

Risco Social de Famílias de Usuários de Drogas Internados por Trauma Físico

Social Risk for The Family of Drug Users Hospitalized Due to Physical Injury

Riesgo Social para la Familia de Usuarios de Drogas Hospitalizado por un Trauma Físico

Camila Cristiane Formaggi Sales^{1*}; Laís Fernanda Ferreira da Silva²; Lúcia Margarete dos Reis³; Maria das Neves Decesaro⁴; Sônia Silva Marcon⁵; Magda Lúcia Félix de Oliveira⁶

Como citar este artigo:

Sales CCF, Silva LFF, Reis LM, *et al.* Risco Social de Famílias de Usuários de Drogas Internados por Trauma Físico. *RevFundCareOnline*.2019.11(n.esp):510-516.DOI:<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.510-516>

ABSTRACT

Objective: The study's purpose has been to classify the familiar social risk of long-term drug users and hospitalized due to physical trauma. **Methods:** It is a descriptive-exploratory study that was carried out in a toxicological assistance center from Parana State and through 30 sentinel events - hospitalized individuals diagnosed with physical trauma associated with poisoning by drugs abuse, over the period from April to September 2014. Data collection instruments were a semi-structured interview and the Coelho-Savassi's Family Risk Scale, where it was answered by a family key-informant. The scores were analyzed descriptively. **Results:** The Family Risk Scale score have indicated that 19 families were under social risk, where 9 of them were under maximum risk, and have also shown families with socio-demographic percentage matching the lower classes of the population. **Conclusion:** The following categories influenced the family risk rates: drugs of abuse use period; unemployment; and low social bond of sentinel events.

Descriptors: Street Drugs, Alcoholic Intoxication, Social Vulnerability, Intoxication Control Centers, Community Health Nursing.

¹ Curso de Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá (UEM). Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UEM (PSE/UEM). Mestre em Enfermagem pelo PSE/UEM. Maringá, Paraná, Brasil. Universidade Estadual de Maringá.

² Curso de Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá. Mestre em Enfermagem pelo PSE/UEM. Enfermeira voluntária do Centro de Controle de Intoxicações do Hospital Universitário Regional de Maringá (CCI/HUM). Maringá, Paraná, Brasil. Centro de Controle de Intoxicações do Hospital Universitário Regional de Maringá.

³ Curso de Graduação pela Universidade Norte do Paraná. Especialista em Gerência de Serviços de Enfermagem pela Universidade Estadual de Londrina (UEL). Doutora e Mestre em Enfermagem pelo PSE/UEM. Coordenadora do Centro de Atenção Psicossocial II do município de Sarandi, Paraná, Brasil.

⁴ Curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Católica de Goiás. Mestre Interinstitucional em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP). Doutora em Enfermagem Fundamental pela Escola de Enfermagem da USP de Ribeirão Preto. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UEM e professora do PSE/UEM. Maringá, Paraná, Brasil. Universidade Estadual de Maringá.

⁵ Curso de Graduação em Enfermagem pela UEL. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Doutora em Filosofia da Enfermagem pela UFSC. Professora Titular do Departamento de Enfermagem da UEM e Professora nos Programas de Pós-graduação em Enfermagem e Ciências da Saúde da UEM. Maringá, Paraná, Brasil.

⁶ Curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal de Goiás. Mestre em Saúde Coletiva pela UEL. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UEM e Professora do PSE/UEM. Maringá, Paraná, Brasil. Universidade Estadual de Maringá.

RESUMO

Objetivo: Classificar o risco social de famílias de indivíduos internados por trauma físico e usuários de drogas, investigados como eventos sentinela.

Métodos: Estudo exploratório-descritivo, realizado em um centro de assistência toxicológica do Paraná, com 30 eventos sentinela - indivíduos internados com diagnóstico de trauma físico associado à intoxicação por drogas de abuso, no período de abril a setembro de 2014. Instrumentos de coleta de dados foram um roteiro para entrevista semiestruturada e a Escala do Risco Familiar de Coelho e Savassi, respondidos por um familiar informante-chave. Os escores foram analisados descritivamente. **Resultados:** A pontuação dos escores da Escala de Risco Familiar indicou 19 famílias em risco social, sendo nove com Risco máximo, e famílias com percentuais sociodemográficos de camadas populares da população. **Conclusão:** Tempo de uso das drogas de abuso, desemprego e baixo vínculo social dos eventos sentinela, influenciaram os índices de risco familiar.

Descritores: Drogas Ilícitas, Intoxicação Alcoólica, Vulnerabilidade Social, Centro de Controle de Intoxicações, Enfermagem em Saúde Comunitária.

