e de promoção da saúde e abrindo importantes possibilidades para a discussão em relação ao cuidado em saúde, a vulnerabilidade se define como a exposição a riscos de qualquer natureza e a falta de capacidade seja financeira, cultural ou social de famílias e indivíduos para encarar e superar os desafios com que se deparam (BERTOLOZZI et al., 2009).

Entende ainda que a pobreza é a maior responsável pela aproximação aos riscos, principalmente em meios onde não se conta com uma rede pública de proteção social, como acesso a bens e serviços básicos. Isso se dá pelo fato de que a pobreza resulta em outras fragilidades, como a baixa escolarização, precariedade nas condições de saúde e moradia (MÜLLER; CUBAS; BASTOS, 2010; PORTO, 2012).

Neste contexto, as vulnerabilidades agravam-se pelas barreiras impostas diante deste problema social, diminuindo o acesso destas famílias às tecnologias e serviços, logo ao seu conhecimento necessário para lidar com as questões ligadas a saúde. Vale salientar que o acesso à saúde não se baseia apenas nas dimensões pertinentes aos aspectos geográficos e financeiros, mas a cultura, a educação e a condição socioeconômica da comunidade, bem como a capacidade de incorporar informações e a aceitação do indivíduo para as condutas adotadas em saúde (SANTOS; PAIVA, 2007).

A vulnerabilidade está diretamente conexas com o contexto individual e o coletivo. O primeiro é responsável pela maior ou menor susceptibilidade a determinado fator e o segundo definiria a maior ou menor disponibilidade de recurso de todos os segmentos para a proteção dos indivíduos contra este mesmo fator, no caso um problema (AYRES et al., 2009; CARINHANHA; PENNA; OLIVEIRA, 2014).

A noção de vulnerabilidade consegue não apenas avançar no que diz respeito a ideias, fatores e comportamentos de risco, mas atinge a discussão para as ciências sociais e humanas. Porém, a noção de risco ainda segue intrínseca à definição de vulnerabilidade, pois há contextos em que as condições socioeconômicas e demográficas precárias estão fatalmente unidas a problemas para redução dos riscos, aumentando assim a vulnerabilidade social de grupos específicos (PORTO, 2012).

A vulnerabilidade e a resiliência estão relacionadas entre si, sendo a resiliência ligada, na maioria das vezes, à superação que proporciona ao indivíduo meios de recuperação, reduzindo assim sua vulnerabilidade. Entretanto, é preciso considerar que cada indivíduo possui um potencial particular de viver a vida, da mesma maneira que existem várias formas de se enfrentar uma única situação e compreender que a vulnerabilidade às doenças e agravos negativos à vida como a violência, uso das drogas e acidentes, manifesta-se de modo diferente conforme os indivíduos, regiões ou grupos sociais, e estão diretamente ligados à pobreza, às condições socioeconômicas e sociodemográficas entre outras (CUNHA et al., 2015; OVIEDO; CZERESNA, 2015; REIS; UCHIMURA; OLIVEIRA, 2013).

Desta forma é possível compreender que as vulnerabilidades remetem às considerações de carência e exclusão. Famílias, pessoas, grupos sociais e territórios, são vulneráveis quando não possuem meios para superar os riscos que são submetidos ou pelo menos estão expostos em determinado momento e contexto, e dessa forma não conseguem desenvolver recursos para que alcancem um nível mínimo de segurança pessoal e coletiva (BARRA et al., 2010; REIS et al., 2013; RUOTTI; MASSA; PERES, 2011).

2.2 VULNERABILIDADE E USO DE DROGAS

Por definição, as substâncias psicoativas, ou drogas de abuso, são aquelas que alteram o senso de percepção e o estado de vigília do indivíduo. Estas substâncias, em geral, exercem certa atração sobre as instâncias psíquicas do ser humano e, portanto, favorecem o desenvolvimento da dependência física e/ou psicológica dos indivíduos que fazem uso. São exemplos de drogas de abuso: a cafeína, o álcool, a nicotina, medicamentos psicoativos, categorizadas legalmente como drogas lícitas, bem como a maconha, cocaína, heroína, *crack* e outras, consideradas ilícitas. Essas drogas ainda podem ser agrupadas segundo seus efeitos: depressoras, estimulantes e perturbadoras, ou quanto à origem: naturais, sintéticas ou semissintéticas (LUNARDELLI FILHO, 2009).

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

As consequências do uso de drogas de abuso na vida do indivíduo e da sociedade são consideradas um problema social e de saúde pública. O uso de drogas ilícitas, sobretudo pela juventude, é um dos problemas mais sérios enfrentados pela sociedade contemporânea. Os efeitos nocivos das drogas que antes eram vivenciados e sentidos,

predominantemente, pelas famílias que habitavam grandes cidades, hoje preocupam populações de periferias urbanas interioranas que “só tinham conhecimento deste fato pela televisão” (BERNARDY; OLIVEIRA, 2012; FELTRAN, 2010; OLIVEIRA; ARNAUTS, 2011; REIS; HUNGARO; OLIVEIRA, 2014).

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

Cada sociedade, em cada momento de sua história, teve e tem drogas permitidas e outras proibidas: o fumo de tabaco já foi motivo de prisão na Europa; o álcool ainda hoje é proibido em países muçulmanos; a cocaína, por volta de 1920, era vendida nos EUA pelo reembolso postal como tônico fortificante e a maconha já foi vendida em feiras livres no Brasil (ACSELRAD, 2003). No entanto, mudanças econômicas, políticas, sociais e culturais ocorreram nos últimos anos, fazendo surgir novos sistemas de comercialização, assim, produtos lícitos ou ilícitos passaram a ter novas formas de demanda e oferta e novas possibilidades de busca por drogas (BUCHELE; COELHO; LINDNER, 2009).

O uso de drogas de abuso é considerado um grave problema social e de saúde pública no Brasil e no mundo (LARANJEIRA et al., 2014). O II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) estimou que 5,7% de brasileiros são dependentes de drogas de abuso, representando mais de oito milhões de pessoas. Considerando que os domicílios brasileiros são compostos por uma média de 3.5 pessoas, isso significa que pelo menos 28 milhões de pessoas convivem com o uso de drogas (LARANJEIRA et al., 2014).

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

além de a constituição de redes de comercialização de vizinhança e em determinadas comunidades, em locais denominados ‘biqueiras’ (LARANJEIRA et al., 2014).

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

Questões relacionadas ao uso de drogas são alvos de debates e posições contraditórias em diversos segmentos da sociedade, pela pluralidade de danos, não somente aos usuários, como também a seus familiares e à comunidade. Porém, a presença de drogas de abuso nas comunidades não ocorre de forma uniforme: alguns territórios, principalmente os mais vulneráveis socialmente, estão mais expostos às drogas de abuso e ao impacto decorrente de seu uso (FELTRAN, 2010; REIS; UCHIMURA; OLIVEIRA, 2013). A forma da constituição de espaços e modelos de vida social está diretamente relacionada com a criação das oportunidades para o crime em situações específicas, bem como com as inovações em estratégias de prevenção que passam também a fazer parte dos ambientes (ZANETIC, 2013).

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

As elevadas taxas de homicídios relacionados ao uso de drogas de abuso, presentes em alguns territórios, representam apenas a ponta do iceberg dos problemas da violência social. A realidade da violência é expressa pela exposição frequente do indivíduo à imagens violentas nos meios de comunicação, pelo testemunho de atos violentos na própria comunidade e pelo surgimento da crença de que a violência é o desfecho natural e legítimo para muitos conflitos sociais (ARNAUTS; OLIVEIRA, 2012; GUIMARÃES, 2014).

Alguns territórios/comunidades com elevada vulnerabilidade social são confundidas como *locus* da criminalidade e ninho do tráfico de drogas. Entretanto, bairros periféricos e seus moradores vivem sobre vários cercos: o cerco da violência criminal e o das forças de segurança; o cerco do estigma; o cerco, ainda, da doutrina das igrejas com seu discurso e práticas religiosas e morais; e, não menos importante, o dos aparelhos estatais e das entidades não governamentais que também tratam estes territórios como *locus* da sociabilidade violenta, reforçando o mito das classes perigosas, com presença de ‘biqueiras’ e ‘traficantes’ (ARNAUTS; OLIVEIRA, 2012; BERNARDY; OLIVEIRA, 2012; FELTRAN, 2010; REIS; UCHIMURA; OLIVEIRA, 2013).

Pensar políticas públicas locorregionais ou de proximidade para o enfrentamento das drogas, a partir das periferias urbanas, implica estudar formas de construção da legitimidade social e das ações coletivas nessas ‘comunidades’ e reconhecer que, nos territórios em que vivem, as pessoas também estão subalternas ao ‘mundo do crime’ local. Atualmente, não é incomum que moradores possuam familiares que tenham sido presos, que os próprios filhos já tenham ‘apanhado da polícia’ ou que a própria associação de moradores seja relacionada com o tráfico de drogas no local (FELTRAN, 2010).

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

Não se pode dizer que existem regiões homogêneas, uma vez que o espaço é infinitamente divisível e diferenciado e as relações de poder e dominância estão em constante mutação. É necessário, pois, realizar o esforço analítico, principalmente na área da saúde, de tentar compreender como as pessoas convivem e se relacionam com os lugares e espaços nos quais residem, como esses espaços foram construídos historicamente

e como se deu a constituição dos territórios presentes nessas localidades, mesmo em escalas maiores (BUENO; LOPES, 2014).

Boas políticas públicas de segurança, assistência social e saúde não devem apenas ter como princípio a necessidade de perseguir o criminoso, devem também entender as vítimas e aqueles que resistem ao uso, a despeito do conteúdo desfavorável. Com pesquisas domiciliares é possível identificar quem está mais exposto à violência e a outros fenômenos que muitas vezes são desconhecidos das políticas públicas e ficam fora das estatísticas oficiais (FELTRAN, 2010; GUIMARÃES, 2014; OKUMURA et al., 2012; OLIVEIRA; ARNAUTS, 2011; REIS; HUNGARO; OLIVEIRA, 2014; ZANITEC, 2013).

2.3 OS PLANOS ANALÍTICOS DA VULNERABILIDADE COMO REFERENCIAL METODOLÓGICO

Compreender que a vulnerabilidade às doenças e agravos negativos à vida, como a violência, uso das drogas e acidentes, manifesta-se de modo diferente conforme os indivíduos, regiões ou grupos sociais, e estão diretamente ligados a pobreza, condições socioeconômicas e sociodemográficas entre outras (CUNHA et al., 2015; OVIEDO; CZERESNA, 2015).

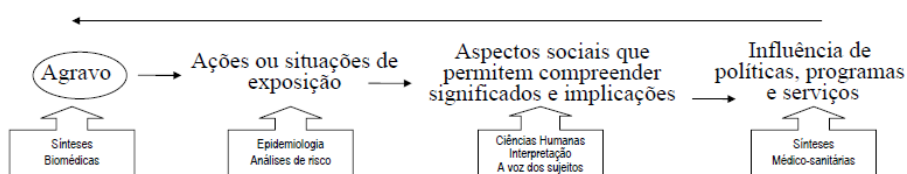
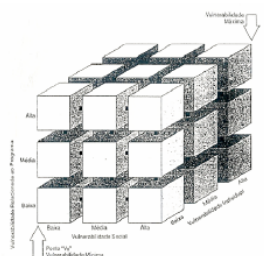
Tais vulnerabilidades estão diretamente conexas com as dinâmicas globais e aos lugares mais específicos quando os riscos se instalam e se configuram ao alcançar determinados territórios e populações. Essas vulnerabilidades, por sua vez, ampliam os riscos ocupacionais e ambientais e, consoante a isso, replicam relações de poder e riqueza (PORTO; ROCHA; FINAMORE, 2014).

O referencial de análise da vulnerabilidade considera três dimensões analíticas: individual ou comportamental, social e programática ou político institucional, que coexistem de maneira conjunta ou independente (AYRES et al., 2009; BRIGNOL et al., 2015; OLIVEIRA, 2013; SCHAURICH; FREITAS, 2011).

Figura 1 – Síntese das dimensões de vulnerabilidade segundo Ayres et al. (2009).

➤ Vulnerabilidade

✓ Síntese das dimensões comportamentais, sociais, e político-institucionais relacionadas às diferentes suscetibilidades de indivíduos e grupos populacionais a um agravo à saúde e suas conseqüências indesejáveis (sofrimento, limitação e morte).



Fonte: Ayres et al. (2009).

A vulnerabilidade individual pondera o conhecimento sobre determinado agravo, bem como a adoção de comportamentos de risco que facilitem a ocorrência do agravo, ou seja, diz respeito a ordem cognitiva e comportamental. Para dimensionar o componente individual, então, deve-se compreender que os comportamentos não são definidos voluntariamente pela pessoa, mas que este sofre influência do meio, passando pela sua capacidade de acionar os conhecimentos que possui e reconfigurando o comportamento de risco que o deixa mais susceptível ao problema (GUIMARÃES, 2014; SCHAURICH; FREITAS, 2011).

Existem alguns preceitos que norteiam o grau de vulnerabilidade individual: o primeiro é que toda pessoa tem um grau de vulnerabilidade a determinadas circunstâncias e suas conseqüências, e isso pode variar de acordo com as condições e valores culturais que podem oferecer maior ou menor proteção; o segundo é que as pessoas expostas têm seu grau de vulnerabilidade à doença, e as conseqüências causadas por ela são variáveis de acordo com o amparo social e condições de saúde que dispõem; o terceiro é que as condições que afetam a vulnerabilidade individual têm cunho cognitivo, comportamental e social (PORTO, 2012).

Os componentes da vulnerabilidade individual que têm sido pontuados pelos estudiosos do tema são, fundamentalmente, de ordem cognitiva (quantidade e qualidade de informação de que os indivíduos dispõem e capacidade de elaborá-la) e de ordem comportamental (capacidade, habilidade e interesse para transformar essas preocupações em atitudes e ações protegidas e protetoras) (SANTOS et al., 2012).

Portanto, no plano individual, considera-se que a vulnerabilidade a algum agravamento está relacionada, basicamente, aos comportamentos que criam oportunidades para que as pessoas venham a contrair doenças. Esses comportamentos associados à maior vulnerabilidade não são entendidos e abordados nesse quadro conceitual como uma decorrência imediata da ação voluntária das pessoas, mas estão relacionados tanto com condições objetivas do ambiente quanto com as condições culturais e sociais em que os comportamentos ocorrem, bem como com o grau de consciência que essas pessoas têm sobre tais comportamentos e ao efetivo poder que podem exercer para transformá-los.

Entretanto, mesmo com esse enfoque teórico-filosófico e político mais complexo e comprometido, continuam sendo priorizados neste componente os aspectos informativo e comportamental que problematizamos anteriormente. Nesse sentido, considerando-se tanto a legitimidade já conferida ao conceito na área da saúde quanto às concepções de educação e de cultura que embasam nossa discussão neste ensaio, talvez se pudesse enriquecer ou mesmo ressignificar esse componente acrescentando a ele condições que dizem respeito às possibilidades e ao desejo que os indivíduos têm para reconhecer-se como sujeitos das representações "saudáveis" produzidas e veiculadas nas práticas educativas (SANTOS et al., 2012).

Ou seja, trata-se de perguntar se estas representações são suficientemente inclusivas para dar conta dos desafios colocados à educação em saúde nas sociedades contemporâneas ou se elas podem contribuir para aumentar a vulnerabilidade vivenciada por pessoas que não se incluem em suas descrições.

A vulnerabilidade social analisa a dimensão social do problema, investigando o perfil da população, ou seja, este componente se refere ao acesso que as pessoas têm às informações, serviços de saúde, educação, bem-estar e lazer, e ainda ter influência sobre questões políticas e perpassar barreiras sociais e culturais (PORTO, 2012; SCHAURICH; FREITAS, 2011).

Na vulnerabilidade social, então, avalia-se o componente social do adoecimento, onde para isso são utilizados indicadores que revelem o perfil de determinada população e/ou comunidade no que tange o acesso à informação, acesso a serviços de saúde e educação e os gastos com eles, acesso a serviços sociais e questões de desenvolvimento humano (AYRES et al., 2009; OLIVEIRA, 2013; OVIEDO; CZERESNA, 2015).

Desse modo, as vulnerabilidades sociais resultam em várias formas de exposição entre os grupos que vivem na periferia social e econômica do desenvolvimento e acabam

por arcar com as principais cargas ambientais nos locais onde trabalham e convivem. Assim, riscos em ambientes vulneráveis surgem de discriminações e desigualdades sociais (MÜLLER; CUBAS; BASTOS, 2010).

O componente social da vulnerabilidade envolve o acesso às informações, as possibilidades de metabolizá-las e o poder de incorporá-las à mudanças práticas na vida cotidiana, condições estas diretamente associadas ao acesso a recursos materiais, à instituições sociais como escola e serviços de saúde, ao poder de influenciar decisões políticas, à possibilidade de enfrentar barreiras culturais e de estar livre de coerções violentas de todas as ordens, dentre outras, que precisam então ser incorporadas às análises de vulnerabilidade e aos projetos educativos às quais elas dão sustentação (PRATI; COUTO; KOLLER, 2009).

A vulnerabilidade programática considera o acesso e a organização dos serviços de saúde, além do vínculo entre usuários e profissionais do serviço. Refere-se ao nível de comprometimento da administração pública com determinado agravo, aos investimentos realizados na área em ações de prevenção, educação e recursos, tanto humanos como físicos, disponibilizados e ainda o monitoramento da efetividade de políticas públicas já existentes (SCHAURICH; FREITAS, 2011).

No componente programático é considerada a declaração de compromisso, a transformação do compromisso em ação e o desenvolvimento de parcerias entre o governo e a sociedade, fornecendo acesso aos serviços de saúde, sua organização, e os vínculos estabelecidos por profissionais e cidadãos/usuários (AYRES et al., 2006; SCHAURICH; FREITAS, 2011). Este componente de avaliação da vulnerabilidade age como um elo entre as dimensões individual e social de vulnerabilidade e é por ele que passa a construção de comportamentos preventivos e suporte de várias demandas (AYRES et al., 2009).

