

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ATENÇÃO À SAÚDE**

RÚBIA CRISTINA DIAS CÂNDIDO

**CONHECENDO O PROCESSO QUE LEVOU AS PESSOAS USUÁRIAS DE
CRACK E OUTRAS DROGAS A VIVER NAS RUAS**

UBERABA – MG

2019

RÚBIA CRISTINA DIAS CÂNDIDO

CONHECENDO O PROCESSO QUE LEVOU AS PESSOAS USUÁRIAS DE
CRACK E OUTRAS DROGAS A VIVER NAS RUAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Linha de Pesquisa: O trabalho na saúde e na enfermagem.

Eixos temáticos: Educação em saúde e Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Lúcia Aparecida Ferreira

UBERABA – MG

2019

**Catálogo na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do
Triângulo Mineiro**

C223c Cândia, Rubia Cristina Dias
Conhecendo o processo que levou as pessoas usuárias de crack e
outras drogas a viver nas ruas / Rubia Cristina Dias Cândia. -- 2019.
77 f.

Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) -- Universidade Federal
do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2019
Orientadora: Profa. Dra. Lúcia Aparecida Ferreira

1. Usuários de drogas. 2. Pessoas em situação de rua. 3. Motivação. 4. Drogas - Abuso. I. Ferreira, Lúcia Aparecida. II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 613.83

RUBIA CRISTINA DIAS CÂNDIDO

**CONHECENDO O PROCESSO QUE LEVOU AS PESSOAS USUÁRIAS DE
CRACK E OUTRAS DROGAS A VIVER NAS RUAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Aprovada em 12 de dezembro de 2019.

Profa. Dra. Lúcia Aparecida Ferreira
Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Orientadora

Profa. Dra. Leiner Resende Rodrigues
Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Membro

Profa. Dra. Marciana Fernandes Moll
Universidade de Uberaba
Membro

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Dedico a Deus este trabalho
pelas infinitas bênçãos recebidas e
por me proporcionar força para realizá-lo.

Por me dar saúde e estar
Sempre presente em minha vida.

AGRADECIMENTOS

Eu agradeço imensamente a Deus, sempre fiel, que foi o Meu “Professor e Orientador” por excelência durante a minha caminhada nesta universidade. Sem a Tua presença e o Teu cuidado, não teria chegado até aqui. Muito obrigada, Senhor!

À minha família, em especial meus pais Solange e José, que sempre estiveram junto a mim nos momentos que mais precisei. Obrigada pelo carinho, apoio e por nunca me abandonarem.

À professora Lúcia, minha orientadora, pelo auxílio e colaboração à minha pesquisa, e, sobretudo pela paciência e amizade, e por ouvir com interesse e ânimo todas as questões, dúvidas e problemas que surgiam durante o processo de reflexão do meu estudo.

Aos docentes do Programa de pós-graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde, que colaboraram para meu aprendizado, complementando os meus pensamentos, amadurecendo-os e me fazendo crescer pessoal e profissionalmente.

Aos participantes da pesquisa, que gentilmente abrilhantaram esse estudo. Agradeço por responder as perguntas, pela confiança e companheirismo durante a entrevista.

A todos agradeço, profundamente, e dedico o resultado do trabalho.

Muito obrigada!

“Sonhos determinam o que você quer. Ação determina o que você conquista.”

Aldo Novak

RESUMO

Introdução: A população em situação de rua (PSR) enfrenta desafios diários por estar em condições de vulnerabilidade social. A maior parte dessa população faz uso de drogas, sendo essas usadas de forma individual ou coletiva. É necessário que se conheça a história de vida destes e esta nos faz refletir mais sobre o uso de drogas e a razão dos usuários decidirem a viver nas ruas. **Objetivo:** descrever o processo que levou as pessoas usuárias de *crack* e outras drogas a viver nas ruas; descrever características sociodemográficas dos usuários de *crack* e outras drogas; investigar as consequências das vivências nas ruas. **Método:** Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e com abordagem qualitativa. O estudo foi realizado em ruas dos bairros Gameleiras, Centro, São Cristovão, Abadia, Tita Rezende, no município de Uberaba – MG, onde se concentram maior parte de população em situação de rua, usuária de *crack* e outras drogas. Os dados foram coletados por meio de uma entrevista semiestruturada, com 30 indivíduos, realizado pelas pesquisadoras contendo questões referentes à vivência dos sujeitos que estão em situação de rua e interpretados seguindo a análise de conteúdo temática. **Resultados:** Da análise do conteúdo das entrevistas surgiram as seguintes categorias: Pré-vivência nas ruas; Início da vivência nas ruas, que se subdividem em: Motivação à vivência nas ruas e Motivação ao uso de drogas; Vivência nas ruas, que se subdivide em Adesão a um tratamento em saúde. Os resultados apontam que os problemas pessoais são o maior motivo para dar início à vivência nas ruas e ao uso de drogas. Muitos começam o uso de drogas por curiosidade. Para sua sobrevivência, os usuários optaram por pedir dinheiro nas ruas e iniciar um trabalho informal, onde através destes podem conseguir se sustentar. Após algum tempo de uso, mudanças físicas começam a ser percebidas, como emagrecimento e surgimento de doenças, sendo infecções sexualmente transmissíveis, doenças infecto-contagiosas e crônicas. Estes usuários possuem mudanças no padrão de comportamento, destacando estes a baixa autoestima e alguns se tornam mais agressivos. Os usuários optaram por aderir a um tratamento em saúde, seja para solucionar seus problemas de enfermidades e curá-las, ou então para manutenção de sua saúde, e aliviar sintomas que causam malefícios ao organismo. **Considerações finais:** este estudo pode contribuir com ações sociais e de saúde, de forma a estimular a interdisciplinaridade profissional, transmitir os

conhecimentos e a perspectiva do trabalho sob a lógica da redução de danos, fortalecendo a integralidade do cuidado aos usuários de álcool, *crack* e outras drogas presentes nos mais diversos territórios, com vistas à melhoria da qualidade de vida da PSR.