RESUMEN

Objetivo: Clasificar el riesgo social familiar de los consumidores de drogas a largo plazo y hospitalizado por un trauma físico. **Método:** Estudio exploratorio descriptivo, realizado en un centro de asistencia toxicológica de Paraná, con eventos centinela - 30 personas hospitalizadas con diagnóstico de trauma físico asociado a la intoxicación por drogas de abuso, de abril a septiembre de 2014. Instrumentos de recolección de datos fueron una hoja de ruta para la entrevista semiestructurada y Escala de Riesgo Familia de Coelho y Savassi, respondida por un informante clave familiar. Las puntuaciones se analizaron descriptivamente. **Resultados:** La puntuación de la Escala de Riesgo familia indicaron 19 familias en riesgo social, nueve con máximo riesgo, y las familias con el porcentaje sociodemográfico de las clases más bajas de la población. **Conclusión:** Uso del tiempo de las drogas de abuso, el desempleo y la baja vínculo social de los eventos centinela influyeron en los índices de riesgo de la familia.

Descriptores: Drogas Ilícitas, Intoxicación Alcohólica, Vulnerabilidad Social, Centros de Control de Intoxicaciones, Enfermería en Salud Comunitaria.

INTRODUÇÃO

O consumo de drogas constitui fator de risco para acidentes e violências e índices superiores a 50% dos registros de trauma físico em serviços de saúde, culminando em mortes, perdas funcionais temporárias e permanentes e em agravos que geram elevados custos sociais e econômicos.¹ O trauma físico é um evento multissistêmico, com caráter endêmico, e situa-se no campo da saúde como um dos agravos impostos pela violência aos indivíduos em seus mais variados tipos e manifestações.²

A associação drogas de abuso e violência urbana é um dos fatores causais dos traumas físicos, principalmente porque os usuários de drogas apresentam comportamentos impulsivos e de exposição a riscos que potencializam a probabilidade de sofrer ou testemunhar eventos traumáticos.³⁻⁴ É importante conhecer as circunstâncias em que ocorrem os traumas físicos associados às drogas de abuso, e os fatores relacionados a este evento - o contexto familiar, o ambiente do uso de drogas e o círculo de convivência da vítima, pois possibilita identificar e quebrar a

teia que determina a aproximação com a droga, o abuso, a violência e a gravidade do evento.⁵⁻⁶

Usuários de drogas de abuso normalmente acessam serviços de saúde apenas quando apresentam complicações relacionadas ao consumo compulsivo, comprometimento clínico devido ao uso crônico ou em situações de violência e trauma físico. O uso dessas ocorrências como instrumentos ou eventos sentinela⁷ para o monitoramento das repercussões do envolvimento com drogas de abuso na saúde da população é coerente com os princípios da vigilância em saúde, pois proporciona medir a trajetória do usuário e sua família pelos serviços de saúde e de proteção social e avaliar a qualidade da assistência.^{1,8-9}

Para o presente estudo, foi utilizado um evento sentinela desenvolvido e testado de forma acadêmica para adaptar essa metodologia à vigilância epidemiológica das repercussões do envolvimento com drogas de abuso na saúde dos usuários de drogas e suas famílias, e construir indicadores de monitoramento do fenômeno drogas de abuso na sociedade.¹⁰

Articulando internação hospitalar, trauma físico e intoxicação por drogas de abuso e entendendo a internação por trauma físico como evento violento, em indivíduos e famílias que já deveriam ter sido assistidas por políticas públicas, por meio de dispositivos de promoção a saúde e prevenção de agravos ou de tratamento e reinserção social, o autor desenvolveu a hipótese que a análise desses eventos sentinela poderia colaborar na elaboração de campanhas de prevenção do uso de drogas, com vistas a quebra da cadeia de risco e redução de consumo em espaços loco regionais.¹⁰

Comprovando a potencialidade do evento sentinela para medir a gravidade dos casos, o grupo estudado apresentou características específicas que o caracterizou como uma “população diferenciada” para avaliação das repercussões do uso de drogas na família. Eram indivíduos com longa trajetória de uso de drogas e com gravidade social evidenciada em características individuais e nos contextos de vida das famílias, como consequência de fatores de risco na dinâmica social e familiar, de políticas loco regionais de enfrentamento inadequadas e de falhas no acolhimento aos usuários e famílias nos serviços de saúde.¹⁰

Este autor¹⁰ pretende realizar a análise de custo-efetividade, para avaliação do impacto econômico da metodologia inovadora proposta, pois os resultados oferecerão subsídios à gestão e as políticas públicas de saúde na definição de estratégias técnico-operacionais da incorporação da assistência à pessoas e famílias que convivem com drogas de abuso na atenção à saúde.