O componente programático da vulnerabilidade conecta os componentes individual e social. Envolve o grau e a qualidade de compromisso, recursos, gerência e monitoramento de programas nacionais, regionais ou locais de prevenção e cuidado, os quais são importantes para identificar necessidades, canalizar os recursos sociais existentes e aperfeiçoar seu uso.

O componente programático nos orienta a situar as dimensões educativas para além do caráter normativo e centrado no objeto, levando-nos a articular as intervenções em saúde e as ações programáticas e, principalmente, a repensar o cuidado em saúde enquanto encontro de sujeitos. Nesse encontro de sujeitos é extremamente importante levar em

consideração elementos abstratos associados e associáveis aos processos de adoecimento, articulando a copresença, a mutualidade, a interferência, a relatividade, a inconstância, o não unívoco, o não permanente, o próprio a certas totalidades circunscritas no tempo e no espaço (PRATI; COUTO; KOLLER, 2009).

Articulados entre si, os três componentes constitutivos de uma abordagem apoiada no quadro conceitual da vulnerabilidade priorizam análises e intervenções multidimensionais, que consideram que as pessoas não são, em si, vulneráveis, mas podem estar vulneráveis a alguns agravos e não a outros, em determinadas condições e diferentes momentos de suas vidas. Nesse sentido, essa abordagem é indissociável de uma "atitude compreensiva" de conhecer, com a qual se assume que as "partes" com as quais lidamos em nossos cotidianos profissionais fazem sentido dentro de um todo que as torna apreensíveis e, em certa medida, decodificáveis, para funcionarem como eixos articuladores de práticas educativo-assistenciais em saúde (ELICKER et al., 2015; PRATI; COUTO; KOLLER, 2009).

A compreensão do conceito de vulnerabilidade e de adesão às práticas de intervenção se coloca como uma importante vertente de investigação na área da saúde, dado que amplia as análises que operam segundo lógicas pré-estabelecidas. Ademais, possibilita inovações na atenção à saúde, ao apresentar indicadores/marcadores que contemplam o processo saúde/doença em sua dimensão integral e, portanto, permitem o atendimento às necessidades de saúde, que não se limitam àquelas de ordem física, clínica e biológica.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a vulnerabilidade individual, social e programática de membros de famílias que convivem em território com elevada circulação de drogas de abuso.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar as famílias e contextos do território em que vivem.
- Descrever o uso de drogas por membros de famílias expostas a fatores de risco na convivência em território com elevada circulação de drogas de abuso.
- Verificar as condições que potencializam as dimensões de vulnerabilidade individual, social e programática associadas ao uso de drogas em membros de famílias na convivem em território com elevada circulação de drogas de abuso.

4 METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Estudo quantitativo, descritivo e transversal, utilizando o inquérito domiciliar de base populacional para acesso à população em estudo e o referencial teórico-metodológico da Vulnerabilidade (BRIGNOL et al., 2015; MANN; TARANTOLA, 1996; MANN; TARANTOLA; NETTER, 1992).

A pesquisa quantitativa tem suas raízes fundamentadas no raciocínio lógico. Busca salientar o raciocínio dedutivo, a lógica e questões mensuráveis da experiência humana. Enfoca uma pequena quantidade de conceitos, utilizando procedimentos estruturados e instrumentos formais pela coleta de dados, e analisa dados numericamente mensuráveis (POLLIT; BECKER; HUNGLER, 2004; ROUQUAYROL; GURGEL, 2013).

A pesquisa descritiva é uma das modalidades de pesquisa não experimental, que expõe as características de uma determinada população ou de um determinado fenômeno, onde os fatos são observados, analisados, descritos, classificados e interpretados, sem que o pesquisador cause interferência.

O estudo descritivo de tipo transversal produz resultados instantâneos da situação da população estudada naquele período. Os estudos transversais medem, em uma população previamente delimitada, a exposição (geralmente a vários fatores) e o efeito (doença/condição) simultaneamente, no momento de sua realização, ou seja, o fator e o efeito são analisados em apenas um dado momento (POLLIT; BECK; HUNGLER, 2004; ROUQUAYROL; GURGEL, 2013).

Os inquéritos populacionais são pouco propensos a erros sistemáticos e vícios que invalidem comparações e contrastes, uma vez minimizados os erros não sistemáticos e reconhecidas as suas limitações amostrais referentes à confiabilidade e validade dos instrumentos utilizados (COLLIVER et al., 2006; ROUQUAYROL; GURGEL, 2013). Corroboram de maneira positiva em estudos relacionados ao uso de drogas de abuso, se constituindo como fonte valiosa de dados (LARANJEIRA et al., 2014).

Por meio dos inquéritos é possível conhecer o perfil de saúde e a distribuição de exposições e condições de risco, assim como obter um grande número de indicadores para

avaliação do desempenho do sistema de saúde como o acesso, a utilização e o grau de satisfação do usuário com os serviços de saúde, em conjunto com as características sócio-demográficas, possibilitando investigar as relações entre as diversas variáveis (SZWARCOWALD; SOUZA-JUNIOR; DAMACENA, 2010).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no Conjunto Habitacional Requião, situado na Zona Norte do município de Maringá – Paraná.

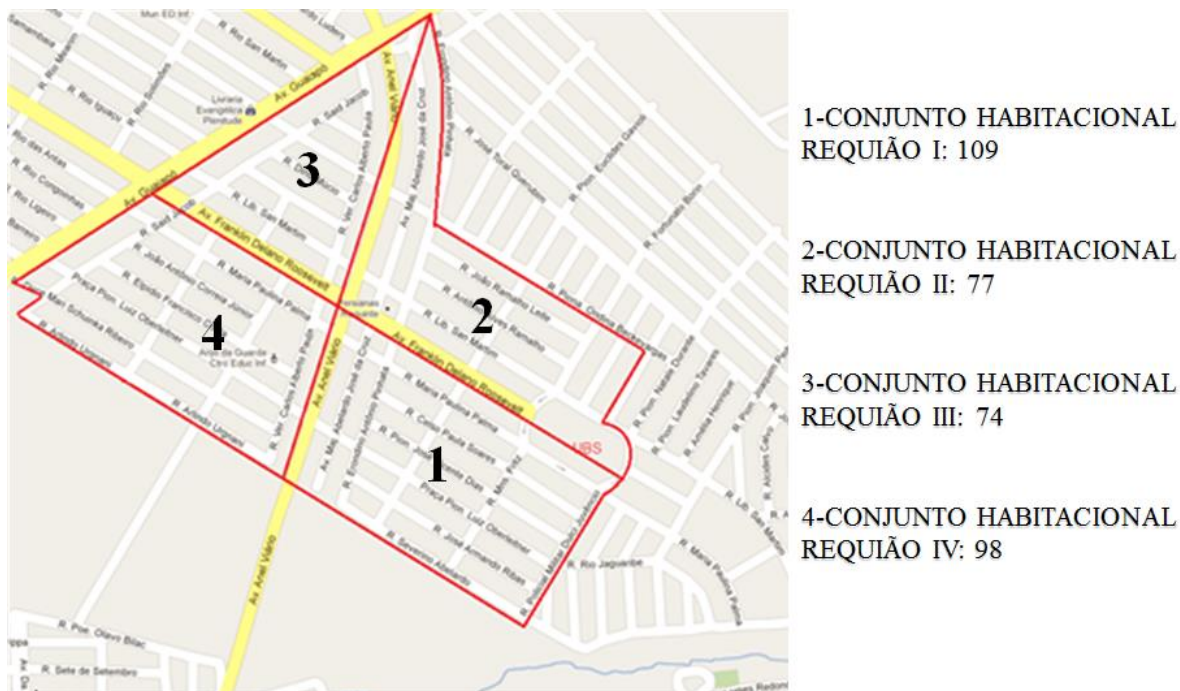
Maringá está localizada na região Noroeste do Paraná, possui, de acordo com o último censo demográfico divulgado em 2012, uma população de mais de 400 mil habitantes, e é sede da 15ª Regional de Saúde do Estado do Paraná. A expansão urbana do polo metropolitano sobre os municípios limítrofes é Sarandi, a leste, e Paiçandu, a oeste (SECRETARIA DE SAÚDE DE MARINGÁ, 2013).

O município possui taxa de analfabetismo de 5,39% na população de 15 anos ou mais, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,808, considerado “muito alto desenvolvimento humano” pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) ocupando a segunda posição em relação aos demais municípios paranaenses e a 23ª posição em relação aos municípios brasileiros, com uma renda *per capita* média de 465,37 reais (SECRETARIA DE SAÚDE DE MARINGÁ, 2013).

Para a escolha do Conjunto Habitacional Requião foi utilizado um estudo realizado nesta mesma região, onde, com o objetivo de analisar a percepção social da presença de drogas de abuso e violência, em uma amostra probabilística de 358 moradores, apenas cinco moradores (1,4%) referiram desconhecer a grande circulação de drogas de abuso na comunidade (REIS; UCHIMURA; OLIVEIRA, 2013). Diante disso, considerou-se o território do bairro como uma região urbana com alto índice de violência relacionado ao uso de drogas quando comparada a outras áreas de um município da região noroeste do Paraná, como comunidade a ser investigada.

A área total do Conjunto Habitacional Requião é composta por 70 quadras, distribuídas nos setores I, II, III e IV, em 29 ruas e duas avenidas. Possui 1.492 terrenos ocupados com um ou mais domicílios (Figura 2).

Figura 2 – Mapeamento do Conjunto Habitacional Requião.



Fonte: *Google maps* (2016).

O Conjunto Habitacional recebeu os primeiros moradores em 1993, em casas de 52 m², divididos em uma cozinha, um banheiro, uma sala e dois dormitórios (Setor Requião D). Por ordem de inscrição e com base nos critérios do programa habitacional esse setor foi ocupado por famílias consideradas socialmente “pobres”. A exigência era de que o responsável estivesse desempregado e a família tivesse, no mínimo, cinco membros. Até o final do ano seguinte, sem o mesmo rigor na exigência para cadastro dos moradores, todas as 1.166 casas estavam habitadas (DAIBERT, 2007).

4.3 POPULAÇÃO E PERÍODO DO ESTUDO

A população em estudo foi composta pelos moradores do Conjunto Habitacional Requião, aproximadamente 5100 pessoas, distribuídas em 1640 domicílios, a partir de amostragem probabilística aleatória.

Entende-se por domicílio o local estruturalmente separado e independente que se destina a servir de habitação a uma ou mais pessoas, ou que estejam sendo utilizado como tal. O local de habitação é limitado por paredes, muros ou cercas, coberto por um teto, permitindo

a uma ou mais pessoas que nele habitam isolar-se das demais, com a finalidade de dormir, preparar e/ou consumir seus alimentos e proteger-se do meio ambiente, arcando, total ou parcialmente, com suas despesas de alimentação ou moradia (separação). Tem acesso direto, permitindo a seus moradores entrar e sair sem necessidade de passar por locais de moradia de outras pessoas (independência). Só caracteriza-se corretamente domicílio quando forem atendidos simultaneamente os critérios de separação e independência (CORIOLANO et al., 2011).

Para determinação da amostra populacional foi realizada amostragem probabilística aleatória e representativa do total de moradores, onde um membro de cada domicílio respondeu ao questionário.

A amostragem probabilística consiste em uma forma de permitir planos de amostra representativa. Permite que o pesquisador estime até que ponto os resultados baseados em sua amostra tendem a diferir dos que seriam encontrados por meio do estudo da população. Inversamente, se sua amostragem é probabilística, pode especificar o tamanho da amostra que precisará se deseja ter certo grau de certeza de que seus resultados na amostra não diferem, por mais de uma quantidade especificada, dos que seriam obtidos num estudo da população total (TORRES, 2000).

O cálculo do tamanho da amostra toma como referência a regra definida para o cálculo de amostras para proporções, considerando-se o fator de correção para populações finitas. Considerar-se-á um nível de confiança $(1 - \alpha)$ igual a 95% e um erro (e) de 0,05. O valor de $p = 0,10$ foi considerado como referência (TAVARES, 2007).

$$n_1 = \frac{z_{\alpha/2}^2 \times p \times q \times N}{(N - 1) \times e^2 + z_{\alpha/2}^2 \times p \times q}$$

Os critérios de inclusão foram: a idade do entrevistado, que deveria ser igual ou superior a 18 anos; e a residência permanente no bairro, descartando os moradores temporários – famílias ampliadas temporariamente. Ressalta-se que foram observados os critérios de inclusão, bem como os mecanismos próprios para identificação da capacidade de resposta do indivíduo, considerando que, durante a entrevista, poderiam ser encontrados usuários em uso de drogas de abuso, bem como idosos com alterações cognitivas, comprometendo os resultados do estudo.

4.4 INSTRUMENTO(S) DE COLETA DE DADOS

Foi utilizado como instrumento de coleta de dados o Questionário para Entrevista com Famílias, estruturado, composto por questões para caracterização sócio demográficas das famílias e questões para reconhecimento dos planos analíticos da vulnerabilidade, com variáveis agrupadas segundo as dimensões individual, social e programática (APÊNDICE A).

A proposta de questionário foi avaliada pela banca de qualificação do projeto de pesquisa para construção de questões que respondiam aos objetivos da pesquisa. Após a construção do instrumento, visando a adequação e qualificação do mesmo, o pesquisador realizou um primeiro teste-piloto nos dias 25 e 26 de Maio de 2016 em um conjunto habitacional similar com a região da pesquisa, com famílias que faziam parte da vizinhança. Foram realizadas cinco entrevistas piloto, onde ficou constatado que o instrumento necessitava de adequações devido a algumas questões que se assemelhavam, à dificuldade de compreensão por parte dos entrevistados e ao tempo de duração da aplicação do instrumento, deixando os entrevistados desconfortáveis.

Após a primeira etapa de realização do piloto e realizadas as adequações necessárias no instrumento, foi realizado ainda um novo teste-piloto em um segundo momento, nos dias 08 e 09 de Junho, dessa vez no bairro da pesquisa. Foram aplicados novamente três testes-pilotos, com o objetivo de identificar possíveis necessidades não observadas pelo pesquisador no primeiro momento.

Novamente houve a necessidade de serem feitas algumas correções, principalmente em relação à homogeneidade das perguntas, visando facilitar o diálogo entre entrevistador e entrevistado. Os demais itens apontados no primeiro momento foram adequados e se mostraram viáveis nesse momento. Os moradores que responderam ao teste-piloto do instrumento não foram incluídos na amostra.

4.5 PROCEDIMENTOS/COLETA DE DADOS

A coleta de dados aconteceu em três momentos: preparação do trabalho de campo, preparação da equipe de pesquisa para a coleta de dados e realização efetiva do trabalho de campo.

4.5.1 Preparação do trabalho de campo

A etapa preparatória da pesquisa de campo se deu a partir de contato inicial com a área em estudo e observação do contexto, e reunião com o diretor da Unidade Básica de Saúde responsável pela atenção básica a saúde da área.

Considera-se que o impacto do contexto na vida social e na saúde das populações se deve à heterogeneidade dos atributos do entorno físico e social, para além das características individuais ou agregadas daqueles ali aninhados. Esses atributos, embora dependentes dos indivíduos, são tipicamente externos a eles e potencialmente modificáveis (PROIETTI et al., 2008). Com o objetivo de conhecer o local e realizar o contato inicial com o Conjunto Habitacional Requião, foi realizada uma fase exploratória de campo a qual compreendeu visita *in loco* ao bairro, para reconhecimento da área ‘geográfica’ e a organização dos moradores no espaço. O pesquisador procedeu a uma observação do espaço e das pessoas na localidade e registrou as informações observadas.

Dessa maneira foi possível uma contextualização dos equipamentos sociais disponíveis na comunidade e o conhecimento da vida financeira e das particularidades das ruas e das pessoas.

A visita foi realizada no dia 14 de abril de 2016 pelo pesquisador e uma doutoranda do PSE UEM. Todas as ruas do conjunto habitacional foram percorridas de automóvel e as informações registradas diziam respeito às características locais e de seu entorno, contagem de pessoas no local e também a presença ou não de pessoas consumindo ou comercializando drogas.

As ruas estavam calmas, sem muito movimento de carros e pessoas e estavam razoavelmente limpas. Na principal rua do conjunto habitacional era possível trafegar nas calçadas, porém, nas ruas periféricas, em todo o trajeto, havia material de construção nas calçadas, ausência de calçadas e de árvores, e ‘caçambas’ de entulhos de construção nas ruas.

Foi possível observar as mulheres limpando as calçadas de suas casas, idosos nas ruas mais periféricas e, na avenida principal, adultos foram observados trabalhando em várias empresas comerciais. Poucas crianças foram observadas nas ruas e poucos grupos de pessoas caminhavam.

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

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

Vários equipamentos sociais foram listados, como Escola Municipal Ângela Vergínia Borin, Colégio Estadual de Ensino Fundamental e Médio Tânia Ferreira e Escola Municipal Olga Aiub Ferreira; Unidade Básica de Saúde – UBS; Centro de Referência de Assistência Social – CRAS; Quadra Poliesportiva; Centro de Recreação e Arte; Academia da Terceira Idade – ATI; várias igrejas (16 no total). Não foram observados locais de lazer e entretenimento para os jovens.

Foi realizado contato prévio com a direção da UBS local, com o objetivo de informar a equipe de saúde sobre o início da coleta de dados. O diretor nos recebeu, e se mostrou preocupado quando informamos que na pesquisa haveria questionamentos sobre drogas. Disse que o ambiente era de risco social, e que a equipe de saúde da unidade havia recebido ameaça de alguns moradores do bairro no dia da reunião. O objetivo era iniciar a coleta de dados no sábado seguinte, porém o diretor nos orientou que seria melhor iniciar na segunda-feira, quando a UBS estaria em funcionamento, pois ele solicitaria aos agentes comunitários de saúde – ACS – para nos acompanhar pelo menos na primeira semana de atividade, com vistas a facilitar a aceitação da população à presença da equipe de pesquisa e diminuir o risco para os entrevistadores.

No dia do início da coleta de dados, o diretor comunicou que os ACS se recusaram a nos acompanhar como combinado, devido ao medo de sofrer repressão dos moradores do bairro, traficantes e usuários, por morarem no Bairro. Esse fato gerou medo nos entrevistadores, pois, se os próprios ACS que costumam realizar visitas domiciliares regularmente e são moradores do bairro, mostraram receio em falar sobre drogas com a

população local, isso poderia ser questão maior de conflito para os representantes da Universidade Estadual de Maringá.