Palavras-chave: Motivação. Usuários de drogas. População em situação de rua.
Drogas - Abuso

ABSTRACT

Introduction: The homeless population has daily challenges because it's in social vulnerability. Most of this population uses drugs, which are used individually or collectively. It is necessary to know their life history and it make us reflect more on drug use and the reason users decide to live on the streets. **Objective:** describe the process that led users of *crack* and other drugs to live on the streets; describe sociodemographic characteristics of users of crack and other drugs; investigate the consequences of living on the streets. **Method:** This is a qualitative, descriptive and exploratory research was carried out in the streets of Gameleira, Centro, São Cristovão, Abadia and TitaRezende neighborhoods, in the city of Uberaba - MG, where most of the homeless population, users of *crack* and other drugs are living. The data were collected through a semi-structured interview with 30 people, conducted by the researchers containing questions regarding the experience of the homeless and interpreted according the thematic content analysis. **Results:** From the content analysis of the interviews the following categories emerged: Before living on the streets; Start life on the streets, which is subdivided into: Motivation to street living and Motivation to drug use; Experience in the streets, which is subdivided into Adherence to a health treatment. The results show that personal problems are the biggest reason to start living on the streets and using drugs. Many people begin drug use out of curiosity. For their survival, users have chosen to ask money for other people on the streets and start informal work where they can make money from it. After some time of use, physical changes begin to be noticed, such as weight loss and diseases, being sexually transmitted infections, infectious and chronic diseases. These users have changes in behavior pattern, highlighting their low self-esteem and some becoming more aggressive. Users chose to adhere to a health treatment, either to solve their disease problems and cure them, or to maintain their health, and relieve symptoms that cause harm to the body. **Final considerations:** This study can contribute to social and health actions in order to stimulate professional interdisciplinarity, transmit knowledge and work perspective under the logic of damage reduction, strengthening the integrality of care for users of alcohol, *crack* and other drugs present in the most diverse territories, with a view to improving the quality of life of the homeless population.

Keywords: Motivation. Drug users. Homeless population. Drug abuse.

RESUMEN

Introducción: Las personas que viven en las calles tienen desafíos diarios ya que se encuentran en condiciones de vulnerabilidad social. La mayoría de esta población usa drogas, que se usan individualmente o colectivamente. Es necesario conocer su historia de vida que nos hacen reflexionar más sobre el uso de drogas y la razón por la cual los usuarios deciden vivir en la calle. **Objetivo:** describir el proceso que llevó a las personas que usan *crack* y otras drogas a vivir en las calles; describir las características sociodemográficas de los usuarios de *crack* y otras drogas; investigar las consecuencias de vivir en las calles. **Método:** Esa es una investigación cualitativa, descriptiva y exploratoria realizada en las calles de los vecindarios Gameleira, Centro, São Cristovao, Abadia y Tita Rezende, en la ciudad de Uberaba - MG, donde encuentra la mayor parte de la población sin hogar, usuarios de *crack* y otras drogas. Los datos fueron recolectados a través de una entrevista semiestructurada con 30 individuos, realizada por los investigadores que contenían preguntas sobre la experiencia de las personas sin hogar e interpretados después del análisis de contenido temático. **Resultados:** Desde el análisis de contenido temático emergieron las categorías siguientes: Experiencia previa en las calles; Comienzo de la vida en la calle, que se subdivide en: Motivación para vivir en la calle y Motivación para el uso de drogas; Experiencia en la calle, que se subdivide en Adherencia a un tratamiento de salud. Los resultados muestran que los problemas personales son la razón más importante para comenzar a vivir en las calles y usar drogas. Muchos comienzan el consumo de drogas por curiosidad. Para su supervivencia, los usuarios han optado por pedir dinero en las calles y comenzar un trabajo informal donde pueden ganarse la vida. Después de un tiempo de uso, comienzan a notarse cambios físicos, como pérdida de peso y aparición de enfermedades, infecciones de transmisión sexual, enfermedades infecciosas y crónicas. Estos usuarios tienen cambios en los patrones de comportamiento, destacando su baja autoestima y algunos volviéndose más agresivos. Los usuarios optaron por adherirse a un tratamiento de salud, ya sea para resolver sus problemas de enfermedad y curarlos, o para mantener su salud y aliviar los síntomas que causan daño al cuerpo. **Consideraciones finales:** Este estudio puede contribuir a acciones sociales y de salud para estimular la interdisciplinariedad profesional, transmitir conocimiento y perspectiva de trabajo bajo la lógica de la

reducción de daños, fortaleciendo la integralidad de la atención a los usuarios de alcohol, *crack* y otras drogas presentes en los territorios más diversos, con miras a mejorar la calidad de vida de la población sin hogar.

Palabras clave: Motivación. Usuarios de drogas. Población sin hogar. Drogas – abuso.