No entanto, sabe-se que o consumo de drogas não ocorre de forma socialmente uniforme e está presente, principalmente, em comunidades e famílias com elevada vulnerabilidade social.¹¹ O campo de estudo sobre famílias em vulnerabilidade social tem sido bastante explorado

em pesquisas sociológicas e comportamentais, considerados famílias vulneráveis aquelas cujos indivíduos que a compõem apresentam déficits em seus recursos pessoais e de condições de vida - social ou ambiental - e o cuidado aos seus membros pode estar prejudicado.¹²⁻¹³

A forte associação entre a presença de antecedentes familiares e uma cultura de expansão do uso de drogas de abuso na família, com padrão intergeracional de agravamento das condições de vida, tem conduzido à influência do contexto social nos níveis de prevalência de consumo de drogas, utilizando-se de indicadores sociais indiretos como renda familiar, nível educacional e local de moradia. Viver em um “ambiente aditivo” afeta negativamente os descendentes e estima-se que, para cada usuário de droga de abuso, cinco ou seis pessoas da família são afetadas, possuindo um peso considerável na gênese da violência no ambiente familiar, em acidentes de trabalhos, doenças e na morte.¹¹

Neste contexto de riscos sociais, o presente estudo teve como objetivo classificar o risco social de famílias de indivíduos internados por trauma físico e usuários de drogas, investigados como eventos sentinela.

MÉTODOS

Estudo exploratório-descritivo, em casos considerados “típicos” para o evento sentinela em estudo, utilizando o referencial metodológico de investigação epidemiológica de evento sentinela.⁷

Foi considerado como população em estudo indivíduos que atendiam a um conjunto específico de critérios do agravo sentinela sob investigação - trauma físico e uso de drogas de abuso-, detectados por quadro clínico compatível/sinais e sintomas sugestivos ou testes laboratoriais confirmativos.

O descritor da captura dos eventos sentinela foi a *internação hospitalar por diagnóstico de trauma físico associado à intoxicação por drogas de abuso*, em indivíduos com vínculo familiar e residência em Maringá-PR, independente de sexo e idade, atendidos no Hospital Universitário Regional de Maringá, no período de abril a setembro de 2014 e acessados a partir da notificação do evento sentinela no centro de assistência toxicológica de referência para a região Noroeste do Paraná. Foram entrevistados 30 familiares dos eventos sentinela, considerados informantes-chave da família, seguindo os parâmetros para a investigação epidemiológica do evento - análise documental, entrevista familiar, e avaliação dos casos.^{7,9}

Os instrumentos de coleta de dados foram um roteiro para entrevista semiestruturada, com questões para caracterização sociodemográfica e econômica do entrevistado e de sua família, e a Escala do Risco Familiar.¹⁴

A Escala de Risco Familiar de Coelho - ERF/CS é um instrumento com informações sentinelas para avaliação das situações de risco a que as famílias possam estar expostas

no cotidiano e a vulnerabilidade social, e é utilizada por equipes da Atenção Primária à Saúde no Brasil. É uma ferramenta de avaliação e acompanhamento da realidade social e econômica no contexto de vida de cada família, reconhecendo as reais necessidades de saúde e, desta forma, oferece subsídios para realizar a prevenção, promoção e planejamento da saúde, conforme os riscos apresentados.¹⁴

A utilização das sentinelas de risco da ERF/CS justifica-se pelas características presentes no seio familiar e são classificadas de acordo com os critérios de riscos identificados. Estão relacionadas à relevância epidemiológica - menor de seis meses, maior de 70 anos, hipertensão arterial sistêmica, *diabetes mellitus*, à relevância sanitária - baixas condições de saneamento, e o impacto na dinâmica familiar - acamado, deficiências física e mental, desnutrição grave, drogadição, desemprego, analfabetismo e relação morador/cômodo.¹⁴

Dentre as situações de risco, as que recebem a maior pontuação são as famílias com pessoas acamadas ou com deficiência física, baixas condições de saneamento básico, casos de desnutrição grave ou que apresentam situação morador/cômodo maior que um. Situações de risco com pontuação igual a dois são casos de drogadição, desemprego e relação morador/cômodo igual a um. O analfabetismo, idade menor de seis meses ou maior que 70 anos, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus têm valor de um ponto cada. Depois de estabelecida a pontuação para cada situação de risco existente para cada família, esses valores são somados. As famílias que recebem escore final menor que 5, são classificadas Sem risco, de 5 a 6 como Risco menor, de 7 a 8 Risco médio e 9 ou mais, como de Risco máximo.¹⁵

As entrevistas foram realizadas individualmente, por meio de visita domiciliar, e tiveram duração aproximada de 50 minutos. A máscara do roteiro e os dados foram compilados em planilha eletrônica no *Software* Microsoft Office Excel 10.0e analisados por meio de estatística descritiva simples (medidas de localização central e de dispersão) e descrição dos escores da Escala de Risco Familiar.