O diretor ainda orientou que a equipe deveria permanecer no bairro no máximo até às 16h30minh quando, segundo ele, se inicia a movimentação de venda e distribuição de drogas. Orientou aumento no cuidado nos domicílios com muros altos que possuíam câmeras de filmagem e nas casas muito antigas, mas com estacionamento de carros novos na garagem, pois estes são ambientes de traficantes. Indicou ainda que, se possível, fosse evitada a realização de entrevistas nestes domicílios.

4.5.2 Preparação da equipe de coleta de dados

O questionário foi aplicado pelo pesquisador, dois alunos de Mestrado e um de Doutorado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem – PSE, um aluno do mestrado do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Maringá, e um aluno do curso de graduação em Enfermagem da Unicesumar.

O pesquisador realizou capacitação dos entrevistadores quanto ao objeto de estudo, metodologia e aplicação do instrumento, sendo estabelecido o Manual de Boas Práticas do Entrevistado para padronizar a coleta de dados entre os entrevistadores (APÊNDICE B).

Antes do início do trabalho de campo, foi realizado uma reunião com a equipe de pesquisa. Nesta reunião foi discutido o Resumo Executivo do projeto de pesquisa, elaborado pelo pesquisador e sua orientadora (APÊNDICE C).

4.5.3 Trabalho de campo

Para realização da coleta de dados, visando garantir maior representatividade da população, foi criado um sistema de referência com visitas *in loco* à comunidade. Para tanto, as quadras e os domicílios do Conjunto Habitacional Requião I, II, III e IV foram catalogados e numerados em um sistema com três estágios.

O primeiro estágio correspondeu ao sorteio das quadras; o segundo abrangeu o sorteio dos domicílios a serem pesquisados, que ocorreu da seguinte forma: foi sorteado o primeiro domicílio da quadra, onde foi realizada a primeira entrevista e, a partir deste, foram contados três domicílios sequenciais sendo o quarto domicílio escolhido para a segunda entrevista, e assim por diante, considerando a contagem de domicílios em sentido horário à quadra; e, o terceiro estágio correspondeu à seleção do respondente em cada domicílio, indicado pelos moradores presentes no domicílio no momento da chegada do entrevistador, de modo a evitar amostra viciada, e garantir a desejada igualdade de chances da participação no estudo (CARLINI et al., 2002).

Não foi incluído qualquer tipo de casa comercial, hospitais, fábricas, pensões ou hotéis. Foi considerado único domicílio o terreno que apresentou duas casas, cujos moradores comungavam da mesma refeição ou utilizavam a mesma entrada para a casa.

Para se evitar o viés de seleção dos entrevistados, de forma que o público entrevistado fosse o mais diversificado possível, os dados foram coletados durante todos os dias da semana, e os horários para coleta dos dados foram alternados, não havendo coleta de dados no período noturno.

A tentativa de contato na residência selecionada foi realizada por, no máximo, três vezes, ressaltando-se que essas tentativas aconteceram em dias alternados, de modo que os dias da semana não se repetiram para essa residência. Após a terceira tentativa, as residências que não apresentaram um morador para receber a entrevistadora foram excluídas da pesquisa e o domicílio localizado ao lado direito foi considerado para reconstituir a amostra.

Foram visitados, aleatoriamente, 418 domicílios. Destes, 38 não apresentaram morador no momento da visita e em 21 domicílios houve recusa a participar da pesquisa. Houve reconstituição da amostra. As perdas foram substituídas por novo domicílio, utilizando os mesmos critérios de seleção. Foram entrevistados familiares em 358 domicílios.

A coleta de dados foi realizada em 19 dias, durante os meses de julho e agosto de 2016, no período das 9h às 17h, em dias alternados da semana. O pesquisador gerenciou o processo de coleta dos dados e esteve presente em todas as datas de coleta, propiciando um momento de troca de experiência com os entrevistadores e estimulando a vivência dos alunos em pesquisas de campo.

A abordagem dos moradores para participação na pesquisa configurou-se em momento de grande desafio, uma vez que o tema abordado gera desconfiança e medo, sendo responsável pelas recusas, e a equipe de pesquisa havia sido alertada do risco de entrevistar os moradores. Por outro lado, a perda de domicílios pela ausência de moradores foi relativamente pequena, considerando que, em grande parte, havia ao menos um morador para responder ao questionário.

A maioria das famílias respondeu ao questionário com tranquilidade e, quando questionados sobre a presença de drogas no bairro, informaram que há existência. Vários indicaram pontos de venda de drogas, os quais eram denominados como “boca” ou “ponto”. Houve ainda pessoas que questionavam insistentemente os motivos da entrevista.

As ruas normalmente eram tranquilas durante o período de realização da pesquisa, mas, por volta das 17h, a movimentação no bairro começava a aumentar e muitos jovens se aglomeram ao redor da escola.

Nos diálogos informais com os entrevistados, o que chamou a atenção dos entrevistadores foi a aceitação dos moradores com a realidade que vivem. Entendem que a situação já foi “muito pior”, e que atualmente os traficantes acabam por “proteger o ambiente de assaltos e violência, e que basta não se envolver com eles para evitar problemas”. Dentro do bairro existe um sistema de “vigilância”, organizado pelos próprios moradores, e vários domicílios são adeptos, contendo placas de sinalização nos portões.

4.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram compilados em planilha eletrônica no software Microsoft Office Excel 10.0. Utilizou-se suporte de gerenciador de banco de dados (MariaDB) ao qual foram aplicados scripts SQL que retornaram os dados agrupados e a análise estatística foi realizada por meio do banco de dados Software de análise estatística R. Foram realizadas análises descritivas (médias, desvio padrão) e o teste do qui-quadrado, com intervalo de confiança de 95% (DOWNING; CLARK, 2010).

As variáveis estudadas foram agrupadas segundo caracterização do entrevistado e da família e as dimensões da vulnerabilidade (MANN; TARANTOLA; NETTER, 1992). Os resultados das análises estatísticas estão apresentados em tabelas.

4.7 QUESTÕES ÉTICAS

Foram obedecidos os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013).

O presente estudo é parte de um projeto financiado pelo PPSUS – Programa Pesquisa para o Sistema Único de Saúde/Fundação Araucária-PR Convivendo com Drogas de Abuso: Percepção Social em uma comunidade do noroeste do Paraná, já autorizado pelo COPEP/UEM com parecer número 16799/2012 (ANEXO A).

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

4.8 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados da pesquisa estão apresentados na forma de um item para caracterização dos participantes da pesquisa com dados dos familiares, das famílias e dos usuários de drogas, e dois manuscritos conforme apresentados a seguir.

- Manuscrito 1 – Famílias em situação de vulnerabilidade e uso de drogas.
- Manuscrito 2 – Contextos de vulnerabilidade para o uso de drogas em território vulnerabilizado.

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Foram visitados, aleatoriamente, 418 domicílios, e, após recusa e reconstituição da amostra nos domicílios, foram entrevistados 358 moradores. A maioria dos entrevistados era do sexo feminino (262 – 73,2%), com faixa etária de 18 a 88 anos, e média 52,2 anos, referiu a raça/cor branca (209 – 58,4%), e estado conjugal casado (205 – 57,3%). A média de anos estudados era 7,1 e a situação profissional aposentado (92 – 25,7%) e do lar (23,2%) foram as mais citadas (Tabela 1).

Tabela 1 – Características socioeconômicas dos entrevistados. Maringá-PR, julho a agosto, 2016.

Variáveis	Resultados
Sexo feminino (%)	73,2
Conjugalidade, casada (%)	57,3
Idade (anos), média	52,2
Escolaridade (anos estudados), média	7,1
Raça/Cor branca (%)	58,4
Situação Profissional, aposentado (%)	25,7
Situação Profissional, do lar (%)	23,2

Fonte: O próprio autor, 2016.

A escolaridade dos entrevistados adequou-se à média brasileira, pois quase metade da população com 25 anos ou mais tem escolaridade compatível com oito anos cursados (LARANJEIRA et al., 2014). A maioria de aposentados e mulheres em situação de trabalho apenas no lar não indica a estrutura profissional das famílias, pois os entrevistados foram aqueles encontrados no domicílio no momento da entrevista.

A maioria das famílias foi classificada como família nuclear (196 – 54,7%), ou extensa (121 – 33,8%), e eram constituídas por uma média de 3,6 pessoas por domicílio (Tabela 2). A família nuclear é composta por um homem e uma mulher que coabitam e tem pelo menos um filho. Famílias extensas são compostas pelo núcleo familiar e agregados que coabitam a mesma unidade doméstica. Famílias monoparentais são aquelas constituídas por um único progenitor, com os filhos que não são ainda adultos (MALTA et al., 2011).

Tabela 2 – Características das famílias dos entrevistados. Maringá-PR, julho a agosto, 2016.

Variáveis	Resultados
Classificação familiar	
Nuclear (%)	54,7
Extensa (%)	33,8
Monoparental (%)	11,5
Número de moradores por domicílio, média	3,6
Criança na família, n	115
Adolescente na família, n	45
Idoso na família, n	151
Desempregados na família, n	104
Religião familiar, católica (%)	59,8

Fonte: O próprio autor, 2016.

Estudos realizados também apontam que a presença de ambos os pais no domicílio serve como fator protetor ao uso do tabaco, álcool e outras drogas ilícitas. A convivência e a coesão familiar, assim como participar de atividades conjuntas, exercem efeito protetor na prevenção de uso de álcool e drogas (LARANJEIRA et al., 2014; MALTA et al., 2011).

Verificou-se, no entanto, que as famílias investigadas possuem perfil semelhante ao perfil da população brasileira em geral. Essa assertiva baseia-se em estudo que indica que 64,8% dos domicílios brasileiros possuem três ou menos pessoas por residência (LARANJEIRA et al., 2014).

Cento e quatro entrevistados (29,3%) refeririam algum membro desempregado no momento da entrevista. Pode-se inferir que o emprego constitui um fator protetor para o uso de drogas de abuso, uma vez que o desemprego é considerado fator de risco. No entanto, pode causar um distanciamento dos problemas da comunidade, uma vez que o morador afasta-se do seu local de residência para exercer sua ocupação em outras regiões do município (REIS; HUNGARO; OLIVEIRA, 2014).

A maioria das famílias informou seguir a religião católica. Sabe-se que ter tido uma educação religiosa na infância pode implicar em uma educação com regras e normas morais e comportamentais mais claras, um ambiente sócio familiar mais estruturado, assim como ter valores que dão significado à vida (DALGALARRONDO et al., 2004; FELIPE; CARVALHO; ANDRADE, 2015).

Cento e quarenta e cinco entrevistados (40,5%) possuíam mais de uma edificação no terreno. Considerando todas as edificações, o número de dependências variou de 3 a 16, com média de 6,2. A maioria 317 (88,5%), dos domicílios era próprio.

Como tempo de residência na comunidade, verificou-se uma média de 10,5 anos, com variação de um mês a 23 anos. O tempo médio de residência do entrevistado na comunidade influencia os vínculos com os demais moradores do bairro como também o

uso dos equipamentos sociais do território, pois a maioria vivia em vizinhança permanente havia mais de dez anos (REIS; UCHIMURA; OLIVEIRA, 2013).

A renda familiar mensal média variou de 300 a 8000 reais, para o mês de agosto de 2016, com média de 2230 reais por família e 557 reais de renda *per capita*. Dezoito famílias não responderam esta pergunta, e quatro famílias informaram que não possuíam renda fixa mensal. Trinta e quatro famílias (9,5%) recebiam algum tipo de benefício social, predominando o Bolsa Família (21 – 5,8%), com média de 130 reais por família.

Em relação aos dados econômicos das famílias investigadas, verificou-se renda média de dois salários mínimos e meio vigente no ano da entrevista, acompanhando a média brasileira de salário da classe trabalhadora e moradora de periferia urbana (IBGE, 2010). Sobre a questão socioeconômica de famílias em situação de vulnerabilidade, no Brasil os indicadores referentes à situação de pobreza e miséria encontrados têm apresentado avanços, porém a situação ainda é de emergência em relação à subsistência de um número expressivo de famílias (BRIGNOL et al., 2015).

No entanto, embora a família possa conviver em um ambiente de conflitos e pobre de recursos, ela se configura como uma instituição fundamental na sociedade e sempre busca um meio de reestruturação e reorganização. Neste contexto, considera-se que a identificação de famílias vulneráveis e a concepção de medidas de prevenção a eles dirigidas podem desempenhar um papel crucial como resposta aos fatores de vulnerabilidade (BUSCAIL; UPEGUI; VIEL, 2012; JULIANO; YUNES, 2014).

5.2 MANUSCRITO 1

FAMÍLIAS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE E USO DE DROGAS**FAMILIES IN THE SITUATION OF VULNERABILITY AND USE OF DRUGS****RESUMO**

Objetivo: descrever o uso de drogas por membros de famílias expostas a risco da convivência em território com elevada circulação de drogas de abuso.

Métodos: Pesquisa transversal, quantitativa, utilizando inquérito domiciliar de base populacional, realizado em um conjunto Habitacional, situado no município de Maringá-PR. Os dados foram coletados por meio de questionário estruturado, aplicado a partir de amostragem probabilística aleatória de 358 domicílios. Os dados foram analisados no Software de análise estatística R, sendo submetidos à análises descritivas (médias, desvio padrão) e o teste do qui-quadrado.

Resultados: Observa-se associação em relação ao uso de drogas, onde indicam que os setores censitários III e IV tem maior presença de drogas ($p = 0,035$). Além disso houve associação com a frequência do uso de drogas, indicando que os usuários dos setores censitários III e IV costumam utilizar drogas com maior frequência ($p = 0,048$). A ação mais importante, na opinião dos entrevistados, para combater o uso de drogas e violência é aumentar o policiamento (137 – 38,4%).

Conclusão: O uso de drogas na comunidade e o nível de consumo foi estatisticamente diferenciada entre as regiões censitárias.

Palavras-chave: Drogas de abuso; Efeitos de drogas; Enfermagem em saúde comunitária; Família; Vulnerabilidade em saúde.

ABSTRACT

Objective: To describe the use of drugs by members of families exposed to risk factors in the coexistence of territory with high circulation of drugs of abuse.

Methods: A cross-sectional, quantitative study using a population-based household survey conducted in a housing complex located in the city of Maringá-PR. The data were collected through a structured questionnaire, applied from a random probabilistic sampling of 358 households. The data were analyzed in the software of statistical analysis R, being submitted to the descriptive analyzes (means, standard deviation) and the Chi-square test.

Results: There is an association with drug use, which indicates that census tracts III and IV have a higher presence of drugs ($p = 0.035$). In addition, there was an association with the frequency of drug use, indicating that users of census tracts III and IV tend to use drugs more frequently ($p = 0.048$). The most important action, in the opinion of the respondents, to combat the use of drugs and violence is to increase patrolling (137 – 38.4%).

Conclusion: The use of drugs in the community and the level of consumption was statistically different between the regions of census tracts.

Keywords: Street drugs; Drug effects; Family; Community health nursing; Health vulnerability.

INTRODUÇÃO

Calcula-se que cerca de 246 milhões de pessoas, pouco mais do que 5% da população mundial com idade entre 15 e 64 anos, tenha utilizado drogas ilícitas em 2014. Aproximadamente 27 milhões de pessoas fazem uso nocivo de drogas, o que representa cerca de 0,6% da população adulta mundial, ou ainda 1 em cada 200 pessoas (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2015).

O uso nocivo de drogas de abuso normalmente é acompanhado por problemas sociais, econômicos e de saúde, com consequências ao usuário, sua família, ambiente de trabalho e escolar, e outros aspectos das relações pessoais. Os índices elevados de violência dos últimos tempos ampliam a percepção social quanto às questões sociais e os impactos que as drogas ocasionam (BRISCOE; LAVENDER; MCGOWAN, 2016; OTÁLVARO et al., 2012).

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 (BRISCOE; LAVENDER; MCGOWAN, 2016; RYDIN et al., 2012).

Boa parte da população no mundo é afetada pelo comércio legal, ilegal ou tráfico de drogas, e pelas várias formas que a violência se expressa diante disso. O aumento da oferta das drogas na sociedade e os impactos que ela causa acenam para a necessidade de reflexões sobre meios humanizados de enfrentamento (JACQUES et al., 2016; OTÁLVARO et al., 2012).

O avanço das drogas nas sociedades e seus impactos diretos e indiretos convidam a refletir sobre formas mais plurais de conviver e a desenvolver respostas mais eficazes para esses problemas que emergem a cada dia. Analisando os dados estatísticos com foco nos sujeitos, percebe-se que a maioria é afetada, direta ou indiretamente, pelo uso/abuso, pela dependência, pelo tráfico e comercialização de drogas e pela violência associada a comportamentos antissociais (JACQUES et al., 2016; HITCHCOCK et al., 2014).

Alguns territórios/comunidades com elevada vulnerabilidade social são confundidas como *locus* da criminalidade e ninho do tráfico de drogas. Entretanto, bairros periféricos e seus moradores vivem sobre vários cercos: o cerco da violência criminal e o das forças de segurança; o cerco do estigma; o cerco, ainda, da doutrina das igrejas com

seu discurso e práticas religiosas e morais; e, não menos importante, o dos aparelhos estatais e das entidades não governamentais que também tratam estes territórios como *locus* da sociabilidade violenta, reforçando o mito das classes perigosas, com presença de ‘biqueiras’ e ‘traficantes’ (DE BONI; BASTOS; BASTOS, 2014; REIS; UCHIMURA; OLIVEIRA, 2013).

Reconhecer o contexto sociocultural no qual o indivíduo está inserido e sua vivência com as drogas de abuso pode facilitar a identificação de vulnerabilidades que permeiam o uso de drogas, passo fundamental para a criação de estratégias de atuação das equipes de saúde junto às famílias e pessoas em situação de vulnerabilidade (CHAIX et al., 2012; PORTO, 2012).