LISTA DE ABREVIATURAS E DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS Ad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CnaR	Consultório na Rua
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado em Assistência Social
DAB	Departamento de Atenção Básica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ISTs	Infecções Sexualmente Transmissíveis
PSR	População em Situação de Rua
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFTM	Universidade Federal do Triângulo Mineiro

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 Referencial Teórico	23
2 OBJETIVOS	24
2.1 Objetivo Geral	24
2.2 Objetivos Específicos	24
3 MÉTODO	25
3.1 Delineamento do Estudo	25
3.2 Local do Estudo	26
3.3 População do Estudo	26
3.4 Critérios de Inclusão	26
3.5 Critério de Exclusão	26
3.6 Coleta de dados	27
3.7 Análise de Dados	27
3.8 Considerações Éticas	28
4 RESULTADOS	29
4.1 Pré vivência nas ruas	29
4.2 Início da vivência nas ruas	31
4.2.1 Motivação à vivência nas ruas	31
4.2.2 Motivação ao uso de drogas	34
4.3 Vivência nas Ruas	36
4.3.1 Adesão a um tratamento em saúde	45
5 DISCUSSÃO	46
5.1 Pré-vivência nas ruas	48
5.2 Início da Vivência nas Ruas	49
5.2.1 Motivação à Vivência nas Ruas	49
5.2.2 Motivação ao uso de drogas	51
5.3 Vivência nas Ruas	53
5.4 Modo de Sobrevivência	55
5.5 Mudanças Físicas e Comportamentais	56
5.6 Voltar a morar com a família	58
5.7 Adesão ao tratamento em saúde	60

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
REFERÊNCIAS	66
APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido	75
APÊNDICE B - Termo de consentimento livre, após esclarecimento	77
APÊNDICE C – Instrumento de coleta de dados/ Roteiro de entrevista semi- estruturado	78

1 INTRODUÇÃO

A população em situação de rua (PSR) enfrenta dia-a-dia condições de vida adversas e fica exposta a todas as formas de vulnerabilidade e escassez (BRASIL, 2013). É um grupo de pessoas que possui pobreza, vínculos familiares rompidos ou fragilizados e que vivem em condições escassas devido à falta de trabalho e moradia. Essas pessoas vivem em ruas públicas, terrenos baldios e locais insalubres. Geralmente essa população utiliza a própria rua ou albergues para pernoitar (FARIAS et al., 2014).

Macerata, Soares e Ramos (2014) concluem que a PSR é um dos grupos populacionais que menos tem acesso aos serviços de saúde. Vários fatores movimentam a dinâmica de moradia na cidade, e colocam a rua como um lugar de conversão, um depósito de pessoas que vão sendo expulsas dos lugares contidos na cidade. A rua vai sendo o lugar de tudo que não tem mais proveito até mesmo nos bairros mais distantes. Há 101.854 pessoas em situação de rua no Brasil (IPEA, 2016).

Menezes e colaboradores (2017) ressaltam que o perfil epidemiológico da PSR é destacado pela prevalência de doenças crônicas, infecciosas, como infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e alto consumo de drogas.

O consumo de *crack* se tornou um assunto de grande interesse no meio científico, como também na população em geral, e um longo caminho já se percorreu a fim de entender a relação do ser humano com o uso dessa substância psicoativa (DIAS et al., 2013).

O perfil do usuário de *crack* no Brasil ainda é caracterizado por fazer parte das camadas menos favorecidas no aspecto socioeconômico, com baixa escolaridade e, portanto, com maior vulnerabilidade para a dependência e difícil adesão aos tratamentos. Isso se torna um grave problema de saúde pública. Sendo assim, torna-se necessário ampliar a atuação dos serviços de saúde para essa parcela da população (FERTIG, SOUZA, SCHNEIDER; 2013).

Essa população vem aumentando por diversos motivos, tais como: situação de pobreza, desemprego estrutural, migração, dependência química, situação de conflitos familiares, entre outros. Essa população engloba pessoas excluídas das estruturas convencionais da sociedade, pessoas que possuem menos que o necessário para atender às necessidades básicas do ser humano, que vivem na linha

da indigência ou pobreza absoluta, que vivem em situação de pobreza extrema e sua sobrevivência encontra-se, frequentemente comprometida (SANTANA, 2014).

São apontadas associações entre o uso de drogas e empobrecimento, isolamento social, falta de moradia, situação de rua, violência doméstica, comportamentos autodestrutivos, multiparidade e comorbidades obstétricas e psiquiátricas (KUYAVA; LACERDA, 2013).

Sousa e colaboradores (2013) consideram o uso excessivo de drogas como uma doença crônica. É característica da dependência química a presença de diversos sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos.

O consumo de álcool pode conduzir a população em situação de rua a experimentar outros tipos de substâncias como as drogas ilícitas, envolvendo principalmente a maconha e o *crack* (DUPONT et al., 2013).

O uso de *crack* é realizado em grandes e pequenos municípios. Há um aumento no número de usuários dependentes e fatores possíveis relativos a este consumo, como mais casos de violência e o aumento das demandas em saúde (CHAGAS, 2014).

A abordagem ao uso de drogas, em especial ao *crack*, deve estar focada na perspectiva da redução de danos, um modelo de saúde que defende a vida, a autonomia, os direitos e o respeito às pessoas, e não na utopia de eliminação do consumo (TEIXEIRA; ENGSTROM; RIBEIRO, 2017).

Os usuários de *crack* podem apresentar um risco de dependência maior quando comparados aos usuários de outras drogas, pois como os efeitos da substância são desencadeados em um período de tempo curto e seus efeitos se apresentam fugazes, o usuário acaba tendo a necessidade de consumir droga com mais frequência para que a sua ânsia pelos efeitos do *crack* seja atendida. O indivíduo não pensa em outra coisa, a não ser saciar seu vício pela droga (DIAS et al., 2013).

O uso de álcool e drogas geram sensações prazerosas, mas as consequências podem ser diferentes, pois este uso pode levar ao vício resultando em complicações na saúde e na vida social. A busca por novas sensações desperta o desejo pelo novo e pelo proibido, o que pode conduzir os atores sociais, a experimentar o álcool e outras substâncias psicoativas, ocasionando aumento do consumo nos grandes centros urbanos (SILVA et al., 2014).

Estudo de Gabatz e colaboradores (2013) apontam que o início do uso das drogas e do *crack* está relacionado à curiosidade, influências de amigos e familiares,

e o usuário acaba gastando todo seu dinheiro para conseguir estas drogas e se envolve em crimes, o que prejudica sua saúde, colocando-a em risco.