Todos os aspectos éticos envolvidos na pesquisa foram cumpridos rigorosamente. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá, CAAE 06218713.0.0000.0104/2013.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A maioria dos traumas físicos que resultaram na captura dos eventos sentinela aconteceram em ambiente externo (73,4%), principalmente acidentes de trânsito, quedas e agressão física, e 26 vítimas (83,3%) sofreram traumas anteriores ao evento sentinela investigado.

A idade dos eventos sentinela variou entre 13 e 65 anos, com média de 40,1 anos. A maioria era do sexo masculino (29 - 96,7%), raça/cor branca autodeclarada (20 - 66,7%) e

solteiros (23 - 76,7%). Em relação a escolaridade e ocupação, 10 (33,3%) tinham menos que quatro anos estudados e metade estavam desempregados.

O álcool foi a droga referida pela maioria dos eventos sentinela à internação hospitalar, confirmada por critérios clínicos ou laboratoriais (28 - 93,3%), mas 13 deles faziam uso associado de várias drogas, e metade fazia uso diário da droga de abuso e realizavam manobras ilícitas para aquisição da droga - sete mendigavam dinheiro na rua e dois “trabalhavam em troca de droga”.

O tempo de uso das drogas de abuso pelos eventos sentinela variou de um a 56 anos, com média de 20,8 anos, mas em nove casos a família teve o conhecimento do uso de drogas após 10 anos ou mais. A abstinência por mais de cinco anos foi registrada em apenas três casos, e a maioria dos familiares (17 - 56,7) relatou que o usuário apresentava comportamento agressivo, levando à violência doméstica e social; 12 deles (40,0%) haviam vivenciado algum tipo de violência na infância e em 16 famílias (53,3%) foi informado comportamento aditivo familiar, sendo 13 pais usuários.

A renda per capita das famílias média representava aproximadamente um salário mínimo vigentes no ano de 2014 (R\$ 689±652,06) com variação de quatro salários mínimos e inferior a um salário mínimo. A maioria das famílias (59,9%) apresentava até duas pessoas com renda individual e em três delas a renda era proveniente unicamente de aposentadoria de um de seus membros. O acesso da família a serviços de saúde e de proteção social era na maioria a rede de atenção do SUS, e relataram que em algum momento da vida recorreram à rede pública de apoio social e a instituições filantrópicas que prestam serviço de ajuda para tratamento do uso de drogas.

A maioria dos familiares entrevistados eram mulheres (26 - 86,7%), principalmente mães do usuário de droga (14 - 46,7%), e sete delas se encontravam em situação de “chefe da família”. Metade era casada e a escolaridade média era de 7,5 ± 4,8 anos. A maioria (16 - 53,3%) autorreferiu alguma doença ou problema de saúde - hipertensão arterial sistêmica grave, depressão e *diabetes mellitus*.

Sintetizando a classificação do risco social familiar, o escore variou de dois a 11 pontos, com média 6,1 e moda 6. A pontuação dos escores evidenciou 11 (36,7%) famílias classificadas com ausência de risco social, apesar de serem apontadas diversas sentinelas de risco com menor pontuação. Das 19 famílias identificadas com algum nível de risco social, sete (23,3%) foram categorizadas em Risco social menor, três (10%) como Risco médio e nove (30%) como Risco máximo. (**Quadro 1**)

As sentinelas de risco encontradas com maior frequência foram a hipertensão arterial sistêmica, diagnosticada em pelo menos um membro de 16 famílias, o desemprego de pelo menos um familiar, encontrado em 14 famílias, e baixas condições de saneamento domiciliar e peridomiciliar, analfabetismo e *diabetes mellitus*, presente em nove famílias. Não foram encontradas apenas três sentinelas

de risco: membros da família com deficiência física, com desnutrição grave e com idade inferior a seis meses.