Neste contexto, o objetivo deste estudo foi descrever o uso de drogas por membros de famílias expostas a fatores de risco na convivência em território com elevada circulação de drogas de abuso.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, utilizando o inquérito domiciliar de base populacional (GOUVEIA et al., 2005; HALLAL et al., 2011). Foi realizado em um território, localizado na região Norte de Maringá, subdividido em setores I, II, III e IV, composto por 70 quadras, distribuídas em 29 ruas e duas avenidas. Possui 1.492 terrenos ocupados com um ou dois domicílios.

Para a escolha do local de estudo foi observado resultados de pesquisa nesta mesma região, onde, em uma amostra probabilística de 358 moradores, com o objetivo de analisar a percepção social da presença de drogas de abuso e violência, apenas cinco (1,4%) moradores referiram desconhecer a grande circulação de drogas de abuso na comunidade (REIS; UCHIMURA; OLIVEIRA, 2013).

Este estudo foi realizado pela amostragem probabilística aleatória dos 5.140 moradores de uma comunidade com indicadores elevados de violência relacionados ao consumo de drogas. Considerando um nível de confiança igual a 95%, erro de 0,05 e, valor de p igual a 0,10, obteve-se uma amostra populacional de 358 pessoas/domicílios. Foram eleitos para entrevista domiciliar, moradores com idade igual ou superior a 18 anos e residentes permanentes no local de estudo, sendo um morador para cada domicílio sorteado.

O Conjunto Habitacional recebeu os primeiros moradores em 1993, em casas de 52 m², divididos em uma cozinha, um banheiro, uma sala e dois dormitórios (Setor censitário I). Por ordem de inscrição e com base nos critérios do programa habitacional, as casas da área I foram ocupadas por famílias consideradas socialmente “pobres”. A exigência era de que o responsável estivesse desempregado e a família tivesse, no mínimo, cinco membros. Os moradores inicialmente foram alocados nos setores censitários I e II e por conseguinte nos setores III e IV. Até o final do ano seguinte, sem o mesmo rigor na exigência para cadastro dos moradores, todas as 1.166 casas estavam habitadas.

Para a coleta de dados, foi criado um sistema de referência com visitas *in loco* à comunidade. As quadras e os domicílios do bairro foram catalogados e numerados, constituindo em um sistema com três estágios.

O primeiro estágio correspondeu ao sorteio das quadras; o segundo abrangeu o sorteio dos domicílios a serem pesquisados, quando foi sorteado o primeiro domicílio da quadra, para a primeira entrevista, e a partir deste, foram contados três domicílios sequenciais, e no quarto domicílio foi obtida a segunda entrevista, e assim por diante, considerando a contagem de domicílios em sentido horário à quadra; e, o terceiro estágio correspondeu à seleção do respondente em cada domicílio, indicado pelos moradores presentes no domicílio no momento da chegada do entrevistador, de modo a evitar amostra viciada, e garantir a desejada igualdade de chances da participação no estudo.

Foram excluídas qualquer tipo de casa comercial, hospitais, fábricas, pensões ou hotéis. Foi considerado único domicílio, o terreno que apresentou duas casas, cujos moradores comungavam da mesma refeição ou utilizavam a mesma entrada para a casa.

Foi utilizado como instrumento de coleta de dados questionário, estruturado, composto por questões para caracterização sócio demográficas das famílias e aspectos relacionados ao uso de drogas: presença de drogas na família, tipo de droga, frequência do uso de drogas, agressividade do familiar usuário de drogas, motivos para existir drogas na comunidade (MANN; TARANTOLA; NETTER, 1992).

Foram visitados, aleatoriamente, 418 domicílios, destes, 38 não apresentaram morador no momento da visita e em 21 domicílios houve recusa a participar da pesquisa. Houve reconstituição da amostra de 21 domicílios por recusa, e 38 pela ausência de moradores. As perdas foram substituídas por novo domicílio, utilizando os mesmos critérios de seleção.

Os dados foram sistematizados em planilha eletrônica no software Microsoft Office Excel 10.0 e a análise estatística foi realizada por meio do banco de dados Software de análise estatística R. Foram realizadas análises descritivas (médias, desvio padrão) e o teste do qui-quadrado, com intervalo de confiança de 95%. As variáveis de vulnerabilidade foram confrontadas com a busca por orientação sobre drogas pela família.

O presente estudo é parte de um projeto financiado pelo PPSUS – Programa Pesquisa para o Sistema Único de Saúde/Fundação Araucária-PR *Convivendo com Drogas de Abuso: Percepção Social em uma comunidade do noroeste do Paraná*, autorizado pelo comitê de ética e pesquisa – COPEP/UEM com parecer número 16799/2012. Todos os preceitos éticos foram obedecidos.

RESULTADOS

Os participantes da pesquisa eram a maioria mulheres (262 – 73,2), estado civil casado (205 – 57,3%), a faixa etária média foi de 52,2 anos, escolaridade média de 7,1 anos. A maioria das famílias foi classificada como nuclear (196 – 54,7%), e extensas (121 – 33,8%).

Na Tabela 1 estão apresentadas as características socioeconômicas das famílias, nos aspectos número de moradores por domicílio, renda familiar, desempregados na família e religião.

Tabela 1 – Características socioeconômicas das famílias dos entrevistados. Maringá-PR, julho a agosto, 2016.

Variáveis	Resultados
Número de moradores por domicílio, média	3,6
Renda familiar, média (reais)	2230
Desempregados na família, n	104
Religião familiar, católica (%)	59,8

Fonte: O próprio autor, 2016.

A maioria dos domicílios (317 – 88,5%) é próprio e o tempo médio de residência das famílias no conjunto habitacional, era de 10,5 anos. Trinta e quatro famílias (9,5%) recebiam algum tipo de benefício social, predominando o bolsa família 21 (5,8%), com média de 130,5 reais por família.

Em relação ao uso de drogas por parte de algum familiar, 110 (30,9%) informaram a presença de algum usuário na família, onde o principal tipo de droga foi o álcool (69 – 62,7%),

e 41 (37,7%) tem alguém na família que é usuário de drogas ilícitas. Dentre esses, 37 (33,7%) fazem uso de drogas somente em finais de semana e 73 (66,3%) usam mais do que duas vezes por semana. Quando questionados se existe alteração no comportamento/agressividade por parte do familiar quando está sob o efeito de drogas 61 (56,5%) responderam afirmativamente.

A Tabela 2 apresenta a associação entre os setores censitários do bairro e aspectos relacionados ao uso de drogas. Observou-se associação significativa entre o uso de drogas e os setores censitários III e IV do bairro ($p = 0,035$), também maior frequência do uso de drogas nos mesmos setores censitários ($p = 0,048$).

Tabela 2 – Associação entre setores censitários e variáveis relacionadas ao uso de drogas. Maringá-PR, julho a agosto, 2016.

	I e II		III e IV		Total		P
	n	%	n	%	N	%	
Presença de drogas na família = $X^2 0,8497442$							
Sim	48	25,8	62	36,0	110	30,7	0,035
Não	138	74,2	110	64,0	248	69,3	
	186	1	172	1	358	1	
Tipo de droga (exceto tabaco) = $X^2 0,7326071467$							
Álcool	30	62,5	39	62,9	69	62,7	0,116
Outras drogas	18	37,5	23	37,1	41	37,3	
	186	1	172	1	110	1	
Frequência de uso de drogas = $X^2 0,826188622$							
Mais de 2 vezes semana	27	56,2	46	74,2	73	66,4	0,048
Menos de 2 vezes semana	21	43,8	16	25,8	37	33,6	
	48	1	62	1	110	1	
Agressividade do familiar sob drogas = $X^2 0,466039714$							
Sim	25	52,1	36	58,1	61	55,5	0,531
Não	23	47,9	26	41,9	49	44,5	
	48	1	62	1	110	1	

Fonte: O próprio autor, 2016.

Conforme descrito na Tabela 3 os principais motivos da elevada circulação de drogas no bairro foram a desestruturação familiar (82 – 22,9%) e a falta de policiamento (68 – 19,0%). Foi relevante o número de famílias que não indicaram os motivos (49 – 13,7%) e a desestruturação familiar foi mais indicada nos setores censitários I e II, inversamente acontece à falta de policiamento indicada nos setores III e IV (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição dos familiares em função do entendimento para os motivos de existir elevada circulação de drogas na comunidade. Maringá-PR, julho a agosto, 2016.

Principal motivo de existir drogas na comunidade	I e II		III e IV		Total	
	n	%	n	%	N	%
Desestruturação familiar	60	16,7	22	6,2	82	22,9
Falta de políticas públicas e infraestrutura	38	10,6	30	8,4	68	19,0
Falta de policiamento	26	7,3	41	11,4	58	18,7
Falta de conscientização	13	3,6	10	2,8	23	6,4
Outro motivo	29	8,1	40	11,2	69	19,3
NS/NR	15	4,2	34	9,5	49	13,7

Fonte: O próprio autor, 2016.

Das famílias que indicaram a presença de usuários de drogas, apenas 35 (31,8%) procurou algum tipo de orientação sobre drogas, e o local mais procurado para essa orientação foram serviços de saúde (18 – 51,4%), seguido de familiares e amigos (17 – 48,6%).

DISCUSSÃO

Os limites deste estudo referem-se ao delineamento transversal que não permite estabelecer relações de causas e efeito, mas apresenta associações importantes no caso do uso de drogas. Outro ponto importante a ser observado é que os dados foram baseados em registros dos próprios protagonistas. É difícil avaliar se eles estavam superestimando ou subestimando os fatores de vulnerabilidade das famílias, principalmente os relacionados ao uso de drogas.

As famílias investigadas possuem perfil semelhante ao perfil da população em geral. Essa assertiva baseia-se em estudo que indica que 64,8% dos domicílios brasileiros possuem 3 ou menos pessoas por residência, sendo 74,4% são casas próprias (LARANJEIRA et al., 2014).

Embora o presente estudo envolva famílias vulneráveis em um espaço da periferia urbana e a renda familiar seja relacionada a fatores para iniciação do uso de drogas (BUSCAIL; UPEGUI; VIEL, 2012), o salário médio dos membros das famílias acompanhou a média brasileira na classe trabalhadora, e também a presença de desemprego nas famílias e beneficiários de programas sociais (LARANJEIRA et al., 2014).

No entanto, a relação com a igreja pode indicar apoio social. As atitudes morais de um indivíduo criado por pais religiosos são claramente mais “conservadoras” do que as

daqueles criados por pais não religiosos. Verificaram também que os efeitos da socialização na infância com pais religiosos mantêm-se durante o período adulto. Finalmente, verificaram que a influência da religiosidade sobre atitudes morais é mais intensa nos países menos secularizados. Segundo os autores, nos países nos quais a religiosidade era, de forma geral, mais importante na vida social, a religiosidade individual e dos pais tendeu a nortear mais marcadamente as atitudes morais e padrões comportamentais dos indivíduos (FELIPE; CARVALHO; ANDRADE, 2015).

Do ponto de vista sistêmico interacional, a família é constituída por vários níveis de relações, como um sistema interacional complexo e composto por subsistemas, como o parental e o fraterno, que por sua vez também se relaciona a outros sistemas e subsistemas, como a escola e a comunidade. Igualmente, a família possui padrão de papéis, atividades e relacionamentos interfamiliares associados a determinadas expectativas (ANTUNES; MARCON; OLIVEIRA, 2013).

A partir da análise da influência do ambiente familiar no uso de drogas em usuários, sabe-se que a configuração familiar marcada pela centralidade em um progenitor, seja paterno ou materno, por sobrecarga física e emocional, aumenta o risco de adoecimento no ambiente familiar (COULTON; JENNINGS; CHAN, 2013; REIS et al., 2013).

O tempo de residência também influencia a percepção social dos moradores, pois um longo período de convivência na comunidade pode levar a um costume cotidiano com os problemas. Na população estudada infere-se que as famílias conhecem o seu bairro e a identificação da presença de uso e tráfico de drogas por parte dos entrevistados confirma a situação de vulnerabilidade a que as famílias estão submetidas, porém, essa situação pode levar a maior percepção da existência de ações de políticas públicas na comunidade (REIS; UCHIMURA; OLIVEIRA, 2013).

Neste estudo encontrou-se também um elevado índice de presença de usuários de drogas nas famílias entrevistadas, apresentando maior incidência nos setores censitários III e IV. O consumo de drogas não ocorre de forma uniforme na sociedade e está presente principalmente em comunidades e famílias com elevada vulnerabilidade, principalmente associado a regiões consideradas “pobres” e menos favorecidas. No presente estudo esse fator parece não corroborar com a literatura, afinal os setores I e II são os que possuem maior número de famílias excluídas socialmente (BASTOS, 2012).

Além disso, os usuários de drogas dos setores III e IV indicam maior frequência de consumo. Esses fatos podem estar relacionados com o nível de informação dos moradores, visto que em territórios empobrecidos é comum o nível de escolaridade ser menor e o relacionamento com o uso de drogas passa a ser tão corriqueiro a ponto das famílias considerarem o uso “normal”. Pode-se ainda se justificar pelo fato dessas famílias não compreenderem o consumo e os riscos que trazem, ou mesmo não saber lidar com a questão, escondendo o uso de drogas pelos familiares ou diminuírem a importância do problema (BRISCOE; LAVENDER; MCGOWAN, 2016).

A visão de desestruturação familiar, um dos motivos indicados para a existência de drogas na comunidade, principalmente nos setores I e II, pode estar atrelado à ideia de família tradicional ainda presente na maioria dos lares brasileiros. É preciso estar atento à relação em que a família estabelece com mudanças e necessidades que surgem ao longo do tempo. Não é incomum encontrar adultos que estejam estigmatizados com seus costumes em relação à demanda dos mais jovens. Dentro do contexto familiar é necessário que valores, regras e crenças sejam claros e estejam estabelecidos. Entretanto, para garantir que sejam preservados, é necessário existir flexibilidade (JACQUES et al., 2016).

A discussão acerca das diferenças de papel do pai e da mãe é corriqueira. São cada vez mais frequentes as famílias monoparentais, onde a mãe é o único adulto, e, com as alterações de seu papel exigidas na contemporaneidade, com jornadas “duplas” - mãe e responsável pela família – é comum observar as mulheres cada vez mais sobrecarregadas e, com isso, se torna comum encontrarem dificuldades para educar seus filhos. A ausência do pai ou outro membro adulto realmente gera sobrecarga, porém não inviabiliza um ambiente familiar saudável (COULTON; JENNINGS; CHAN, 2013).

Já nos setores censitários III e IV um dos principais motivos para existência de drogas nas famílias e no bairro é a falta de policiamento. Mulheres, maioria dos entrevistados, tendem a atribuir o abuso de drogas ao desemprego, à pobreza, ao preconceito racial e, principalmente, à falta de segurança e punição (BRISCOE; LAVENDER; MCGOWAN, 2016; RYDIN et al., 2012).

Pode-se inferir que o emprego constitui um fator protetor para o uso de drogas de abuso. No entanto o trabalhador pode se distanciar do seu local de residência – pelo fato da quase ausência de emprego nas regiões de periferia urbana – para exercer sua ocupação em outras regiões do município. Sendo assim, não participa diretamente no cotidiano do bairro, situação que pode influenciar a percepção de problemas e o “desconhecimento”

sobre as ações de políticas públicas presentes na comunidade (REIS; UCHIMURA; OLIVEIRA, 2013).

Boas políticas de segurança pública não devem apenas ter como princípio a necessidade de punir ou criminalizar, devem também entender as vítimas e aqueles que resistem ao uso, mesmo em contexto desfavorável. Com pesquisas domiciliares é possível identificar quem está mais exposto ao uso de drogas e a outros fenômenos que muitas vezes são desconhecidos das políticas públicas e ficam fora das estatísticas oficiais (JACQUES et al., 2016; REIS et al., 2013).

CONCLUSÃO

Conclui-se que associação em relação ao uso de drogas, onde indicam que os setores censitários III e IV tem maior presença de drogas ($p = 0,035$). Além disso, houve associação com a frequência do uso de drogas, indicando que os usuários dos setores censitários III e IV costumam utilizar drogas com maior frequência. Os setores censitários I e II entendem que a desestruturação familiar é o principal motivo de existir drogas na comunidade, enquanto os setores III e IV compreendem que a falta de policiamento é o principal motivo.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, F.; MARCON, S. S.; OLIVEIRA, M. L. F. Feelings of caregivers of alcohol abusers at hospital admission. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 26, n. 6, p. 581-585, 2013.

BASTOS, F. I. Structural violence in the context of drug policy and initiatives aiming to reduce drug-related harm in contemporary Brazil: a review. **Subst. Use Misuse**, London, v. 47, n. 13-14, p. 1603-1610, 2012.

BRISCOE, L.; LAVENDER, T.; MCGOWAN, L. A concept analysis of women's vulnerability during pregnancy, birth and the postnatal period. **J. Adv. Nurs.**, Oxford, v. 72, no. 10, p. 2330-2345, Oct. 2016. doi: 10.1111/jan.13017.

BUSCAIL, C.; UPEGUI, E.; VIEL, J. F. Mapping heatwave health risk at the community level for public health action. **Int. J. Health Geogr.**, London, v. 11, no. 38, p. 1-9, 2012. doi: 10.1186/1476-072X-11-38.

CHAIX, B. et al. An interactive mapping tool to assess individual mobility patterns in neighborhood studies. **Am. J. Prev. Med.**, New York, v. 43, p. 440-450, 2012.