Souza (2015) ressalta que devido ao desespero para fazer uso da substância, muitos usuários de drogas praticam roubos, furtos, sequestros e prostituição. Dessa forma, esse uso seria uma maneira de fugir de uma vida de preconceito e exclusão, para viver uma vida com prazer e bem-estar, sensações que inicialmente o uso de *crack* proporciona. Porém, essa euforia do início acaba rapidamente e logo o usuário passa a sentir os efeitos negativos do entorpecente.

Foi observado também que o *crack* é rapidamente absorvido pelo organismo e age imediatamente no sistema nervoso central. A dissipação de ISTs também é um problema grave causado pela dependência de *crack*, o que gera um aumento nos gastos públicos com saúde. O vício causado pela dependência do *crack* provoca danos físicos e psíquicos ao usuário que perde total domínio de seus atos, principalmente quando se encontra em abstinência (SOUZA, 2015).

O usuário de *crack* e outras drogas possui um déficit na capacidade de lidar com emoções negativas em situação, como a depressão, o transtorno de personalidade, as perturbações alimentares e o uso de substâncias, sendo elas o álcool e outras drogas psicoativas (SIEGLING; VESELY; SAKLOFSKE, 2013).

Os lugares de uso de *crack* podem ocupar os mais diversos espaços, podendo acontecer de forma isolada ou de forma coletiva. Esses espaços podem ser a própria residência do usuário, casa de amigos ou parentes, espaços públicos e em áreas centrais de cidades (JORGE et al., 2013).

Barbosa e colaboradores (2015) pontuam que é importante que os usuários saibam conhecer seus efeitos e consequências advindas do uso de drogas. Além dos problemas respiratórios pela inalação de partículas sólidas, os danos causados pelo *crack* podem levar à perda de apetite, falta de sono e agitação motora e a dificuldade de ingestão de alimentos pode levar à desnutrição, desidratação e gastrite. Pode se observar também rachadura nos lábios pela falta de ingestão de água, cortes e queimaduras nos dedos das mãos e, às vezes, no nariz, provocados pelo ato de quebrar e acender a pedra, além de ficar o usuário mais exposto ao risco social e de doenças.

Em relatos apontados pelos usuários sobre o uso do *crack*, cessar o uso da droga trata-se de um objetivo difícil de ser alcançado, pois fatores como o acesso fácil à droga, voltar para o mesmo lugar onde mora e o uso de álcool e outras drogas

revelam-se como obstáculos para o alcance desta meta. Muitas das vezes, o uso de drogas está associado também à criminalidade (BARBOSA et al., 2015).

Dentre razões pelas quais as pessoas buscam as ruas como locais de moradia, destacam-se a busca pela liberdade, os desajustes familiares, a dependência de álcool e drogas ilícitas, a presença de doença mental, a migração, o desemprego, a pobreza extrema e a desilusão amorosa (HINO; SANTOS; ROSA, 2018).

Selegim e Oliveira (2013) descrevem características no ambiente familiar, consideradas desfavoráveis, que contribuem para o consumo de *crack* e outras drogas: deficiência nos vínculos entre os membros familiares, principalmente dos pais que resulta em ausência de comportamentos de afeto, respeito e diálogo; regras familiares extremamente rígidas; cultura familiar implícita do consumo de álcool e outras drogas; agressão física, verbal e/ou psicológica e desconhecimento sobre consumo de *crack* e outras drogas.

Intervenções envolvendo o manejo familiar, visando à saúde de modo geral e o aumento de qualidade de vida podem trazer grandes contribuições na recuperação dos usuários de *crack* e outras drogas (NARVAEZ et al., 2015).

As políticas públicas ainda não atendem à demanda crescente dos usuários de *crack* de forma abrangente e/ou substancial. Sendo assim, deve-se focalizar também na atenção às famílias de usuários dessa substância psicoativa, considerando que não é só o indivíduo que consome que sofre, mas também a família, em especial as mães (MAGALHÃES et al., 2013).

Estes familiares encaram o adoecimento do usuário e participam do tratamento do mesmo, fazendo parte de sua história desde quando se iniciou o uso de drogas. Constrói-se uma prática centrada no diálogo entre familiares, usuário e profissionais de saúde, estabelecendo uma relação de confiança. São compartilhadas histórias sobre suas vidas, seus relacionamentos, sua relação com a “doença”, e também sobre saúde, recursos e superação (LORENZI et al., 2014).

A participação do familiar no diálogo auxilia na formação do vínculo com o usuário, havendo construção social, tendo este apoio e sustentação para deixar o vício em drogas e retornar suas atividades habituais (LORENZI et al., 2014).

A educação em saúde está inserida em todas as etapas da proposta de trabalho de equipe, considerando que esta desenvolve um cuidado diário que depende da identificação das necessidades dos moradores de rua. Esse cuidado, porém, é estabelecido com base em uma relação de respeito, que entende a educação em

saúde como uma ferramenta para proporcionar o exercício de cidadania dos moradores de rua (SILVA; FRAZÃO; LINHARES, 2014).

A população em situação de rua não necessita somente de atendimento e atenção na abordagem quanto ao uso de *crack*, álcool e outras drogas. Necessitam também de cuidados amplos em saúde devido aos agravos decorrentes desta situação (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014).

O Sistema Único de Saúde (SUS) traz como uma de suas diretrizes a integralidade, que amplia as ações e serviços de saúde, promovendo integração de ações preventivas e curativas para seus usuários. Propõe-se a construção de uma atenção à saúde integralizada, incentivando a participação de todos os envolvidos (LORENZI et al., 2014).

O sistema de saúde brasileiro, focando no nível de Atenção Primária à Saúde (APS), tem privilegiado o processo de trabalho na produção do cuidado, na capacitação e valorização do trabalho em equipe, sempre enfatizando um olhar integral às questões de saúde/doença (BRASIL, 2006).