Risco familiar	N (%)	Sentinela de risco social
R0 - Sem risco	11 (36,7)	Desemprego, analfabetismo, hipertensão arterial, relação morador/cômodo igual a um.
R1 - Risco menor	7 (23,3)	Acamado, baixas condições de saneamento, analfabetismo, maior que 70 anos, hipertensão arterial, diabetes mellitus.
R2 - Risco médio	3 (10)	Deficiência mental, baixas condições de saneamento, desemprego, analfabetismo, maior que 70 anos, diabetes mellitus.
R3 - Risco máximo	9 (30)	Deficiência mental, baixas condições de saneamento, desemprego, analfabetismo, maior que 70 anos, hipertensão arterial, diabetes mellitus, relação morador/cômodo igual ou maior que um.

Figura 1 – Risco social familiar dos eventos sentinelas de acordo com as sentinelas de risco social. Maringá/PR, 2014

Fonte: Dados da pesquisa, 2014

Relacionando características individuais dos eventos sentinelas com o escore de risco social familiar, a média de idade dos usuários de drogas foi maior nos eventos sentinelas em que as famílias foram classificadas como Risco social menor (44,7 anos) seguida daquelas com Risco social máximo (40,7 anos) e o tempo de uso nocivo de drogas foi maior nos eventos sentinelas cujas famílias apresentaram Risco menor (29 anos) e de Risco máximo (22,8 anos). Independente do escore de risco social familiar, a ocupação mais citada para os eventos sentinelas foi trabalhador da construção civil e o desemprego foi citado em todos os níveis.

Embora todos os eventos sentinelas usassem bebida alcoólica, seis pertencentes as famílias com Risco social máximo e um daquelas com Risco social médio praticavam poliuso de drogas, índices maiores que encontrados nas famílias de Risco menor e Sem risco social. Quatro famílias com Risco social máximo relataram comportamento aditivo no meio familiar, sete a hipertensão arterial em pelo menos um membro e em seis analfabetismo e desemprego de pelo menos um familiar.

Entre as sete famílias de menor Risco social, cinco relataram comportamento aditivo familiar e naquelas três famílias com Risco social médio, foi informado comportamento aditivo familiar em duas delas.

O tema tratado nesse artigo tem como centralidade a influência do uso de drogas para os riscos sociais de famílias. O II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas estimou que, aproximadamente, 5,7% da população brasileira é dependente de álcool e/ou maconha e/ou cocaína em domicílios compostos em média por quatro pessoas, com mais de oito milhões de pessoas usuárias de drogas e 30 milhões de pessoas convivendo com um dependente químico.⁸

A classificação de famílias por aspectos de sua vida social articula-se à proposta de vigilância à saúde, que tem

como princípio o fato de que diferentes grupos populacionais estão expostos em graus variados a condicionantes do processo saúde-doença, o que demanda assistência à saúde direcionada às suas especificidades. A tentativa de compreender, a partir de uma família, circunstâncias de sua vida e identificar vulnerabilidades e situações de risco, está ancorada na concepção socioassistencial do Sistema Único de Saúde e da Política Nacional de Assistência Social.⁶

O Brasil apresenta maior número de usuários de drogas, principalmente para as drogas ilícitas, na faixa etária de 18 a 34 anos.⁸ No presente estudo, a faixa etária dos indivíduos investigados apresentou divergência em relação ao padrão etário nacional, possivelmente relacionada ao tempo longo de uso da(s) droga(s), que também não confere com a média estabelecida em inquéritos de base populacional, que é de 13 anos.^{8,16}

Considerando que o risco social individual representa o nível de risco para um determinado indivíduo situado na circunvizinhança de uma situação,⁶ todos os eventos sentinela faziam uso nocivo de drogas, com características de pessoas no “fundo do poço” - poliuso, manobras ilícitas para acesso às drogas, comportamento agressivo e exposição repetida a eventos violentos, evidenciados em acidentes de trânsito, quedas e agressão física - e o tempo longo de uso das drogas confirmou características de pessoas com dificuldade para estabelecer vínculos - baixa escolaridade, desemprego e estado civil solteiro. A expressão “uso nocivo” pode ser entendida como um padrão de uso ou consumo de uma substância psicoativa, que pode ser prejudicial para a saúde, e cujas complicações podem ser físicas ou psíquicas.¹⁷

Destaca-se o número expressivo de eventos sentinelas trabalhadores da construção civil. A construção civil, reconhecida por sua capacidade de absorver grandes contingentes de homens trabalhadores, é caracterizada por apresentar relações trabalhistas precarizadas, grande contingente de trabalhadores informais, alta rotatividade, nocividade das condições de trabalho e muitos trabalhadores experimentam, ao longo de suas vidas, processos progressivos de desgaste e vulnerabilidade, frequentemente devido a condições relacionadas ao trabalho.¹⁸