- COULTON, C. J.; JENNINGS, M. Z.; CHAN, T. How big is my neighborhood? Individual and contextual effects on perceptions of neighborhood scale. **Am. J. Community Psychol.**, Winston, v. 51, no. 1/2, p. 140-150, 2013.
- DE BONI, R. B.; BASTOS, L. S.; BASTOS, F. P. M. Unrecorded alcohol in Rio de Janeiro: assessing its misusers through a respondent-driven Sampling. **Drug Alcohol Depend.**, Limeric, v. 139, p. 169-173, 2014.
- FELIPE, A. O. B.; CARVALHO, A. M. P.; ANDRADE, C. U. B. Spirituality and religion as protectors for adolescent drug use. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 1, p. 49-58, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v11n1/pt_08.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2016.
- GOUVEIA, G. C. et al. Satisfação dos usuários com a assistência de saúde no Brasil, 2003. **Cad. Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 21, p.109-118, 2005. Suplemento.
- HALLAL, P. C. et al. Tendências temporais de atividade física no Brasil (2006-2009). **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 14, p. 53-60, 2011. Suplemento 1. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v14s1/en_a06v14s1.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2016.
- HITCHCOCK, M. et al. Triage: an investigation of the process and potential vulnerabilities. **J. Adv. Nursing**, Oxford, v. 70, no. 7, p. 1532-1541, 2014.
- JACQUES, S. et al. Effects of prohibition and decriminalization on drug market conflict. **Criminol. Public Policy**, London, v. 15, no. 3, 2016. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1745-9133.12218/abstract>>. Acesso em: 18 dez. 2016.
- LARANJEIRA, R. et al. (Org.). **II levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. São Paulo: Unifesp, 2014.
- MANN, J. M.; TARANTOLA, D. J. M.; NETTER, T. W. **Aids in the world: the global aids policy**. Boston: Mass, 1992.
- OTÁLVARO, A. F. T. et al. Calidad de vida de pacientes con dependencia a heroína de un centro de atención de drogodependencias de Medellín (Colombia). **Invest. Educ. Enferm.**, Antioquia, v. 30, n. 1, p. 35-43, 2012.
- PORTO, M. F. S. Complexity, Vulnerability Processes and Environmental Justice: an essay in. **Politic. Epistemol.**, [S.l.], v. 4, no. 41, p. 20-32, 2012.
- REIS, D. C. et al. Vulnerabilities and needs for accessing primary health care in adolescence. **Cienc. Cuid. Saude**, Maringá, v. 12, n. 1, p. 63-71, 2013.
- 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 Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 276-282, 2013.

RYDIN, Y. et al. Shaping cities for health: complexity and the planning of urban environments in the 21st century. **Lancet**, London, v. 379, p. 2079-2088, 2012.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **World Drug Report 2015**. New York: United Nations Publication, 2015.

5.3 MANUSCRITO 2

**CONTEXTOS DE VULNERABILIDADE PARA O USO DE DROGAS EM
TERRITÓRIO VULNERABILIZADO****VULNERABILITY CONTEXTS FOR THE USE OF DRUGS IN
VULNERABILIZED TERRITORY****RESUMO**

O objetivo deste artigo é descrever as condições que potencializam as dimensões de vulnerabilidade individual, social e programática associadas ao uso de drogas em membros de famílias que convivem em território com elevada circulação de drogas de abuso. Estudo transversal, com abordagem quantitativa, realizado em 2016, em um bairro periférico da região norte de Maringá-PR. Participaram 358 sujeitos, a partir de amostragem probabilística aleatória, que responderam um formulário sobre as dimensões de vulnerabilidade. Para análise dos dados realizou-se o teste de Qui-quadrado. Verificou-se associação entre a ocorrência de uso de drogas na família com classificação familiar monoparental e extensa ($p = 0,058$); renda e o uso de drogas ($p = 0,000$); interferência na vida da família ($p = 0,044$); como se sentem em relação aos serviços públicos de modo geral ($p = 0,047$). Por meio da caracterização das condições de vulnerabilidade é possível traçar uma prevenção específica atrelada as suas realidades individual, social e programática.

Palavras-chave: Análise de vulnerabilidade; Drogas de abuso; Enfermagem em saúde comunitária; Vulnerabilidade em saúde; Vulnerabilidade social.

ABSTRACT

The aim of this article is to verify the conditions that increase the individual, social and programmatic vulnerability associated with drug use among family members living in a territory with high circulation of drugs of abuse. Cross-sectional study, with a quantitative approach, carried out in 2016, in a peripheral neighborhood in the northern region of Maringá-PR. A total of 358 subjects, based on random probabilistic sampling, answered a questionnaire on the dimensions of vulnerability. The Chi-square test was used to analyze the data. There was an association between the occurrence of drug use in the family with a single-parent and ample family classification ($p = 0.058$); income and drug use ($p = 0.000$); interference in family life ($p = 0.044$); how they feel about public services in general ($p = 0.047$). By characterizing the conditions of vulnerability it is possible to trace a specific prevention linked to their individual, social and programmatic realities.

Keywords: Vulnerability analysis; Street drugs; Community health nursing; Health vulnerability; Social vulnerability.

INTRODUÇÃO

A vulnerabilidade em saúde pública se define como a exposição a riscos de qualquer natureza e a falta de capacidade seja financeira, cultural ou social de famílias e indivíduos para encarar e superar os desafios com que se deparam (HITCHCOCK et al., 2014).

Famílias, pessoas, grupos sociais e territórios são vulneráveis quando não possuem meios para superar os riscos a que são submetidos ou pelo menos estão expostos em determinando momento e contexto e, dessa forma, não conseguem desenvolver recursos para que alcancem um nível mínimo de segurança pessoal e coletiva (WRIGLEY, 2015).

O referencial de análise da vulnerabilidade considera três dimensões analíticas: individual, social e programática, que coexistem de maneira conjunta ou independente (BRIGNOL et al., 2015; MANN; TARANTOLA; NETTER, 1992).

A vulnerabilidade individual pondera o conhecimento sobre determinado agravo, bem como a adoção de comportamentos de risco que facilitem a ocorrência do agravo, ou seja, diz respeito a ordem cognitiva e comportamental. Para dimensionar o componente individual deve-se então compreender que os comportamentos não são definidos voluntariamente pela pessoa, mas que estes sofrem influência do meio, e isso passa pela sua capacidade de acionar os conhecimentos que possui, reconfigurando o comportamento de risco que o deixa mais susceptível ao problema (BRISCOE; LAVENDER; MCGOWAN, 2016; MANN; TARANTOLA; NETTER, 1992).

A vulnerabilidade social analisa a dimensão social do problema, investigando o perfil da população, ou seja, este componente se refere ao acesso que as pessoas têm às informações, serviços de saúde, educação, bem-estar e lazer, e ainda ter influência sobre questões políticas e perpassar barreiras sociais e culturais (MANN; TARANTOLA; NETTER, 1992).

A vulnerabilidade programática considera o acesso e a organização dos serviços de saúde, além do vínculo entre usuários e profissionais do serviço. Refere-se ao nível de comprometimento da administração pública com determinado agravo, aos investimentos realizados na área em ações de prevenção, educação e recursos, tanto humanos como físicos, disponibilizados e ainda o monitoramento da efetividade de políticas públicas já existentes (BRIGNOL et al., 2015; MANN; TARANTOLA; NETTER, 1992).

Dentro dessas perspectivas, as consequências do uso de drogas de abuso na vida do indivíduo e da sociedade são consideradas um problema social e de saúde pública. O uso de drogas ilícitas, sobretudo pela juventude, é um dos problemas mais sérios enfrentados pela sociedade contemporânea. Os efeitos nocivos das drogas que antes eram vivenciados e sentidos, predominantemente, pelas famílias que habitavam grandes cidades, hoje preocupam populações de periferias urbanas interioranas que “só tinham conhecimento deste fato pela televisão” (OKUMURA et al., 2012).

Questões relacionadas ao uso de drogas são alvos de debates e posições contraditórias em diversos segmentos da sociedade pela pluralidade de danos, não somente aos usuários, como também a seus familiares e à comunidade. Porém, a presença de drogas de abuso nas comunidades não ocorre de forma uniforme: alguns territórios, principalmente os mais vulneráveis socialmente, estão mais expostos às drogas de abuso e ao impacto decorrente de seu uso (DE BONI; BASTOS; BASTOS, 2014).

Muitos são os fatores que podem se relacionar com a incidência de elevada circulação de drogas, a depender das características sociais, culturais, econômicas dos ambientes e das populações. Conhecer estas dimensões e estabelecer conexões entre esses diferentes aspectos para as melhores práticas de prevenção do uso de drogas é prática fundamental para a consecução de ações efetivas de resolução dos problemas (COULTON; JENNINGS; CHAN, 2013; RYDIN et al., 2012).

O presente estudo apresenta potencial para contribuir na prevenção do uso de drogas, uma vez que, por meio da caracterização da situação de vulnerabilidade, é possível traçar uma prevenção específica atrelada à sua realidade individual, social e de saúde. Além disso, poderá contribuir para definir novas ações e programas que serão desenvolvidos com foco na saúde de usuários de drogas e também suas famílias. Acredita-se também que poderá auxiliar os profissionais de saúde na orientação e planejamento de ações preventivas e na qualidade da assistência à saúde destas pessoas.

A questão em estudo da presente pesquisa é como as dimensões analíticas da vulnerabilidade são potencializadas em comunidades com elevada circulação de drogas? Neste contexto, o objetivo deste artigo é verificar as condições que potencializam as dimensões de vulnerabilidade individual, social e programática associadas ao uso de drogas em membros de famílias que convivem em território com elevada circulação de drogas de abuso.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, com delineamento transversal e abordagem quantitativa, que utilizou o referencial teórico-metodológico de Vulnerabilidade (MANN; TARANTOLA; NETTER, 1992) e o inquérito domiciliar de base populacional para acesso à população em estudo. O referencial de análise da vulnerabilidade considera três dimensões analíticas: individual, social e programática, que coexistem de maneira conjunta ou independente (BRIGNOL et al., 2015; MANN; TARANTOLA; NETTER, 1992).

A pesquisa foi realizada de julho a agosto de 2016, no âmbito de uma comunidade com indicadores elevados de violência relacionados ao consumo de drogas, localizada em um município da região Noroeste do Paraná - Brasil. Trata-se de um conjunto habitacional inaugurado na década de 1990, destinado à famílias consideradas socialmente “excluídas”, onde a exigência para financiamento do imóvel era que o responsável estivesse desempregado ou tivesse renda inferior ao salário mínimo vigente na época e a família tivesse, no mínimo, cinco membros (DAIBERT, 2007).

Foi estabelecida uma amostra populacional de 358 pessoas, sendo entrevistado um morador com idade igual ou superior a 18 anos em cada domicílio. Para estimar o tamanho da amostra, de maneira tal que a mesma fosse representativa para a população estudada, utilizou-se amostragem probabilística aleatória, representativa dos 5.140 moradores, distribuídas em 1640 domicílios, considerando um nível de confiança de 95%, erro amostral de 0,05 e valor de p 0,10. Foi criado um sistema de referência com visitas *in loco* à comunidade, utilizando um sistema com três estágios – sorteio das quadras, sorteio dos domicílios e sorteio do respondente presente no domicílio no momento da chegada da entrevistadora ao domicílio. Um membro de cada domicílio respondeu à pesquisa, por meio de questionário estruturado.

O questionário utilizado incluiu questões referentes ao perfil socioeconômico dos entrevistados e da família e questões para reconhecimento da vulnerabilidade, com as variáveis agrupadas segundo as dimensões individual, social e programática.

As variáveis investigadas ajustadas nas dimensões de vulnerabilidade foram: 1. Dimensão individual – Classificação familiar; Desemprego na família; Renda familiar; Benefício Social. 2. Dimensão social – Existência de drogas no bairro; Quantidade de drogas no bairro; Interferência na vida de família; Evita fazer alguma coisa por medo; Reunião periódica na comunidade; Violência relacionado ao uso de drogas na comunidade.

3. Dimensão programática – Utilização de serviços públicos para atendimento de drogas; Relação com os serviços públicos; Participação de ações de prevenção ao uso de drogas; Conhece a Unidade Básica de Saúde; Orientação sobre drogas na Unidade Básica de Saúde; Visita dos Agentes Comunitários de Saúde; Orientação do ACS sobre drogas; Conhecimento sobre o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS.

A coleta de dados foi realizada em três estágios: sorteio das quadras e dos domicílios a serem pesquisados; seleção do respondente em cada domicílio eleito pela família; entrevista domiciliar.

Os dados coletados foram implantados em um banco de dados eletrônico e analisados por meio do programa Software de análise estatística R e apresentados por meio de tabelas. Para análise dos dados sociodemográficos foi utilizada a estatística descritiva, sendo calculadas: frequência absoluta e relativa, média e desvio padrão. Para verificar as associações entre as variáveis foi utilizado o Teste de Qui-quadrado (X^2). Foi calculada a razão de prevalência e seu respectivo intervalo de confiança. O nível de significância para o estudo foi 5%.

O presente estudo é parte de um projeto financiado pelo PPSUS – Programa Pesquisa para o Sistema Único de Saúde / Fundação Araucária - PR *Convivendo com Drogas de Abuso: Percepção Social em uma comunidade do noroeste do Paraná*, que foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá, com parecer favorável (nº 6799/2012). Os indivíduos participaram da pesquisa somente após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Foram entrevistados 358 moradores, representantes de suas famílias. Conforme a Tabela 1, a maioria é do sexo feminino (262 – 73,2), estado civil casado (205 – 57,3%). A faixa etária variou de 18 a 88 anos, com média 52,2 anos, e média de 7,1 anos de estudo. Entre a raça/cor a maioria, 209 (58,4%), referiu ser da cor branca.

A maioria das famílias foi classificada como nuclear (196 – 54,7%), constituídas por uma média de 3,6 pessoas por domicílio. Chama a atenção o fato de a maioria das famílias possuir ao menos um familiar idoso ou criança ou adolescente (250 – 69,8%). Além disso, 104 entrevistados (29,3%) referiram possuir algum membro que se está desempregado no momento. O tempo médio de residência é de 10,5 anos e indica que estes conhecem o contexto do bairro.

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos entrevistados e das famílias. Maringá-PR, julho a agosto, 2016.

Variáveis	Resultados
Entrevistado	
Sexo Feminino (%)	73,2
Estado Civil Casado (%)	57,3
Idade (anos), média	52,2
Escolaridade (anos estudados), média	7,1
Raça/Cor Branca (%)	58,4
Família	
Nuclear, (%)	54,7
Número de moradores por domicílio, média	3,6
Criança na família, n	115
Adolescente na família, n	45
Idoso na família, n	151
Desempregados na família, n	104
Tempo de Residência (anos), média	10,5
Religião familiar, católica (%)	59,8
Renda familiar (R\$), média	2230

Fonte: O próprio autor, 2016.

Na Tabela 2 estão apresentados os dados referentes ao uso de drogas na comunidade investigada, segundo uso de drogas na família, agressividade familiar do usuário, existência de drogas no bairro, quantidade de drogas no bairro, interferência na vida familiar e violência relacionada ao uso de drogas.

Tabela 2 – Frequência do uso de drogas e sua influência no cotidiano das famílias. Maringá-PR, Brasil, julho a agosto, 2016.

Variáveis	Total	
	N	%
Usuário de drogas na família		
Sim	110	30,8
Não	248	69,2
Agressividade familiar do usuário		
Sim	61	56,5
Não	49	43,5
Existência de drogas no bairro		
Sim	349	97,5
Não	7	1,9
NS/NR	2	0,6
Quantidade de drogas no bairro		
Muito	313	89,6
Moderado/Pouco	31	9,0
NS/NR	5	1,4
Interfere na vida da família		
Sim	150	43,0
Não	199	57,0
Violência relacionado ao uso de drogas no bairro		
Sim	290	81,0
Não	68	19,0

Fonte: O próprio autor, 2016.

Cento e dez moradores (30,8%) informaram a presença de usuário de drogas na família, 97,5% dos entrevistados afirmaram a existência de drogas no bairro e 89,6% disseram que a circulação de drogas era alta.

A presença de drogas de abuso na comunidade foi relevante (349 – 97,5%). Porém, quando questionados se a presença de drogas interfere na vida da família, a maioria disse não interferir, mesmo que 81,0% indicaram que existe violência relacionada ao uso de drogas.

As Tabelas 3, 4 e 5 apresentam associações entre as dimensões individual, social e programática da vulnerabilidade e a ocorrência da presença de drogas na família.

Tabela 3 – Associação entre a dimensão individual/familiar de vulnerabilidade e a presença de drogas na família. Maringá-PR, Brasil, julho a agosto, 2016.

Vulnerabilidade Individual/familiar	Presença de drogas na família						P
	Sim		Não		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Classificação familiar = X^2 0,902929321							
Nuclear	52	47,3	144	58,1	196	54,7	0,058
Monoparental/extensa	58	52,7	104	41,9	169	45,3	
	117	1	248	1	1	1	
Desempregados na família = X^2 0,4363363894							
Sim	34	30,9	70	28,2	104	29,1	0,605
Não	76	69,1	178	71,8	254	70,9	
	110	1	248	1	358	1	
Renda Familiar = X^2 0,999898824							
Até R\$ 1.600,00	71	68,3	83	35,2	154	45,3	0,000
Maior que R\$ 1.600,00	33	31,7	153	64,8	186	54,7	
	104	1	236	1	340	1	

Fonte: O próprio autor, 2016.

Tabela 4 – Associação entre a dimensão social de vulnerabilidade e a presença de drogas na família. Maringá-PR, Brasil, julho a agosto, 2016.

Vulnerabilidade Social	Presença de drogas na família						P
	Sim		Não		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Existem drogas na comunidade = X^2 0,344683869							
Sim	108	98,2	241	98,0	349	98,0	0,892
Não	2	1,8	5	2,0	7	2,0	
	110	1	246	1	356	1	
Quantidade de drogas = X^2 0,381361455							
Muita	99	91,7	214	90,7	313	91,0	0,766
Pouca, moderado	9	8,3	22	9,3	31	9,0	
	108	1	236	1	344	1	
Interfere na vida da família = X^2 0,832528173							
Sim	55	50,9	95	39,4	150	43,0	0,044
Não	53	49,1	146	60,6	199	57,0	
	108	1	241	1	349	1	
Violência na comunidade = X^2 0,323369305							
Sim	89	80,9	201	81,0	290	81,0	0,975
Não	21	19,1	47	19,0	68	19,0	
	110	1	248	1	358	1	

Fonte: O próprio autor, 2016.

Tabela 5 – Associação entre a dimensão programática de vulnerabilidade e a presença de drogas na família. Maringá-PR, Brasil, julho a agosto, 2016.