Atualmente, a maioria das equipes que atende a população em situação de rua faz parte do Departamento da Atenção Básica (DAB), do Ministério da Saúde, conhecido como um programa denominado Consultório na Rua (CnaR), e são responsáveis pela atenção no nível primário de atenção à saúde dessas pessoas (SANTANA, 2014).

Os problemas de saúde demandados pela população em situação de rua têm origem em situações complexas. Todas as variáveis envolvidas no uso e tráfico de drogas, a dificuldade de prevenção de certas doenças transmissíveis (como ISTs, dengue, leptospirose, tuberculose, dermatoses), agravos em saúde mental e a ruptura de vínculos com a família são exemplos de que a equipe deve buscar envolver outros profissionais para conseguir realizar atenção integral à saúde dessas pessoas.

Quanto ao acesso à saúde ao usuário em situação de rua vale ressaltar que esse grupo social normalmente aceita o serviço de saúde em situações emergenciais, não reconhecendo sua enfermidade até que o sintoma paralise suas atividades diárias. Assim, ele deve ser acolhido para que consiga alguma orientação, encaminhamento e acompanhamento para a resolução de seu problema.

Quando se trata de população em situação de rua, a abordagem e o acolhimento são de fundamental importância para a produção do cuidado, tendo em vista que essa população é historicamente marcada por um processo de exclusão dos

serviços de saúde, onde a sua presença se traduz em forte incômodo tanto para os profissionais de saúde quanto para os demais usuários, ficando quase sempre renegado o seu direito à atenção integral à saúde e, quando muito, apenas é atendido nas emergências.

O diálogo oferece uma postura de interação e posicionamento que concede aberturas e aproximações entre profissional de saúde e usuário, favorecendo um melhor atendimento para o mesmo, o que pode ser observado através de um construcionismo social (LORENZI et al., 2014).

O profissional de saúde propõe-se a receber as pessoas, de modo que elas possam se descontraírem, estabelecer confiança e participar em um contexto que propicie segurança. Cria-se um vínculo entre usuários e profissionais, que compartilham experiências através de um bom acolhimento (LORENZI et al., 2014).

A formação de profissionais de saúde preparados para atuar de forma mais integral e interativa torna-se fundamental para lidar com uma diversidade de demandas e desejos, na construção de um caminho mais coletivo e participação em saúde (FORTUNA et al., 2011).

Assim, nos serviços de saúde, a ideia de assistência ainda não está totalmente focada em atendimento digno e com humanização. O acolhimento, o acesso e o vínculo, enquanto prática precisam fazer parte das ações em saúde na perspectiva de enxergar o sujeito de direito com vistas a garantir os princípios de universalidade, integralidade e equidade no acesso.

Algumas posturas podem gerar uma relação mais horizontalizada, próxima e produtiva entre trabalhador de saúde/usuário, promovendo ações mais interativas e responsáveis, reconhecendo a importância do outro (LORENZI et al., 2014).

Espera-se que haja recursos para ações em saúde com práticas que sejam abertas à participação dos usuários, que promovam o diálogo entre as necessidades em saúde da comunidade local e as verdades científicas sobre o ser saudável, promovendo assim o aprendizado mútuo entre profissional e usuário (LORENZI et al., 2014).

1.1 Referencial Teórico

O presente estudo tem como referencial teórico o construcionismo social, este pode ser entendido como uma forma de produzir conhecimento, a partir das práticas discursivas. Para transformar seu discurso inclusivo, participativo e integral em ações concretas, pode-se contribuir com a construção de um modelo de atenção focado no cuidado à pessoa (LORENZI et al., 2014).

O construcionismo social é uma perspectiva que se opõe às vertentes de representação e ajuda a delinear novas formas de investigação a partir de um ponto de vista da linguagem. Para o construcionismo social a linguagem é uma forma de expressão e ação no mundo (LOPES, 2019).

Provavelmente, essa forma, esse princípio básico do construcionismo, é o mais característico: uma constante problematização das ideias e dos conceitos, inclusive daqueles que quase não podemos imaginar distantes de como nos foram ensinados. (IÑIGUEZ, 2002, p. 128).

Na perspectiva do construcionismo social o conhecimento é algo que é construído de acordo com as práticas sociais e não por algo que é apreendido do mundo. Dessa forma, como se constrói o mundo, constrói também o conhecimento (SPINK, 2014).

A pesquisa construcionista social ocupa-se, principalmente de explicar os processos pelos quais as pessoas descrevem, explicam, ou de alguma forma dão conta do mundo em que vivem. Defende que os próprios termos usados para entender e explicar o mundo são artefatos sociais, são construções sociais históricas, o que indica que o processo de compreensão do mundo se dá como um resultante da interação humana (GERGEN, 2009, p. 301).

Esse modo de compreender o mundo e fazer pesquisa é importante para refletir, pois busca entender os fenômenos no interior do ser humano, ou de seu comportamento que se observa perante as relações sociais. O construcionismo social compreende que não há verdade objetiva, mas conhecimentos construídos de forma histórica e social (LOPES, 2019).

A pesquisa, neste campo visa refletir quanto aos efeitos das escolhas e ações produzidas e realizadas pelo indivíduo que está sendo observado, e não como um mero observador que intenciona revelar a realidade. O pesquisador é subjetivo e assim, fundamenta-se como um elemento que também faz parte da pesquisa. O construcionismo social associa objetividade e intersubjetividade sendo estes como processos complexos interligados (BATISTA; BERNARDES; MENEGON, 2014).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Descrever o processo que levou as pessoas usuárias de *crack* e outras drogas a viver nas ruas.

2.2 Objetivos Específicos

Descrever características sociodemográficas dos usuários de *crack* e outras drogas;

Investigar as consequências das vivências nas ruas;

3 MÉTODO

3.1 Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa.