O uso de drogas pode estar relacionado com outros fatores sociais, como o desemprego, sentinela também bastante prevalente nas famílias em risco na presente investigação. O desemprego é um importante fator de vulnerabilidade, pois a saúde de um indivíduo está relacionada aos determinantes sociais de saúde. Ademais, o desemprego pode causar insegurança, estresse e maior tendência ao alcoolismo e outras drogas que, por sua vez, podem desencadear outros agravos à saúde.²⁰

O presente estudo apontou dados de caracterização do familiar entrevistado com percentuais semelhantes ao perfil encontrado em recente inquérito domiciliar nacional. Geralmente mães, com baixa escolaridade e muitas consideradas “chefes” da família, que sofrem com o impacto negativo causado pelo uso de drogas na família.⁸ Esta situa-

ção de sobrecarga de cuidar do filho dependente em famílias monoparentais e por longo período de uso de drogas, apresenta tendência temporal ao agravamento social, com aumento de condições crônicas de saúde e necessidades maiores de utilização de serviços de saúde, auto referidas pelos entrevistados.

Considerando que a família, influencia tanto na proteção como no risco para o uso de drogas, o perfil das famílias indicou fatores de risco social que as caracteriza como famílias de camadas populares da população e com características de vulnerabilidade social, evidenciadas quanto ao tipo de família e número expressivo de famílias monoparentais, condições socioeconômicas frágeis, como o baixo nível educacional e socioeconômico do “chefe” da família, baixa renda, e número expressivo de moradores por domicílio.^{6,8}

No entanto, o tempo médio de uso das drogas de abuso e o comportamento aditivo no âmbito familiar, pareceu agravar as condições de vida dessas famílias, pois as consequências econômicas do consumo de drogas são significativas, caracterizadas pelas despesas com a aquisição de drogas, a perda de oportunidades de emprego e ocupação em empregos temporários de baixa remuneração e qualificação, atos ilícitos para garantir a sobrevivência financeira e a aquisição de drogas, e aumento da demanda e de despesas com tratamentos de saúde devido às condições crônicas, doenças infecciosas e acidentes. A consequência do consumo de drogas dificilmente permite o usuário manter-se no trabalho, levando-o a roubos praticados dentro do lar, situação de rua e prostituição, a depender da estrutura e apoio familiar.⁶

Existem riscos que só se tornam conhecidos quando os seus efeitos nocivos já afetaram diversas pessoas, por vezes com consequências irreversíveis, e as percepções dos indivíduos ou grupos sobre os riscos são diversificadas, mesmo nas situações de risco mais conhecidas. A forte associação entre antecedentes familiares de uso de drogas e o abuso de drogas na adolescência e na fase adulta da vida, com padrão intergeracional de agravamento e inclusão de outros tipos de drogas no âmbito familiar, pode proporcionar a expansão do uso nocivo de drogas na família.^{11,19} O uso do álcool por um membro da família pode estimular o outro e quanto maior o número de etilistas no domicílio, maior o risco aos impactos negativos nos familiares.

O risco social é uma forma de expressão do risco para um agrupamento de pessoas, constituído pela comunidade exposta às consequências de eventuais acidentes, portanto, essa forma de expressão do risco diz respeito a toda população potencialmente afetada, relacionando a magnitude dos possíveis efeitos físicos às pessoas e as frequências esperadas dos acidentes capazes de causar esses efeitos.⁶

A classificação do risco familiar dessas famílias, corroborando características sociodemográficas e psicossociais encontradas na investigação dos eventos sentinela, possibilitaria determinar o planejamento de atividades pelos diferentes profissionais de saúde, priorizando as famílias

Risco social máximo e Risco social médio, cujo acompanhamento deveria ocorrer em intervalos mais curtos que o de outras famílias e adequação de ações programáticas. Da mesma forma, as famílias com Risco social menor também devem ser assistidas com frequência menor que as de Risco social médio e maior que as famílias Sem risco social.¹⁴⁻¹⁵

No tocante a pontuação apresentada na escala de risco familiar, os contextos encontrados relacionam as situações vivenciadas na família a indicadores sociais desfavoráveis e, entre os achados mais contundentes para determinação da vulnerabilidade social, estão o desemprego, as baixas condições de saneamento e o analfabetismo, e a presença de indivíduos com algum tipo de patologia crônica, além do alcoolismo, como hipertensão arterial, *diabetes mellitus*, e deficiência mental de mais de um membro. Entretanto, parece existir uma combinação dos determinantes sociais de saúde representativos da transição econômica e epidemiológica – condições crônicas não transmissíveis e aspectos de condições de vida com alto potencial de risco para doenças infecto parasitárias.²⁰