Vulnerabilidade Programática	Presença de drogas na família						P
	Sim		Não		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Utilização de serviços públicos atendimento de drogas = X^2 0,658378623							
Sim	8	7,3	10	4,1	18	5,0	0,195
Não	102	92,7	238	95,9	340	95,0	
	110	1	248	1	358	1	
Relação com serviços públicos = X^2 0,826984321							
Amparado	59	53,6	105	42,3	164	45,8	0,047
Abandonado	51	46,4	143	57,7	194	54,2	
	110	1	248	1	358	1	
Conhecimento de ações de prevenção ao uso de drogas = X^2 0,379956252							
Sim	20	19,2	47	20,6	67	20,2	0,770
Não	84	80,7	181	79,4	265	79,8	
	104	1	228	1	332	1	
Participação de ações de prevenção ao uso de drogas = X^2 0,352712269							
Sim	3	2,7	6	2,4	9	2,5	0,863
Não	107	97,3	242	97,6	349	97,5	
	110	1	248	1	358	1	
Costuma utilizar Unidade Básica de Saúde = X^2 0,528600952							
Sim	70	67,3	171	71,8	241	70,5	0,397
Não	34	32,7	67	28,2	101	29,5	
	104	1	238	1	342	1	
Recebeu orientação sobre drogas na Unidade Básica de Saúde = X^2 0,432462334							
Sim	2	2,1	7	3,1	9	2,8	0,616
Não	95	97,9	222	96,9	317	97,2	
	97	1	229	1	326	1	
Visita Agente Comunitário de Saúde = X^2 0,560536956							
Sim	59	54,6	146	60,0	205	58,4	0,338
Não	49	45,4	97	40,0	146	41,6	
	108	1	243	1	351	1	
Orientação do Agente Comunitário de Saúde sobre drogas = X^2 0,702282804							
Sim	9	15,8	12	8,7	21	10,8	0,146
Não	48	84,2	126	91,3	174	89,2	
	57	1	138	1	195	1	
Conhecimento do Centro de Atenção Psicossocial = X^2 0,785691932							
Sim	74	67,3	142	57,3	216	60,3	0,073
Não	36	32,7	106	42,7	142	39,7	
	110	1	248	1	358	1	

Fonte: O próprio autor, 2016.

Na dimensão individual/familiar, observou-se associação entre usuários de drogas na família e estrutura familiar mostrou que a classificação familiar monoparental e extensa ($p = 0,058$) e a renda familiar ($p = 0,000$), diferentemente do indicador social desemprego (Tabela 3).

Na dimensão social, verificaram-se associações entre usuários de drogas na família e a interferência na vida da família ($p = 0,044$), nos demais itens não houve associação representativa (Tabela 4).

Na dimensão programática, conforme apresentado na Tabela 5, verificaram-se associação entre presença de drogas na família em relação a como se sentem em relação aos serviços públicos de modo geral ($p = 0,047$), demonstrando que as famílias que possuem usuários de drogas se sentem mais abandonadas quando se pensa em políticas públicas.

DISCUSSÃO

Considerando que o contexto social é fator determinante nas interações estabelecidas entre o usuário, a droga, a comunidade e o tráfico, o perfil socioeconômico e demográfico dos entrevistados é compatível com aqueles de moradores de comunidades periféricas, principalmente quanto à renda e ao nível de ocupação, o que os torna mais susceptíveis aos reflexos sociais inerentes às drogas de abuso.

A identificação de maioria dos entrevistados serem do sexo feminino e casadas converge com a literatura no Brasil, visto que estimativas do IBGE indicam que a maioria da população brasileira é do sexo feminino. A idade média dos moradores aponta um grande número de pessoas mais velhas em casa, indicando o envelhecimento da população brasileira. A escolaridade do entrevistado também se adequou à média da população brasileira, que é de oito anos estudados (LARANJEIRA et al., 2014). O número de desempregados indica importante fator de vulnerabilidade, 1 a cada 3 famílias possui um familiar desempregado. O emprego constitui um fator protetor para o uso de drogas de abuso (REIS; HUNGARO; OLIVEIRA, 2014).

Na vulnerabilidade individual/familiar verificou-se associação entre famílias monoparentais e extensas em relação ao uso de drogas. Sabe-se, a partir da análise da influência do ambiente familiar no uso de drogas, que a configuração familiar marcada pela centralidade de apenas um progenitor tem sido predominante em ambientes com elevada circulação de drogas (COULTON; JENNINGS; CHAN, 2013).

O tempo médio de residência das famílias no local de estudo influenciou o vínculo com os demais moradores do bairro, pois a maioria vivia em vizinhança permanente havia mais de dez anos, levando ao “costume” com os problemas do cotidiano (BUENO; LOPES, 2014; BUSCAIL; UPEGUI; VIEL, 2012).

A renda familiar foi a vulnerabilidade que apresentou maior associação em relação ao uso de drogas. Apesar das críticas apontadas ao relacionar o uso de drogas à pobreza pela potencialidade de estigmatizar ainda mais comunidades de baixo poder aquisitivo, não

passa despercebida a associação entre o alto índice de uso de drogas em bairros e regiões com condições precárias de vida, se tornando corriqueiro o convívio com o tráfico de drogas (LARANJEIRA et al., 2014; RYDIN et al., 2012). A baixa renda familiar indica fator de vulnerabilidade aos problemas originários de contextos de uso e comercialização de drogas. Os resultados do presente estudo indicam que o uso de drogas se modifica segundo a renda média da localidade. Pessoas de baixa renda percebem o uso de drogas como problema social de maior gravidade.

Dificuldades econômicas normalmente estão associadas a fatores como desemprego, problemas habitacionais e de saneamento, baixa escolaridade, famílias com maior número de crianças ou dependentes (como idosos e doentes), dificuldades de acesso a recursos comunitários e presença de situações de violência. Fatores como esses expõem as famílias à vulnerabilidade social (BRISCOE; LAVENDER; MCGOWAN, 2016).

No que concerne às dimensões de vulnerabilidade social, os resultados demonstram que o uso de drogas por um familiar interfere na vida de toda família. Desafios persistentes costumam impor cobranças diferentes de crises imprevistas e inesperadas. Por exemplo, famílias que enfrentam períodos prolongados de estresse, como a convivência com drogas e dependência de familiares, precisam constantemente readequar seu modo de vida aos novos desafios impostos por essa situação. É comum gerar sobrecarga e desgaste nas relações familiares havendo a necessidade de intervenções que objetivem o reestabelecimento do equilíbrio saudável da família (BASTOS, 2012).

Em relação à vulnerabilidade programática dessas famílias, verificou associação entre presença de drogas na família em relação aos serviços públicos, apontando que as famílias que possuem usuários de drogas se sentem “abandonadas” pelos poderes públicos. Essa relação pode estar ligada ao fato de muitas famílias não conseguirem lidar com essa demanda de ter um usuário dentro da família, ou não estar preparados para isso, o que é comum visto que o uso de drogas é um agravo cujo profissionais de saúde tem dificuldades de lidar.

Serviços e recursos comunitários e políticas públicas que contemplem as necessidades e demandas dos familiares, como garantia de acesso à educação, à saúde, à segurança e ao transporte público, que concernem com o apoio a estas famílias podem auxiliar nesse sentido. A identificação precoce de disfunções que permeiem sofrimento pode ser realizada por profissionais de saúde, principalmente aqueles que acompanham as

famílias, como no caso de Estratégias de Saúde da Família (ESF) (BUENO; LOPES, 2014).

Esses profissionais têm relação próxima ao dia a dia dessas famílias. Sistemáticamente passam a fazer parte da vida familiar, não apenas nos atendimentos e visitas, mas principalmente como referência para questões relacionadas a saúde. Nesse sentido, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) tem papel primordial, onde sua ação permite uma visão “de dentro”, como morador do mesmo bairro, e “de fora”, como profissional e agente de saúde (BRIGNOL et al., 2015; BRISCOE; LAVENDER; MCGOWAN, 2016).

Quanto à orientação e encaminhamento à serviços da Rede de Atenção Psicossocial, um número pouco expressivo de famílias têm vínculo com os ACS, e um número expressivo de famílias desconheceu o papel do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS nesta rede. Do ponto de vista de políticas públicas as intervenções junto às famílias devem ter o objetivo principal de garantir o acesso aos recursos adequados, pensando que 30% das famílias indicaram a presença de drogas no cotidiano e que isso interfere na vida familiar.

A maneira como se constituem meios e padrões de vida social, está intimamente ligada a maiores índices de drogas, violência e criminalidade em casos peculiares, da mesma forma que novas estratégias de enfrentamento passam também a constituir esse contexto (COULTON; JENNINGS; CHAN, 2013).

LIMITAÇÕES

Os limites dos resultados deste estudo referem-se ao delineamento transversal, mas apresentam associações importantes no caso do uso de drogas. Entretanto, não é possível garantir que os resultados sejam representativos das demais comunidades do município e do Estado do Paraná, uma vez que a percepção social dos indivíduos envolve uma série de fatores, dentre eles a influência da cultura local. Outro ponto importante a ser observado é que os dados foram baseados em registros dos próprios protagonistas. É difícil avaliar se eles estavam superestimando ou subestimando os fatores de vulnerabilidade das famílias, principalmente os relacionados ao uso de drogas.

CONCLUSÃO

A dimensão de vulnerabilidade individual/familiar é potencializada pelo tipo de família e pela renda familiar, a vulnerabilidade social pela vivência em um contexto de uso e tráfico de drogas que interfere na vida familiar, e a vulnerabilidade programática é potencializada pelo sentimento de abandono por parte dos serviços públicos, o que pode aumentar as necessidades em sua vida cotidiana.

REFERÊNCIAS

BASTOS, F. I. Structural violence in the context of drug policy and initiatives aiming to reduce drug-related harm in contemporary Brazil: a review. **Subst. Use Misuse**, London, v. 47, n. 13-14, p. 1603-1610, 2012.

BRIGNOL, S. et al. Vulnerabilidade no contexto da infecção por HIV e sífilis numa população de homens que fazem sexo com homens (HSH) no Município de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 5, p. 1-14, maio 2015.

BRISCOE, L.; LAVENDER, T.; MCGOWAN, L. A concept analysis of women's vulnerability during pregnancy, birth and the postnatal period. **J. Adv. Nurs.**, Oxford, v. 72, no. 10, p. 2330-2345, Oct. 2016. doi: 10.1111/jan.13017.

BUENO, A. L. M.; LOPES, M. J. M. From cartography to territory: challenges to spatial studies in the health area. **Cienc. Cuid. Saude**, Maringá, v. 13, n. 3, p. 571-576, 2014.

BUSCAIL, C.; UPEGUI, E.; VIEL, J. F. Mapping heatwave health risk at the community level for public health action. **Int. J. Health Geogr.**, London, v. 11, no. 38, p. 1-9, 2012. doi: 10.1186/1476-072X-11-38.

COULTON, C. J.; JENNINGS, M. Z.; CHAN, T. How big is my neighborhood? Individual and contextual effects on perceptions of neighborhood scale. **Am. J. Community Psychol.**, Winston, v. 51, no. 1/2, p. 140-150, 2013.

DAIBERT, J. Simplicidade, a marca do conjunto Requião. **Jornal O Diário**, Maringá, 26 jun. 2007.

DE BONI, R. B.; BASTOS, L. S.; BASTOS, F. P. M. Unrecorded alcohol in Rio de Janeiro: assessing its misusers through a respondent-driven Sampling. **Drug Alcohol Depend.**, Limeric, v. 139, p. 169-173, 2014.

HITCHCOCK, M. et al. Triage: an investigation of the process and potential vulnerabilities. **J. Adv. Nursing**, Oxford, v. 70, no. 7, p. 1532-1541, 2014.

LARANJEIRA, R. et al. (Org.). **II levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. São Paulo: Unifesp, 2014.

MANN, J. M.; TARANTOLA, D. J. M.; NETTER, T. W. **Aids in the world: the global aids policy**. Boston: Mass, 1992.

OKUMURA, Y. et al. Comparison of emergency hospital admissions for drug poisoning and major diseases: a retrospective observational study using a nationwide administrative discharge database. **BMJ Open**, London, v. 2, no. 6, p. e001857, Dec. 2012. doi: 10.1136/bmjopen-2012-001857.

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

RYDIN, Y. et al. Shaping cities for health: complexity and the planning of urban environments in the 21st century. **Lancet**, London, v. 379, p. 2079-2088, 2012.

WRIGLEY, A. An eliminativist approach to vulnerability. **Bioethics**, Oxford, v. 29, no. 7, p. 478-487, Sept. 2015.

6 CONCLUSÃO

O presente estudo apresentou resultados que permitiram analisar a vulnerabilidade individual, social e programática de membros de famílias que convivem em um território com elevada circulação de drogas de abuso. Porém, os dados foram baseados na percepção social dos próprios protagonistas, com forte influência da cultura local de uma vizinhança com longa convivência.

Por se tratar de um estudo transversal, não é possível estabelecer vínculo durante uma única visita ao domicílio, o que pode dificultar a discussão de temas como o uso de drogas na família e na vizinhança. No entanto, inquéritos de base populacional são fundamentais para identificação do perfil das populações quando se trata da investigação sobre temas que geram medo e desconfiança, pela privacidade do ambiente domiciliar, e pela baixa probabilidade de estarem sujeitos a erros sistemáticos e vícios que invalidem comparações e contrastes.

O perfil socioeconômico e demográfico dos entrevistados é compatível com aqueles de moradores de comunidades periféricas, principalmente quanto à renda e ao desemprego, o que os torna mais susceptíveis aos reflexos sociais inerentes às drogas de abuso.

A indicação da percepção de drogas foi relevante, indicando grande circulação e consumo de drogas. Em relação ao uso de drogas na família, uma a cada três famílias possuíam usuários, predominando a bebida alcoólica, da qual foi relatado fazer uso em média mais de duas vezes na semana. Foi comum a indicação dos familiares nas entrevistas sobre a mudança de comportamento/agressividade por parte dos usuários quando estes estão sob o efeito de drogas.

Após a análise das dimensões individual, social e programática da vulnerabilidade, observou-se associação significativa entre o uso de drogas e os setores censitários III e IV do bairro ($p = 0,035$), também foi possível verificar maior frequência do uso de drogas nos mesmos setores censitários ($p = 0,048$); também observou-se associação significativa entre a presença de usuários de drogas e estrutura familiar monoparental e extensa ($p = 0,058$). Encontrou-se relação significativa entre renda e uso de drogas ($p = 0,000$) e a interferência do uso de drogas na vida da família ($p = 0,044$), e entre presença de drogas na família e a percepção da presença dos serviços públicos na região ($p = 0,047$), indicando carência de políticas públicas locais/regionais.

Conclui-se que famílias com usuários de drogas possuíam condições que potencializavam a vulnerabilidade nas dimensões individual, social e programática, e, apesar de críticas dirigidas ao estabelecimento das relações de causalidade entre pobreza e uso de drogas, a coexistência com as drogas no bairro estudado foi indicada pelos moradores.

Embora identifique apenas uma fração dos problemas associados ao uso de drogas, os dados analisados oferecem informações importantes sobre aspectos relevantes da vulnerabilidade de famílias ao uso de drogas e refletem a gravidade e a magnitude desses problemas na periferia urbana brasileira. O estudo apresenta potencial para contribuir na prevenção do uso de drogas, uma vez que, por meio da caracterização da situação de vulnerabilidade, foi possível traçar uma prevenção específica atrelada à sua realidade individual, social e de saúde.

Além disso, poderá contribuir para definir novas ações e programas que serão desenvolvidos focando a saúde de usuários de drogas e suas famílias, e auxiliar os profissionais de saúde na orientação e planejamento de ações preventivas e na assistência à saúde destas pessoas, pois identificou fragilidades na implementação de ações de políticas públicas na área estudada. A Estratégia Saúde da Família, por eleger a família como unidade programática de atenção e desenvolver trabalhos voltados para o território da(s) família(s), reúne condições que possibilitam a superação dos problemas relacionados ao contexto do abuso de drogas, e os profissionais de enfermagem são agentes-chaves do processo de cuidado e da promoção da saúde das pessoas que convivem cotidianamente com as drogas de abuso, pois estes profissionais possuem maior contato com a família, o que facilita a identificação de problemas e a abordagem sobre drogas de abuso.

Sugere-se estudos avaliativos para identificar ações de saúde ofertadas à população e famílias vulneráveis que visem a diminuição e enfrentamento dessas vulnerabilidades e o motivo pelo qual os moradores não percebem estas ações ou não se envolvem no processo de prevenção ao uso de drogas de abuso.

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

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

Entre as áreas de conhecimento e as profissões da área da saúde, a Enfermagem se destaca por desenvolver e produzir 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 ao uso de drogas. Estas ações devem ser desenvolvidas respeitando a subjetividade do indivíduo; no âmbito da educação em saúde, o fortalecimento da capacidade cognitiva e de estratégias coletivas de prevenção pode resultar na ampliação da autonomia das famílias.

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

Muito se tem estudado sobre a motivação das pessoas a iniciarem o uso de drogas, mas pouco se sabe sobre os fatores de vulnerabilidade das famílias que convivem com esse contexto, principalmente quando vivem em comunidades vulneráveis e com elevada circulação de drogas como a investigada no presente este estudo. O estudo, realizado por meio de inquérito domiciliar, permitiu conhecer de perto as vulnerabilidades que essas famílias apresentam; famílias foram entrevistadas e revelaram seus modos de vida e suas necessidades, e emitiram opinião sobre a “vizinhança violenta”, e como políticas públicas tem se perpetuado no cotidiano a que estão inseridas.

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

É importante reforçar que resiliência não é sinônimo de invulnerabilidade ou autossuficiência. Seu processo envolve a capacidade de atravessar as adversidades sem negar os sentimentos, dúvidas e temores que elas geram, procurando atribuir-lhes algum significado e extraindo crescimento da experiência.

Existe a necessidade de ampliação das pesquisas sobre os fatores de resiliência ao uso de drogas lícitas e ilícitas. Muitas vezes o uso e abuso de drogas poderia ser evitado por ações e políticas públicas e, considerando que este uso de drogas de abuso tem impacto na estrutura familiar e na sociedade em geral e não somente para o usuário, as intervenções devem ser direcionadas para reduzir seus impactos na saúde e na sociedade. Para a prática profissional da enfermagem, sabe-se que o reconhecimento de problemas relacionados ao abuso de drogas a partir dos territórios vulneráveis contribui para a ação de um modelo de atenção articulado às famílias, com enfoque em suas características e na gestão do cuidado familiar.