Para Minayo (2014), uma abordagem qualitativa aprofunda e abrange uma compreensão de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação, se preocupando menos com a generalização e não possuindo caráter numérico. Além disso, faz a análise das expressões humanas presentes nas relações, nos sujeitos e nas representações. Privilegia o tipo de investigação incluindo o pesquisador presente na cena e sua relação de intersubjetividade com os grupos sociais, do ponto de vista ético. Valoriza-se a compreensão dos processos, e não só dos resultados (MINAYO; GUERRIERO, 2014).

Quanto à questão da generalização, ainda que o foco dos estudos qualitativos seja o universo microssocial e o aprofundamento dos fenômenos humanos, eles trazem uma contribuição de caráter universal para a ciência (MINAYO, 2017, p. 16).

A abordagem qualitativa baseia-se na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e definida por seus próprios autores (POLIT; HUNGLER, 2004).

Alguns estudos utilizam estratégias de investigação qualitativa para descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções a respeito da situação, fenômeno ou episódio em questão. Metodologicamente, evidenciam ligações causais entre intervenções e situações de vida real (MINAYO, 2014).

Os estudos descritivos são capazes de ajustar-se no decorrer de sua realização mediante o entendimento do todo, do envolvimento profundo do pesquisador com o campo, e a valorização da subjetividade (POLIT; HUNGLER, 2004).

Pesquisas exploratórias são utilizadas quando se pretende conseguir dados sobre a natureza de um problema. Esse tipo de pesquisa é utilizado quando não há informações o suficiente para que seja possível construir uma pesquisa descritiva ou experimental, ou quando o interesse do projeto é justamente obter informações que explorem em profundidade a ocorrência de algum fenômeno (MALHOTRA, 2006).

3.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado em ruas dos bairros Gameleiras, Centro, São Cristovão, Abadia, Tita Rezende, no município de Uberaba – MG, onde se concentram maior parte de população em situação de rua, usuária de *crack* e outras drogas. O município está situado na região do Triângulo Mineiro e conta com 333 783 habitantes, segundo o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) (2019).

3.3 População do Estudo

A pesquisa contou com a participação de 30 pessoas, que contemplaram os critérios de inclusão, que se prontificaram a participar da pesquisa, sem obrigatoriedade de participação. Estas pessoas são residentes nas ruas do município de Uberaba – MG.

Para preservar a privacidade dos sujeitos do estudo, serão utilizados pseudônimos com a letra “P”, acompanhada de um algarismo, o qual corresponderá o número do participante, na sequência das entrevistas. Este método será adotado para representação das falas dos sujeitos.

3.4 Critérios de Inclusão

- a) Ser usuário de *crack*, álcool e outras drogas;
- b) Estar em situação de rua há mais de seis meses;
- c) Possuir idade maior que 18 (dezoito anos).

3.5 Critério de Exclusão

- a) Estar sob efeito do uso da droga que o impeça de responder a entrevista.

3.6 Coleta de dados

Os dados foram coletados no mês de agosto de 2019 por meio de uma entrevista semiestruturada, realizado pelas pesquisadoras contendo questões referentes à vivência dos sujeitos que estão em situação de rua. A entrevista foi gravada e aplicada a todos os indivíduos que se enquadraram no critério de inclusão do estudo, juntamente com a equipe do Programa Consultório na Rua, no momento de trabalho da equipe.

Foi realizada com uma pesquisadora e um participante em uma rua onde não havia nenhum outro indivíduo, a fim de que pudesse manter privacidade e sigilo durante a entrevista.

Tratando-se de uma pesquisa cujos participantes estão em condição de vulnerabilidade social, e cuja entrevista foi norteadas por algumas questões potencialmente causadoras de desconforto emocional, o pesquisador acionaria um membro da equipe Consultório na Rua, já que este possui vínculo com a equipe para auxiliar e oferecer apoio e acolhimento de acordo com a necessidade do participante, caso haja algum desconforto durante a entrevista. A entrevista foi elaborada ou fundamentada tendo como referência o construcionismo social.

Foram submetidos às entrevistas dois participantes por dia, em diferentes locais, não ultrapassando vinte minutos de entrevista, pois os usuários, por estar muito tempo respondendo as questões poderiam desistir da entrevista, devido sua abstinência ao uso de drogas.

Cada participante do estudo foi orientado sobre os objetivos do mesmo, que seria mantida sua privacidade e que poderiam desistir da entrevista, sem prejuízo algum.

Todos os participantes da pesquisa tiveram consentimento de sua participação, mediante assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), entregue aos mesmos pelos pesquisadores.

3.7 Análise de Dados

As entrevistas foram transcritas para posterior análise dos depoimentos, que consiste em três etapas: pré-análise, em que foram selecionados os documentos a

serem explorados; a exploração do material, em que este é codificado e o investigador busca as categorias a partir da redução do texto às palavras e expressões significativas. Por meio desta, foram destacados os núcleos de sentido que compuseram a comunicação cuja presença ou frequência teve algum significado para o objetivo analítico visado. Do tratamento dos resultados obtidos, obteve a terceira etapa, a interpretação e delimitação dos dados, destacando-se as dimensões teóricas sugeridas pela leitura do material (MINAYO, 2014).

Para melhor compreensão dos dados das entrevistas dos usuários de drogas, utilizou-se o referencial teórico de Lorenzi et al., (2014); Carvalho, Oliveira e Martins, (2014); Bastos e Bertoni (2014), que diz respeito ao construcionismo social. Esse referencial teórico auxiliou as pesquisadoras no conhecimento do motivo que levou as pessoas usuárias de drogas a viver nas ruas. De acordo com as opiniões dos autores no que diz respeito a construcionismo social, o estudo não possui objetivo de desvelar verdades absolutas, nem de descobrir o certo ou errado, mas sim de compreender fenômenos encontrados na pesquisa, incluso nas práticas e vivências de pessoas que se encontram em situação de rua.