A análise do risco familiar evidenciou uma população idosa (> de 70 anos), constituída em grande parte por indivíduos hipertensos e portadores de *diabetes mellitus*. Embora estes dados estejam de acordo com as mudanças do padrão demográfico na população geral do país, a presença de idosos dependentes em famílias com comportamento aditivo agrava a dinâmica familiar e sobrecarrega ainda mais os membros cuidadores.¹²

A hipertensão arterial sistêmica, sentinela mais prevalente no total de famílias, mostra que doenças crônicas não transmissíveis também atingem fortemente camadas pobres da população e grupos vulneráveis. As baixas condições de saneamento representaram uma das sentinelas mais prevalentes nas famílias investigadas e entre as famílias em risco, corroborando estudo realizado no Rio Grande do Sul-BR, que relacionou a infraestrutura sanitária deficiente a situações de maior risco ou vulnerabilidade social.²⁰

É válido destacar a importância de um sistema classificatório para a avaliação de famílias vulneráveis, visando priorização da assistência, no entanto todas as famílias devem ser assistidas, pois o significado de risco envolve a temporalidade. De acordo com a política Nacional de Atenção Básica, ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação devem ser estendidas para toda a população, de forma a manter saudáveis as famílias de baixo ou nenhum risco atual.¹⁵

CONCLUSÕES

O estudo apontou famílias com percentuais sociodemográficos semelhantes ao perfil nacional de famílias pertencentes às camadas populares, mas o tempo de uso das drogas de abuso pelos eventos sentinelas não se assemelhou ao de investigações transversais e foi maior do que a média nacional estabelecida em inquéritos de base populacional, influen-

ciando indicadores socioeconômicos e psicossociais para o grupo investigado, determinantes do risco social familiar.

A análise dos dados e a pontuação dos escores para a Escala de Risco Familiar apontou 19 famílias com algum nível de risco social - sete (23,3%) foram categorizadas como Risco menor, três (10%) como Risco médio e nove (30%) como Risco máximo - achados que sugerem que a atuação dos profissionais de saúde na prevenção, adesão ao tratamento e reinserção social necessitam ser fortalecidos, priorizando as famílias em contextos de maior risco social.

A identificação e classificação do grau de risco familiar, bem como os fatores que contribuem para tal, por meio de um instrumento de avaliação multidimensional mostrou-se ferramenta útil para o adequado planejamento e direcionamento de políticas públicas em saúde.

Nesse contexto, os resultados deste estudo possibilitam maior compreensão dos profissionais da saúde sobre o risco social das famílias atendidas, buscando contribuir para o redirecionamento do cuidado em saúde. Sugere-se que, para atender famílias em graus variáveis de risco social e com membros que partilham uso nocivo de álcool e outras drogas e por longo tempo, é necessário oferecer um cuidado com equidade, integralizado e interdisciplinar, a partir de avaliação de informações pertinentes à constituição familiar, dinâmica das relações familiares, estrutura econômica, nível de escolarização, aspectos de saúde da família.

As limitações do estudo relacionam-se ao fato que o estudo ficou limitado à realidade de um município do Nordeste do Paraná, mas entende-se que o consumo de drogas é um fenômeno complexo e não se trata aqui de reduzi-lo a uma faceta da dimensão social, mas de analisar como o consumo de álcool e outras drogas se relaciona à determinadas características sociais de famílias de uma amostra de indivíduos que foram internados por traumas físicos, e incluídos em um grupo com especificidades de eventos sentinela para avaliação repercussões do uso de drogas na família.

REFERÊNCIAS

1. Okumura Y, Shimizu S, Ishikawa KB, Matsuda S, Fushimi K, Ito H. Comparison of emergency hospital admissions for drug poisoning and major diseases: a retrospective observational study using a nationwide administrative discharge database. *BMJ Open*. [periódico na internet]. 2012 Dec [acesso em 2016 Set 6];2(6): [aproximadamente 6 p]. Available from: <http://bmjopen.bmj.com/content/2/6/e001857.full>.
2. Korcha RA, Cherpitel CJ, Witbrodt J, Borges G, Hejazi-Bazargan S, Bond JC, et al. Violence-related injury and gender: The role of alcohol and alcohol combined with illicit drugs. *Drug Alcohol Rev*. [periódico na internet]. 2014 Jan [acesso em 2016 Set 18]; 33(1):[aproximadamente 7 p.]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3893118/>.
3. Imamura JH. Epidemiologia dos traumas em países desenvolvidos e em desenvolvimento [dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2012.
4. Robben ACGM, Suárez-Orozco MM. *Cultures under Siege: collective violence and trauma*. 1ª ed. New York: Cambridge University Press; 2000.
5. Degenhardt L, Whiteford HA, Ferrari AJ, Baxter AJ, Charlson FJ, Hall WD, et al. Global burden of disease attributable to illicit drug use and dependence: findings from the Global Burden of Disease