REFERÊNCIAS

- ACSELRAD, G. A construção social do "problema" das drogas. 2003. Disponível em: <<http://www.educacaopublica.rj.gov.br/biblioteca/cidadania/0022.html>>. Acesso em: 10 abr. 2016.
- ANTUNES, F.; MARCON, S. S.; OLIVEIRA, M. L. F. Feelings of caregivers of alcohol abusers at hospital admission. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 26, n. 6, p. 581-585, 2013.
- ARAGÃO, J. M. et al. Vulnerability associated with sexually transmitted infections in physically disabled people. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 10, p. 3143-3152, 2016.
- ARNAUTS, I.; OLIVEIRA, M. L. F. Padrão de consumo de álcool por jovens vítimas de trauma e usuários de álcool. **Reme: Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 16, n. 3, p. 410-418, 2012.
- AYRES, J. R. C. M.; FRANÇA JÚNIOR, I.; CALAZANS, G. J. AIDS, Vulnerabilidade e prevenção. In: SEMINÁRIO SAÚDE REPRODUTIVA EM TEMPOS DE AIDS - IMS/UERJ, 2., 1997, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: ABIA, 1997. p. 20-37.
- AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D. (Org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 121-143.
- AYRES, J. R. C. M. et al. Vulnerability, Human Rights, and Comprehensive Health Care Needs of Young People Living With HIV/AIDS. **Am. J. Public Health**, Washington, DC, v. 96, no. 6, p. 1001-1006, 2006.
- BARD, N. D. et al. Stigma and prejudice: the experience of crack users. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, mar. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/0104-1169-rlae-0852-2680.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2016.
- BARRA, D. C. C. et al. Processo de viver humano e a enfermagem sob a perspectiva da vulnerabilidade. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 6, p. 831-836, 2010.
- BASTOS, F. I. Structural violence in the context of drug policy and initiatives aiming to reduce drug-related harm in contemporary Brazil: a review. **Subst. Use Misuse**, London, v. 47, n. 13-14, p. 1603-1610, 2012.
- BERNARDY, C. C. F.; OLIVEIRA, M. L. F. Uso de drogas por jovens infratores: perspectiva da família. **Ciênc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 11, p. 168-175, 2012. Suplemento 1. Disponível em: <<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/17072/pdf>>. Acesso em: 12 out. 2016.

BERTOLOZZI, M. R. et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 1326-1330, 2009.

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

BRIGNOL, S. et al. Vulnerabilidade no contexto da infecção por HIV e sífilis numa população de homens que fazem sexo com homens (HSH) no Município de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 5, p. 1-14, maio 2015.

BRISCOE, L.; LAVENDER, T.; MCGOWAN, L. A concept analysis of women's vulnerability during pregnancy, birth and the postnatal period. **J. Adv. Nurs.**, Oxford, v. 72, no. 10, p. 2330-2345, Oct. 2016. doi: 10.1111/jan.13017.

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

BUENO, A. L. M.; LOPES, M. J. M. From cartography to territory: challenges to spatial studies in the health area. **Cienc. Cuid. Saude**, Maringá, v. 13, n. 3, p. 571-576, 2014.

BUSCAIL, C.; UPEGUI, E.; VIEL, J. F. Mapping heatwave health risk at the community level for public health action. **Int. J. Health Geogr.**, London, v. 11, no. 38, p. 1-9, 2012. doi: 10.1186/1476-072X-11-38.

CARINHANHA, J. I.; PENNA, L. H. G.; OLIVEIRA, D. C. Representações sociais sobre famílias em situação de vulnerabilidade: uma revisão da literatura. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 565-570, 2014.

CARLINI, E. A. et al. **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país: 2001. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP, 2002.

CARNEIRO, C. B. L.; VEIGA, L. **O conceito de inclusão, dimensões e indicadores**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Coordenação da Política Social, 2004.

CAVALCANTE, C. V. G. et al. Representações de um grupo de docentes sobre drogas: alguns aspectos. **Rev. Ensaio**, Belo Horizonte, v. 7, n. 2, p.114-126, maio/ago. 2005.

CÉLIO, F. A. et al. Características individuais associadas à autopercepção da extensão territorial da vizinhança. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 9, p. 1935-1946, set. 2014.

CHAIX, B. et al. An interactive mapping tool to assess individual mobility patterns in neighborhood studies. **Am. J. Prev. Med.**, New York, v. 43, p. 440-450, 2012.

COLLIVER, J. D. et al. Projecting drug use among aging baby boomers in 2020. **Annals Epidemiol.**, New York, v. 16, no. 4, p. 257-265, 2006.

- CORIOLOANO, M. W. L. et al. Repercussão de uma intervenção educativa com agentes comunitários de saúde nas condições ambientais de domicílios de crianças asmáticas. **J. Bras. Pneumol.**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 317-325, 2011.
- COULTON, C. J.; JENNINGS, M. Z.; CHAN, T. How big is my neighborhood? Individual and contextual effects on perceptions of neighborhood scale. **Am. J. Community Psychol.**, Winston, v. 51, no. 1/2, p. 140-150, 2013.
- COUTINHO, L. M. S.; SCAZUFCA, M.; MENEZES, P. R. Métodos para estimar razão de prevalência em estudos de corte transversal. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 6, p. 992-998, 2008.
- CUNHA, M. B. et al. O desastre no cotidiano da favela: reflexões a partir de três casos no Rio de Janeiro. **Soc. Quest.**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 95-122, 2015.
- DAIBERT, J. Simplicidade, a marca do conjunto Requião. **Jornal O Diário**, Maringá, 26 jun. 2007.
- DALGALARRONDO, P. et al. Religião e uso de drogas por adolescentes. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 82-90, 2004.
- DE BONI, R. B.; BASTOS, L. S.; BASTOS, F. P. M. Unrecorded alcohol in Rio de Janeiro: assessing its misusers through a respondent-driven Sampling. **Drug Alcohol Depend.**, Limeric, v. 139, p. 169-173, 2014.
- DOWNING, D.; CLARK, J. **Estatística aplicada**. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2010.
- ELICKER, E. et al. Uso de álcool, tabaco e outras drogas por adolescentes escolares de Porto Velho-RO, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, DF, v. 24, n. 3, p. 399-410, jul./set. 2015.
- FELIPE, A. O. B.; CARVALHO, A. M. P.; ANDRADE, C. U. B. Spirituality and religion as protectors for adolescent drug use. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 1, p. 49-58, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v11n1/pt_08.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2016.
- FELTRAN, G. S. Fronteiras de tensão: um estudo sobre política e violência nas periferias de São Paulo, 2010. **Lua Nova**, São Paulo, v. 79, p. 201-233, 2010.
- FELTRAN, G. S. **Fronteiras de tensão: política e violência nas periferias de São Paulo**. São Paulo: Ed. da Unesp, 2011.
- FELTRAN, G. S. O valor dos pobres: a aposta no dinheiro como mediação para o conflito social contemporâneo. **Cad. CRH**, Salvador, v. 27, n. 72, p. 495-512, set./dez. 2014.
- FORMIGONI, M. L. O. S. et al. (Org.). **Efeitos de substâncias psicoativas: módulo 2**. 5. ed. Brasília, DF: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014.

FUSTER, D. et al. Chronic hepatitis C virus infection is associated with all-cause and liver-related mortality in a cohort of HIV-infected patients with alcohol problems. **Addiction**, Oxfordshire, v. 109, no. 1, p. 62-70, 2013.

GABRIEL E SILVA, C. C. Quando as percepções (re)configuram as periferias urbanas: os espaços do crime e os espaços do medo sob a ótica dos moradores do bairro Nossa Senhora da Apresentação – Natal/RN. **Rev. Bras. Segur. Pública**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 66-83, ago./set. 2014.

GOMES, M. A.; PEREIRA, M. L. D. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 357-363, 2005.

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

GOUVEIA, G. C. et al. Satisfação dos usuários com a assistência de saúde no Brasil, 2003. **Cad. Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 21, p.109-118, 2005. Suplemento.

GUIMARÃES, J. L. C. Motivações do crime segundo o criminoso: condições econômicas, interação social e herança familiar. **Rev. Bras. Segur. Pública**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 112-131, fev./mar. 2014.

HALLAL, P. C. et al. Tendências temporais de atividade física no Brasil (2006-2009). **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 14, p. 53-60, 2011. Suplemento 1. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v14s1/en_a06v14s1.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2016.

HECK, R. M. et al. Promoção da saúde e qualidade de vida: abordagem de família e do cuidado. In: ELSÉN, I.; SOUZA, A. I. J.; MARCON, S. S. (Org.). **Enfermagem à família: dimensões e perspectivas**. Maringá: Eduem, 2011. p. 35-44.

HITCHCOCK, M. et al. Triage: an investigation of the process and potential vulnerabilities. **J. Adv. Nursing**, Oxford, v. 70, no. 7, p. 1532-1541, 2014.

HUNGARO, A. A. **Fatores de proteção para o uso de drogas de abuso em uma comunidade vulnerável**. 2014. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)–Universidade Estadual Maringá, Maringá, 2014.

IBGE. **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.

IMAMURA, J. H. **Epidemiologia dos traumas em países desenvolvidos e em desenvolvimento**. 2012. 114 f. Dissertação (Mestrado em Ciências)–Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

- JACQUES, S. et al. Effects of prohibition and decriminalization on drug market conflict. **Criminol. Public Policy**, London, v. 15, no. 3, 2016. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1745-9133.12218/abstract>>. Acesso em: 18 dez. 2016.
- JANG, H. S. et al. Comparative analysis of acute toxic poisoning in 2003 and 2011: analysis of 3 academic hospitals. **J. Korean Med. Sci.**, Seoul, v. 28, no. 10, p. 1424-1430, 2013.
- JULIANO, M. C. C.; YUNES, M. A. M. Reflexões sobre rede de apoio social como mecanismo de proteção e promoção de resiliência. **Amb. Soc.**, Campinas, SP, v. 17, n. 3, p.135-154, 2014.
- LARANJEIRA, R. et al. (Org.). **II levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. São Paulo: Unifesp, 2014.
- LUNARDELLI FILHO, E. **Prevenção ao uso de substâncias psicoativas nas universidades**: uma visão sobre a necessidade, relevância e possibilidade. 2009. Disponível em: <www.inpad.org.br/publicacoes>. Acesso em: 9 fev. 2015.
- MALTA, D. C. et al. Família e proteção ao uso de tabaco, álcool e drogas em adolescentes, Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 166-177, 2011.
- MANN, J. M.; TARANTOLA, D. J. M. **Aids in the world II**: global dimensions, social roots and responses. Oxford: Oxford University, 1996.
- MANN, J. M.; TARANTOLA, D. J. M.; NETTER, T. W. **Aids in the world**: the global aids policy. Boston: Mass, 1992.
- MARANGONI, S. R.; OLIVEIRA, M. L. F. Uso de crack por múltipara em vulnerabilidade social: história de vida. **Ciênc. Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 166-172, 2012.
- MARÍN-LEÓN, L. et al. Percepção dos problemas da comunidade: influência de fatores sociodemográficos e de saúde mental. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1089-1097, 2007.
- MÜLLER, E. P. L.; CUBAS, M. R.; BASTOS, L. C. Georreferenciamento como instrumento de gestão em unidade de saúde da família. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 63, n. 6, p. 978-982, 2010.
- NAKAMURA, E. et al. The potential of an instrument to identify social vulnerabilities and health needs: collective health knowledge and practices. **Rev. Latino Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, p. 253-258, mar./abr. 2009.
- NICASTRI, S. **Drogas**: classificação e efeitos no organismo. Prevenção do uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. 5. ed. Brasília, DF: SENAD, 2013.

NICHIATA, L. Y. I. et al. A utilização do conceito “vulnerabilidade” pela enfermagem. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 5, set./out. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n5/pt_20.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2016.

OKUMURA, Y. et al. Comparison of emergency hospital admissions for drug poisoning and major diseases: a retrospective observational study using a nationwide administrative discharge database. **BMJ Open**, London, v. 2, no. 6, p. e001857, Dec. 2012. doi: 10.1136/bmjopen-2012-001857.

OLIVEIRA, J. F.; PAIVA, M. S. Vulnerabilidade de mulheres usuárias de drogas ao hiv/aids em uma perspectiva de gênero. **Esc. Anna Nery: Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 625-631, 2007.

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

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

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

OVIDO, R. A. M.; CZERESNA, D. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. **Interface**, Botucatu, v. 19, n. 53, abr./jun. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/2015nahead/1807-5762-icse-1807-576220140436.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2015.

PETTENGILL, M. A. M.; ANGELO, M. Vulnerabilidade da família: desenvolvimento do conceito. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 982-988, 2005.

PINI, J. S. **Saúde mental na atenção básica: atuação das equipes na estratégia saúde da família**. 2009. 103 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)—Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2009.

POLLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. Tradução Ana Thorell. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PORTO, M. F. S. **Uma ecologia política dos riscos: princípios para integrarmos o local e o global na promoção da saúde e da justiça ambiental**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

PORTO, M. F. S. Complexity, Vulnerability Processes and Environmental Justice: an essay in. **Politic. Epistemol.**, [S.l.], v. 4, no. 41, p. 20-32, 2012.

PORTO, M. F. S.; ROCHA, D. F.; FINAMORE, R. Saúde coletiva, território e conflitos ambientais: bases para um enfoque socioambiental crítico. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 10, p. 4071-4080, 2014.

PRATI, L. E.; COUTO, M. C. P. P.; KOLLER, S. H. Famílias em vulnerabilidade social: rastreamento de termos utilizados por terapeutas de famílias. **Psicologia: teoria e pesquisa**, Brasília, DF, v. 25, n. 3, p. 403-408, 2009.

PROIETTI, F. A. et al. Unidade de contexto e observação social sistemática em saúde: conceitos e métodos. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 469-482, 2008.

REIS, D. C. et al. Vulnerabilities and needs for accessing primary health care in adolescence. **Cienc. Cuid. Saude**, Maringá, v. 12, n. 1, p. 63-71, 2013.

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

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

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

ROBBEN, A. C. G. M.; SUÁREZ-OROZCO, M. M. **Cultures under Siege: collective violence and trauma**. London: Cambridge University, 2000.

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

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1994.

RUOTTI, C.; MASSA, V. C.; PERES, M. F. T. Vulnerability and violence: a new conception of risk for the study of youth homicides. **Interface: Comunic. Saude Educ.**, Botucatu, v. 15, no. 37, p. 377-389, abr./jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n37/en_aop0111.pdf>.

RYDIN, Y. et al. Shaping cities for health: complexity and the planning of urban environments in the 21st century. **Lancet**, London, v. 379, p. 2079-2088, 2012.

SACKS, J. Y.; McKENDRICK, K.; BANKS, S. The impact of early trauma and abuse on residential substance abuse treatment outcomes for women. **J. Subst. Abuse Treat.**, New York, v. 34, no. 1, p. 90-100, 2008.

SAKIYAMA, H. M. et al. Family members affected by a relative's substance misuse looking for social support: who are they? **Drug Alcohol. Depend.**, Limerick, v. 1, no. 147, p. 276-279, 2014.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, D. C., v. 31, n. 3, p. 260-268, 2012.

SANTOS, A. O.; PAIVA, V. Vulnerabilidade ao HIV: turismo e uso de álcool e outras drogas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, p. 80-86, 2007. Suplemento, 2.

SANTOS, J. L. G. et al. Risco e vulnerabilidade nas práticas dos profissionais de saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 205-212, 2012.

SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L. **Território e sociedade no início do século XXI**. Rio de Janeiro: Beste Bolso, 2011.

SCHAURICH, D.; FREITAS, H. M. B. O referencial de vulnerabilidade ao HIV/AIDS aplicado às famílias: um exercício reflexivo. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 989-995, 2011.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 707-717, 2010.

SECRETARIA DE SAÚDE DE MARINGÁ. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Maringá, 2013.

SOARES, L. E. **Tudo ou nada**: a história do brasileiro preso em Londres por associação ao tráfico de duas toneladas de cocaína. São Paulo: Nova Fronteira, 2012.

SZWARCWALD, C. L.; SOUZA JÚNIOR, P. R. B.; DAMACENA, G. N. Socioeconomic inequalities in the use of outpatient services in Brazil according to health care need: evidence from the World Health Survey. **BMC: Health Serv. Res.**, Ann Arbor, v. 10, p. 217, 2010. doi: 10.1186/1472-6963-10-217.

TAKAHASI, R. F.; OLIVEIRA, M. A. C. A visita domiciliária no contexto da saúde da família. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Instituto para o Desenvolvimento da Saúde**. Brasília, DF, 2001.

TAVARES, M. **Estatística aplicada à administração**. 2007. Disponível em: <http://www.ufpi.br/uapi/conteudo/disciplinas/estatistica/download/Estatistica_completo_revisado.pdf>. Acesso em: 31 out. 2011.

TORRES, R. R. **Estudo sobre os planos amostrais das dissertações e teses em Administração da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo e da Escola de Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul**: uma contribuição crítica. 2000. 264 f. Dissertação (Mestrado em Administração)–Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **World Drug Report 2015**. New York: United Nations Publication, 2015.

VARGAS, E. V. Uso de drogas: a alteração como evento. **Rev. Antropol.**, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 581-623, 2006.

WRIGLEY, A. An eliminativist approach to vulnerability. **Bioethics**, Oxford, v. 29, no. 7, p. 478-487, Sept. 2015.