3.8 Considerações Éticas

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos (CEP) da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), sob o parecer número 3 461 621 como preconiza a Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. Os sujeitos foram convidados a participar após informações sobre a natureza e objetivos da pesquisa. Garantiu-se a preservação da identidade dos participantes bem como a confidencialidade das informações obtidas. A transcrição das falas da entrevista será guardada por cinco anos pelos pesquisadores responsáveis e após esse período será destruída. O presente projeto pauta-se, assim, nas determinações da Resolução 466/12 que regulamenta a pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012).

4 RESULTADOS

No que se refere ao perfil sociodemográfico, participaram deste estudo 30 indivíduos que fazem uso de *crack* e outras drogas e que estão em situação de rua no município de Uberaba - MG nos bairros Gameleiras, São Cristovão, Abadia, Centro e Tita Rezende.

Dentre os 30 participantes, 7 são do sexo feminino, que representa 23,33% da amostra e 23 são do sexo masculino, representados por 76,66% da amostra.

Sobre a idade dos participantes, estas variam de 19 a 57 anos de idade, sendo o sexo masculino na faixa etária de 19 a 57 anos, e o sexo feminino na faixa etária de 19 a 45 anos.

Em relação ao estado civil, 5 participantes relataram serem separados, 1 casado e 24 solteiros.

Em relação à profissão antes de viver nas ruas, 9 participantes relataram que eram auxiliares de serviços gerais, 4 relataram nunca ter trabalhado, 3 cozinheiros, 1 operador de máquinas, 1 caldeireiro, 1 motorista e cowboy, 1 técnico de hortifrutti, 1 gesseiro, 1 trabalhador rural, 1 coordenador, 1 artesão, 1 lavrador, 1 aposentado, 1 borracheiro, 1 manicure, 1 servente e 1 maqueiro.

Sobre o grau de escolaridade, 12 participantes possuem ensino fundamental incompleto, 8 participantes possuem ensino fundamental completo, 9 possuem ensino médio completo e 1 participante relatou que concluiu o ensino superior, porém sem especialização.

A partir da análise dos dados das entrevistas por meio da análise de conteúdo temática nas fases de pré-análise, exploração do material, tratamento e interpretação dos resultados obtidos, emergiram três categorias a fim de dar sequência à história de vida dos indivíduos: Pré-vivência nas ruas; Início da vivência nas ruas; Vivência nas ruas. Tais categorias serão apresentadas a seguir.

4.1 Pré vivência nas ruas

Esta categoria diz respeito à trajetória de vida dos indivíduos em situação de rua antes de viver nas ruas.

A rotina de vida de alguns participantes é notada como mais estável antes de viver nas ruas, sendo estes na maioria empregados, com vínculos familiares que ainda não se romperam, possuíam uma vida com lazer, com mais tranquilidade e estabilidade, e sem estar em contato com as drogas, o que pode ser retratado mediante as falas:

“A minha rotina era trabalhar. Sempre fui de casa, entendeu? Eu trabalhava, ficava em casa no final de semana, participava de grupos da igreja, a gente tinha grupo de jovens, sabe? Da igreja católica, e eu era participante... eu já trabalhei em vários tipos de serviço, eu já trabalhei de ajudante de padeiro, já trabalhei em obra, auxiliar de pedreiro, já trabalhei em almoxarifado, como auxiliar também...” (P2)

“Eu trabalhava, ia pras fazendas, trabalhava em obra também, eu fui casado 11 anos, tinha minha casinha montada e tudo.” (P5)

“Era maravilhosa. Eu trabalhava em restaurante, tinha minha quitinete alugada, minha TV de plasma, meu sofá...” (P6)

“Era boa, trabalhava com carteira assinada em firma de montagem industrial, eu trabalhava na Petrobras, Vale do Rio Doce, tinha casa, tinha tudo. A firma me dava alojamento, me dava tudo.” (P7)

“Saía de manhã, ia na roça, olhava tudo, depois eu ia no rodeio, porque agora estou aposentando do rodeio, porque estou velho. Nunca usei drogas, eu sou cowboy, só se sei tratar as pessoas bem, eu levantava às 4h, tirava leite, voltava pra casa, tomava wisque, daí eu ia pra um serviço que é meu... tinha uma caminhonete. A minha herança maior são minhas filhas, esposa e netos. Por isso eu sei que errei com ela, minha filha sabe que trai minha esposa. Eu engravidei uma moça por traição. Hoje eu tenho vergonha de ficar em minha casa. Eu não queria estar nessa vida de alcoolismo.” (P9)

“Trabalhava, estudava, prestava concurso e nas horas vagas eu participava de reunião, palestras, (...)” (P12)

“A minha rotina era trabalhar, beber em final de semana, ficar tranquilo com uma ex mulher, meus filhos consegui criar. Trabalhava na roça com minha mãe e irmãs.” (P14)

“Não me lembro bem, mas eu morava com minha mãe e avó e vivia bem, estudava muito.” (P15)

“Eu trabalhava, viajava de avião, ia pra fora do país, eu era agente administrativo.” (P16)

“Eu estudava, trabalhava de servente de pedreiro.” (P18)

“Eu trabalhava e estudava.” (P19)

“Eu trabalhava, tinha família, mulher, filhos.” (P20)

“Estudava, trabalhava, tinha um bom relacionamento com minha família. Criava bem minhas filhas, dava de tudo pra elas.” (P23)

“Trabalhava e morava com minha mãe e padrasto.” (P25)

4.2 Início da vivência nas ruas

Nesta categoria, encontram-se fatores que motivam o indivíduo a iniciar a vivência nas ruas e fatores que motivam o indivíduo a usar drogas. Tais fatores estão representados por: motivação à vivência nas ruas e motivação ao uso de drogas.