- Study 2010. *Lancet*. 2013 Nov 9;382(9904):1564-74. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61530-5.
6. Martins AC. Risco social: terminologia adequada para a proteção social e garantia dos direitos? *Em Pauta*. 2012;29(10):85-99.
 7. Rutstein DD, Berenberg W, Chalmers TC, Child CG, Fishman AP, Perrin EB, et al. Measuring the quality of medical care: a clinical method. *N Engl J Med*. 1976 Mar 11; 294:582-8. doi: 10.1056/NEJM197603112941104
 8. Laranjeira R, Pinsky I, Sanches M, Zaleski M, Caetano R. Alcohol use patterns among Brazilian adults. *Rev Bras Psiquiatr*. 2010;32(3):231-9.
 9. Teixeira TCA, Cassiani SHB. Análise de causa raiz de acidentes por quedas e erros de medicação em hospital. *Acta Paul Enferm*. [periódico na internet]. 2014 Mar-Abr [acesso em 2016 ago. 28];27(2):[aproximadamente 7 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n2/0103-2100-ape-27-02-0100.pdf>.
 10. Santana CJ. Internação hospitalar e trauma: evento sentinela para monitoramento dos efeitos das drogas de abuso [dissertação]. Maringá (PR): Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá; 2015.
 11. Reis LM, Uchimura TT, Oliveira MLF. Perfil socioeconômico e demográfico em uma comunidade vulnerável ao uso de drogas de abuso. *Acta Paul Enferm*. 2013;26(3):276-82.
 12. Menezes AHR, Cardelli AAM, Vieira GB, Martins JT, Fernandes MV, Marrero T. Classificação do risco familiar segundo escala de Coelho e Savassi: um relato de experiência. *Cienc Cuid Saude*. 2012 Jan/Mar;11(1):190-5.
 13. Concha-Amin M, Iglesias J.R, Comim F.V. The influence of social vulnerability and illicit drug use on recidivism of young offenders. *Brazilian Journal of Public Policy*. 2013;3(1):1-11.
 14. Savassi LCM, Lage JL, Coelho FLG. Sistematização de um instrumento de estratificação de risco familiar: escala de risco familiar de Coelho-Savassi. *J Manag Prim Health Care* 2012;3(2):179-85.
 15. Souza EC, Santana CP, Cavalcante PS, Bortoletto MSS, Mathias TAF. Classificação de Famílias Segundo Situações de Risco. *Cogitare Enferm*. 2013;18(1):50-6.
 16. Bertoni N, Bastos FI, organizadores. Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: ICICT/FIOCRUZ; 2014.
 17. Marques ALM, Mângia EF. A construção dos conceitos de uso nocivo ou prejudicial e dependência de álcool: considerações para o campo de atenção e cuidado à saúde. *Rev Ter Ocup Univ*. 2010;21(1):10-4.
 18. Gavioli A, Mathias TAF, Rossi RM, Oliveira MLF. Risco relacionado ao consumo de drogas em homens trabalhadores da construção civil. *Acta Paul Enferm*. [periódico na Internet]. 2014 Jun [acesso em 2016 Set 06];27(5):[aproximadamente 8 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n5/pt_1982-0194-ape-027-005-0471.pdf.
 19. BECK, Ulrich. *World risk society*. Cambridge: Polity Press; 1999.
 20. Nakata PT, Koltermann LI, Vargas, KR, Moreira PW, Duarte ERM, Rosset-Cruz I. Classificação de risco familiar em uma Unidade de Saúde da Família. *Rev Latino-Am Enfermagem*. [periódico na Internet]. 2013 Set-Out [acesso em 2016 Set 10];21(5):[aproximadamente 07 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/pt_0104-1169-rlae-21-05-1088.pdf.

Recebido em: 19/04/2017

Revisões requeridas: Não houveram

Aprovado em: 16/05/2017

Publicado em: 15/01/2019

***Autor Correspondente:**

Camila Cristiane Formaggi Sales
Avenida Colombo, 5.790, bloco 002
Jardim Universitário, Paraná, PR, Brasil
E-mail: camila_cfs14@hotmail.com

Telefone: +55 44 3011-9431

CEP: 87.020-230