ZANITEC, A. Transformações urbanas, dinâmicas criminais e ações preventivas. **Rev. Bras. Segur. Pública**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 118-132, 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A

PROJETO DE PESQUISA: VULNERABILIDADE DE FAMÍLIAS EM REGIÃO COM ELEVADA CIRCULAÇÃO DE DROGAS DE ABUSO EM UM MUNICÍPIO DO NOROESTE DO PARANÁ

ETAPA 1 - CARACTERIZAÇÃO SÓCIO DEMOGRÁFICA DO ENTREVISTADO E DA FAMÍLIA

Questionário nº _____ Iniciais do nome: _____ Data: ____/____/2016
Endereço: _____

1 - ENTREVISTADO

1. Data de nascimento: ____/____/____

2. Sexo:

1. Masculino 2. Feminino

3. Raça/cor:

1. Branca 2. Preta 3. Amarela 4. Parda 5. Indígena 6. NS/NR

4. Estado civil:

1. Mora junto 2. Casado 3. Solteiro(a) 4. Separado/Divorciado 5. Viúvo(a)
6. NS/NR

5. Escolaridade: Anos de estudo: _____ 1. NS/NR

6. Situação profissional:

1. Aposentado 2. Autônomo 3. Desempregado 4. Empregado
5. Do lar 6. Afastado por licença médica 7. Outra: _____
8. NS/NR

7. Ocupação

(descreva): _____

2 – Composição Familiar (incluir os dados do entrevistado)

8. Quantas pessoas moram na “data”? _____

UN	Membro (*Relação familiar com o entrevistado)	Sexo	Idade	Escolaridade	Ocupação	Religião

8.1. Classificação da família: 1. Nuclear 2. Extensa 3. Monoparental

- **Nuclear:** Uma só união entre adultos e um só nível de descendência pais e seu(s) filho(s).

- **Extensa:** Coabitam ascendentes, descendentes e/ou colaterais por consanguinidade ou não, para além de progenitor (es) e/ou filho(s).

- **Monoparental:** Família constituída por um progenitor que coabita com o(s) seu(s) descendente(s).

9. Número de edificações na data: _____

10. Cômodos tem o/os domicílio/os? _____

11. Este domicílio é:

1. Próprio - já pago
2. Próprio - ainda pagando
3. Alugado
4. Cedido por empregador
5. Cedido de outra forma
6. Outra condição (especifique) _____
7. NS/NR

12. Quanto tempo residindo no Conjunto Habitacional Requião: ____ anos 1. NS/NR

13. Renda de sua família no último mês? R\$: _____

1. não tem rendimentos
2. NS/NR

14. Você ou algum membro de sua família são beneficiários de Programas Sociais (Bolsa Família, Benefício de Assistência Social etc.)?

1. Sim. Qual? _____ Valor R\$: _____
2. Não.
3. NS/NR

ETAPA II VULNERABILIDADE INDIVIDUAL FAMILIAR

1. Alguém de sua família usa alguma droga de abuso?

1. Sim
2. Não
3. NS/NR

Se não: Pule para questão número 2

Se sim:1.1. Qual?

1. Anabolizantes
2. Cocaína
3. Crack
4. Êxtase
5. Maconha
6. Tabaco
7. Álcool
8. Outro: _____
9. NS/NR

1.2.Com que frequência

	Menos de 1	1	2	3	4	5	6	7
Vezes por semana								

1.3. Quem?

1. Pai
2. Mãe
3. Filho(a)
4. Irmão(ã)
5. Tio (a)
6. Outro: __
7. NS/NR

1.4. Quando o familiar está sob o efeito de drogas, sua família muda de comportamento? (ex. não sai de casa)

1. Sim
2. Não
3. NS/NR

1.5. Sua família procurou orientação sobre drogas de abuso?

1. Sim
2. Não
3. NS/NR

1.5.1Onde sua família vai buscar informações sobre drogas?

- (1) Amigos
- (2) Familiares
- (3). Grupos de organizações que lidam com Drogas
- (4). Serviços de saúde, especificar: _____

(5). Meios de comunicação, especificar: _____

(6). Outro: _____

(7). NS/NR

2. Alguém da família:

2.1. Ficou doente no último ano:

1. Sim 2. Não 3. NS/NR

Se sim:

Quem?	Idade	Quantas vezes?	Motivo	Fez tratamento?

2.2. Apresenta algum problema de saúde no momento? (Física/Mental)

1. Sim 2. Não 3. NS/NR

Se sim:

Quem?	Problema de Saúde

2.3. Alguém faz uso de medicamento contínuo?

1. Sim 2. Não 3. NS/NR **Se sim:**

Qual: _____

2.4. Fez ou faz tratamento? (Psicológico/psiquiátrico?)

1. Sim 2. Não 3. NS/NR

Se sim:

Quem?	Onde

2.4.1. Como sua família considera a qualidade do atendimento?

1. Ótima 2. Boa 3. Regular 4. Ruim 5. Péssima 6. NS/NR

2.5. Precizou de internamento no último ano?

1. Sim 2. Não 3. NS/NR

2.6. Morreu no último ano:

1. Sim 2. Não 3. NS/NR **Se sim:** Qual motivo: _____

2.6.1. Houve morte de crianças menores de cinco anos da família nos últimos dez anos?

1. Sim 2. Não 3. NS/NR **Se sim:** Qual motivo: _____

3. Alguém da sua família fuma? 1. Sim 2. Não 3. NS/NR

Se sim: 3.1. Quantos cigarros fuma ou fumava por dia? _____

4. Como você considera a saúde de sua família?

1. Ótima 2. Boa 3. Regular 4. Ruim 5. Péssima 6. NS/NR

4. Sua família acredita que há violência na comunidade relacionada às drogas de abuso?

1. *Sim* 2. *Não* 3. *NS/NR*

ETAPA IV - QUESTÕES DE VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA

1. Sua família precisou utilizar os serviços públicos de saúde e/ou de assistência social do município para resolver problemas relacionados ao uso de drogas de abuso?

1. *Sim* 2. *Não* 3. *Utiliza particular/Plano de saúde* 4. *NS/NR*

Se sim: 1.1. Há quanto tempo? _____

2. Você já acessou algum desses serviços para tratar o abuso de drogas em sua família? (RAPS)

1. *Unidade Básica de Saúde (UBS) – Posto de Saúde*
2. *Unidade Pronto Atendimento - UPA*
3. *SAMU/SIATE*
4. *Centro de Atenção Psicossocial (CAPSad)*
5. *Comunidade Terapêutica*
6. *Hospital Geral*
7. *Hospital Psiquiátrico*
8. *Outro: _____*
9. *NS/NR*

3. Pensando nos serviços públicos que sua família dispõe, diria que:

1. *sente-se amparado pelo poder público*
2. *sente-se abandonado pelo poder público*
3. *NS/NR*

4. Alguém da sua família foi ao médico no último ano?

1. *Semanal* 2. *Mensal* 3. *4 a 6x ano* 4. *1 a 3x ano* 5. *Não foi* 6. *NS/NR*

5. Você tem um médico “geral” ou “especialista” que você consulta sempre?

1. *Sim* 2. *Não* 3. *NS/NR*

6. E, na sua comunidade, existem ações de prevenção do uso de drogas de abuso e combate ao tráfico de drogas?

1. *Sim* 2. *Não* 3. *NS/NR*

Se sim:

6.1. Quais?

1. *Conscientização dos moradores da comunidade para o não uso e prejuízos para a vida do usuário*
2. *Combate ao tráfico de drogas e armas*
3. *Educação/orientações nas escolas*
4. *Projetos sociais voltados a jovens em situação de risco/usuários de drogas de abuso*
5. *Melhoria do acesso à saúde*
6. *Melhoria do acesso à cultura e lazer*
7. *Trabalhos de grupos na comunidade para fortalecimento dos laços entre moradores*
8. *Policciamento nas ruas*
9. *Outro: _____*
10. *NS/NR*

6.2. Você participou de alguma dessas ações? 1. *Sim* 2. *Não* 3. *NS/NR*

6.3. Como sua família considera a qualidade dessas ações?

1. *Ótima* 2. *Boa* 3. *Regular* 4. *Ruim* 5. *Péssima* 6. *NS/NR*

7. Sua família procurou assistência da UBS da sua comunidade para alguma necessidade?

1. *Sim* 2. *Não* 3. *NS/NR*

Caso afirmativo: 7.1. Há quanto tempo? 1. *NS/NR*

7.2. Qual assistência sua família recebeu? _____ 1. *NS/NR*

8. Nessa assistência da UBS da sua comunidade recebeu orientação sobre drogas de abuso?

1. *Sim* 2. *Não* 3. *NS/NR*

Caso afirmativo

8.1. Qual a conduta adotada pela UBS?

1. *Educação/aconselhamento em saúde*
2. *Prescrição de medicamento/exames*
3. *Encaminhamento para internamento*
4. *Encaminhamento para serviço social*
5. *Entrou em contato com a família*
6. *Nenhuma/Não foi atendido*
7. *Outro:* _____
8. *NS/NR*

9. Como sua família considera a qualidade do atendimento recebido?

1. *Ótima* 2. *Boa* 3. *Regular* 4. *Ruim* 5. *Péssima* 6. *NS/NR*

10. Enumere os três problemas mais importantes presentes na comunidade que merecem mais atenção dos governantes: (Ler as opções)

1. *Corrupção*
2. *Criminalidade/violência*
3. *Desemprego*
4. *Drogas de abuso*
5. *Falta de educação*
6. *Falta de segurança pública*
7. *Falta de moradia*
8. *Falta de assistência à saúde*
9. *Falta de transporte público*
10. *Pobreza*
11. *Poluição*
12. *Preconceito racial*
13. *Ruas/Pavimentação deterioradas*
14. *Outro:* _____
15. *NS/NR*

11. Qual a ação mais importante para combater o uso de drogas de abuso e eliminar a violência da sua comunidade? (Perguntar àqueles que responderam ter drogas de abuso e violência na comunidade)

1. *Aumentar o policiamento nas ruas*
2. *Diminuir a pobreza*
3. *Aumentar a oferta de empregos*

4. Fortalecer os vínculos familiares
5. Combater o tráfico de drogas e armas
6. Melhorar a saúde
7. Conscientizar a comunidade para o não uso
8. Melhorar o acesso à cultura e lazer
9. Melhorar a educação/escola
10. Punir os usuários de drogas e privá-los de liberdade
11. Outro: _____
12. NS/NR

12. Você conhece a UBS/ESF? Ou já ouviu falar sobre ela?

1. Sim 2. Não 3. NS/NR

Se sim: 12.1. Costuma utilizar seus serviços: 1. Sim 2. Não 3. NS/NR

13. Você recebe visitas regulares de Agentes Comunitários de Saúde do Bairro?

1. Sim 2. Não 3. NS/NR

Se sim: 13.1. Eles deram alguma orientação sobre drogas: 1. Sim 2. Não 3. NS/NR

14. Você conhece o CAPS? Ou já ouviu falar sobre ele? 1. Sim 2. Não 3. NS/NR

APÊNDICE B

Projeto de pesquisa: Vulnerabilidade de famílias em região com elevada circulação de drogas de abuso em um município do Noroeste do Paraná.

BOAS PRÁTICAS DO ENTREVISTADOR*

Prezado(a) entrevistador(a)

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

* Mantenha-se uniformizada: jaleco e crachá.

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

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

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

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

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

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

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

→ Respeitar a ordenação das questões.

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

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

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

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

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

*Adaptado de Reis (2012).

APÊNDICE C

RESUMO EXECUTIVO

PROJETO DE DISSERTAÇÃO MESTRADO “VULNERABILIDADE DE FAMÍLIAS EM REGIÃO COM ELEVADA CIRCULAÇÃO DE DROGAS DE ABUSO EM UM MUNICÍPIO DO NOROESTE DO PARANÁ”

O presente estudo é parte de um projeto financiado pelo PPSUS – Programa Pesquisa para o Sistema Único de Saúde / Fundação Araucária - PR “Convivendo com Drogas de Abuso: Percepção Social em uma comunidade do noroeste do Paraná”, com parecer número 16799 - COPEP/UEM. O tema da pesquisa é a discussão da vulnerabilidade de famílias que vivem em um contexto considerado violento, por meio da avaliação das dimensões analíticas individual, social e programática de vulnerabilidade (AYRES et al., 2009; BRIGNOL et al., 2015; MANN, TARANTOLA, NETTER, 1992; PORTO, 2012), para subsidiar ações locais de enfrentamento às drogas.

A vulnerabilidade se refere às várias formas e modos de suscetibilidades, que sujeitam pessoas ou grupos sociais ao adoecimento, ponderando as especificidades de cada circunstância, posicionando os indivíduos frente à relação com os problemas e as soluções para enfrentá-los (MANN, TARANTOLA, NETTER, 1992; SCHAURICH; FREITAS, 2011). O referencial de análise da vulnerabilidade que será utilizado considera três dimensões analíticas - individual, social e programática-, que coexistem de maneira conjunta (MANN; TARANTOLA; NETTER, 1992; OLIVEIRA, 2013).

Na enfermagem, identificar as necessidades sociais e de saúde das populações vulneráveis, possibilita identificar as diferenças de cada indivíduo/família frente ao processo saúde-doença, seja de maneira individual ou coletiva, e obter subsídios para intervenção nos determinantes da vulnerabilidade, e amplia a produção do cuidado e o campo de visão do profissional para além do modelo biomédico (NAKAMURA et al., 2009; OLIVEIRA, 2013).

A questão em estudo na presente proposta seria: em ambiente permeado por elevada circulação de drogas de abuso, conhecer a estrutura social, as necessidades das famílias e as iniquidades em saúde no território/vizinhança, por meio das dimensões analíticas da vulnerabilidade das famílias que vivem em contexto de interferência social e familiar pela circulação das drogas, constitui ferramenta de vigilância em saúde para o desenvolvimento de políticas públicas de enfrentamento às drogas? Neste contexto, o objetivo da pesquisa é analisar a vulnerabilidade individual, social e programática de membros de famílias expostas a fatores de risco na convivência em território com elevada circulação de drogas de abuso.

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e transversal, utilizando o inquérito domiciliar de base populacional para acesso à população em estudo e o referencial teórico-metodológico de Vulnerabilidade (MANN; TARANTOLA; NETTER, 1992). Será realizado no município de Maringá - Paraná, e a população em estudo será constituída por moradores do Conjunto Habitacional Requião I, II, III e IV, determinados por amostragem probabilística aleatória. Um membro de cada domicílio responderá à pesquisa, por meio de questionário semiestruturado, composto por (1) questões para caracterização sócio demográficas das famílias e questões para reconhecimento da vulnerabilidade, com

variáveis agrupadas segundo as dimensões (2) individual, (3) social e (4) programática. A coleta de dados se dará em três estágios: sorteio das quadras e dos domicílios a serem pesquisados; seleção do respondente em cada domicílio, de forma aleatória, por meio de sorteio dos moradores presentes no domicílio no momento da entrevista; entrevista domiciliar.

Referências

AYRES, J.R.C.M., et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D. org. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências**. 2 ed. rev. amp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 121-143.

BRIGNOL, S., et al. Vulnerabilidade no contexto da infecção por HIV e sífilis numa população de homens que fazem sexo com homens (HSH) no Município de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 5, p. 1-14, mai, 2015.

MANN, J. M.; TARANTOLA, D. J. M.; NETTER, T. W. **Aids in the world – the global aids policy**. Boston: Mass, 1992.

NAKAMURA, E.; EGRY, E.Y.; CAMPOS, C.M.S.; NICHATA, L.Y.I.; CHIESA, A.M.; TAKAHASHI, R.F. The potential of an instrument to identify social vulnerabilities and health needs: collective health knowledge and practices. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 253-8, mar-abril, 2010.

OLIVEIRA, M. L. F. A concepção explicativa do conceito de vulnerabilidade e a enfermagem. **Cienc Cuid Saude**, v. 12, n. 4, p. 623-623, Out/Dez, 2013.

PORTO, M. F. S. Complexity, Vulnerability Processes and Environmental Justice: An Essay in. **Political Epistemology**, v. 4, n. 2012, 41 p., 2012.

SCHAURICH, D.; FREITAS, H. M. B. O referencial de vulnerabilidade ao HIV/AIDS aplicado às famílias: um exercício reflexivo. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 4, p. 989-95, 2011.

APÊNDICE D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidá-lo(a) a participar da pesquisa intitulada **Vulnerabilidade de famílias em região com elevada circulação de drogas de abuso em um município do noroeste do Paraná**, que é desenvolvida no curso de Mestrado em Enfermagem e é orientada pela professora doutora Magda Lúcia Félix de Oliveira, da Universidade Estadual de Maringá.

O objetivo da pesquisa é analisar a vulnerabilidade individual, social e programática de membros de famílias expostas a fatores de risco na convivência em território com elevada circulação de drogas de abuso. Para isto, a sua participação é muito importante, e ela se daria da seguinte forma: conceder a entrevista, após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; se consentida, o roteiro de entrevista será aplicado pelo aluno pesquisador.

Em se tratando de moradores de uma comunidade com território bem definido, possíveis desconfortos poderão surgir como o constrangimento ao discutir com a pesquisadora a vivência de violência na sua vizinhança ou o relato da percepção da circulação de drogas de abuso na comunidade. 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, após conclusão da pesquisa, os roteiros de entrevista preenchidos serão destruídos.

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

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

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

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

_____ Data: _____
Assinatura ou impressão datiloscópica

Eu, Alan Henrique De Lazari, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supranominado.

_____ Data: _____

Assinatura do pesquisador

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

1- Nome: Alan Henrique De Lazari. Telefone: (44) 3034-2573
Endereço: Av. Colombo, 5790. Maringá – Pr. CEP: 87020-900.
e-mail: alan.delazari@hotmail.com

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

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

COPEP/UEM

Universidade Estadual de Maringá.

Av. Colombo, 5790. Campus Sede da UEM.

Bloco da Biblioteca Central (BCE) da UEM.

CEP 87020-900. Maringá-Pr. Tel: (44) 3261-4444

E-mail: copep@uem.br

ANEXO

ANEXO A

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Universidade Estadual de Maringá

PROJETO DE PESQUISA

Título: (Com) Vivendo com Drogas de Abuso: Percepção Social em uma Comunidade do Noroeste do Paraná**Pesquisador:** Magda Lúcia Félix de Oliveira**Versão:** 2**Instituição:** Universidade Estadual de Maringá**CAAE:** 01380112.0.0000.0104

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 16799**Data da Relatoria:** 30/04/2012

Apresentação do Projeto:

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

prevenção ao uso de drogas de abuso.

Objetivo da Pesquisa:**Objetivo Primário:**

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

Objetivo Secundário:

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

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

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

Riscos:

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

Benefícios:

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

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

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

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

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

Recomendações:

Considerando as alterações implementadas, não há recomendações a fazer.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

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

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

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