4.2.1 Motivação à vivência nas ruas

Percebe-se que o desemprego é um fator que propicia o indivíduo a viver nas ruas. Este indivíduo não tem condições financeiras necessárias para conseguir se sustentar, e não obtém sucesso na procura de emprego. O mercado de trabalho se torna mais escasso, não abrindo oportunidades para estes indivíduos. Sendo assim estes vão para as ruas, e lá iniciam uma nova vida:

“Começou mesmo porque eu estava desempregado há muito tempo. E juntando já com os vícios que estavam começando... aí foi de onde desencadeou.” (P2)

“Por eu não ter trabalho e nem condição financeira para me sustentar eu comecei a viver nas ruas.” (P8)

Outro fator que motiva os indivíduos a viver nas ruas são conflitos familiares, e são através de brigas, discussões que estes procuram viver mais afastados da família. Percebe-se então o rompimento de vínculos familiares. Nota-se através das falas que os indivíduos por estar em conflitos com a família, preferem sair de suas casas, para não piorar a situação, iniciando-se assim uma vida nas ruas:

“Porque gosto, e me sinto bem. Não dou certo com meu padrasto, nosso relacionamento não é bom. Ele deixa minha mãe sozinha em casa para ir atrás de álcool, eu não gosto de presenciar isso.” (P3)

“Até então, pra te falar a verdade, eu estava cuidando de uma ex amiga minha lá em Pedrinópolis, aí eu não era muito bem tratada de estar cuidando dela, aí falei: Cansei... a família dela me maltratava, minha família também me maltratava, aí vim pra Uberaba, e foi onde eu conheci minha companheira e foi onde eu não quero voltar pra lugar nenhum mais.” (P4)

“Separação conjugal. Quando eu era casado no papel a gente morava junto, mas depois...” (P12)

“Devido a conflitos familiares.” (P13)

“Incompatibilidade com o pessoal lá de casa. Depois que meu casamento acabou, não funcionou nada em minha vida.” (P16)

Nota-se que o próprio uso de drogas pode também fazer com que as pessoas comecem a viver nas ruas, pois assim comprovamos através das falas que o vício em drogas impede o usuário a viver com sua família, esta não aceitando o indivíduo em sua casa, gerando rompimento de vínculos e abrindo caminhos para que o usuário procure outro local para viver:

“Devido ao uso de drogas; problemas familiares, porque quando eu uso droga, minha mãe não gosta e como o vício fala mais alto, fico nas ruas pra ela não me ver usar.” (P10)

“Devido ao conhecimento de maconha e cocaína com 12 anos, depois começou o vício e minha vida começou a desandar. Tento guardar dinheiro, mas ele vai sempre pra comprar a droga.” (P11)

“Porque minha família não me aceita, devido eu usar drogas.” (P15)

“Dificuldade de encarar os problemas, fraqueza, devido às drogas também. Se eu não estivesse usando drogas, eu não estaria morando nas ruas.” (P17)

“Pois faço uso de drogas e minha família não me aceita, eu estava roubando dentro de casa para vender e fazer uso, por isso estou na rua.” (P18)

“Devido a droga e bebida. Minha mãe mora com minha irmã e minha irmã não gosta de mim, porque sou drogado. Por isso eu não quero ir pra casa.” (P20)

“Porque minha família não me aceita fazendo uso de drogas.” (P21)

Observa-se que a depressão também influencia o indivíduo a viver nas ruas. A dificuldade para encarar problemas, a perda de familiares faz com que o indivíduo busque nas ruas um novo local para se instalar e assim inicia um novo ciclo em sua vida:

“Por causa do álcool mesmo, depressão devido a mortes, eu já perdi sobrinho que morreu nos meus braços, filha. Perdi dois sobrinhos em um ano, depois eu perdi uma filha. Dentro de 4 anos eu perdi uma filha e dois sobrinhos. Isso causou uma grande depressão em mim. Eu já bebia, daí fiquei mais depressivo.” (P5)

“Foi essa doença minha que saí, eu saí da empresa, estava sem dinheiro e minha família não me aceitou em casa, eles me aceitam somente quando tenho dinheiro, entendeu? Então quando você não tem dinheiro vai fazer o que lá? Então não adianta ir pra lá. Eu fiquei depressivo, queria que minha família me aceitasse. Se eu fosse pra casa da minha madrasta, ela é gente boa, mas ela fica muito preocupada comigo, essas coisas, daí pra não ficar desse jeito eu prefiro ficar aqui mesmo.” (P7)

“Devido a uma depressão porque trai minha esposa, e me sinto mal por viver perto delas por causa disso.” (P9)

“Porque não tenho mãe, pai, daí fico com depressão e não quero resolver problemas, nem nada...” (P19)

“Porque meu pai morreu há um tempo atrás, daí fiquei depressivo e minha mãe não me aceita usando drogas dentro de casa.” (P22)

“Eu tinha empregos, mas não me fixava em nenhum deles, eu era muito rebelde, não aceitava que ninguém mandasse em mim. Daí estava ganhando pouco, queria ganhar mais dinheiro. Fiquei depressiva por não ter tudo o que queria. Comecei a acompanhar amigos que moravam nas ruas e comecei a viver lá também.” (P23)

4.2.2 Motivação ao uso de drogas

Nota-se através das falas que os usuários começaram sua vida nas ruas, e estiveram expostos a várias formas de vulnerabilidade. A curiosidade, vontade de saber o que realmente é usar drogas fez com que os mesmos experimentassem as drogas, e ainda fazem uso até o momento:

“Eu bebia muito antes, daí quando fui morar nas ruas eu comecei a fazer também o uso de crack, porque aqui é assim, quando você tá na rua, você está exposto a tudo, a doenças, a pobreza, a sujeira, não tem cama pra dormir, não tem teto, não tem nada... daí tem a droga que é bem comum aqui na rua, e a gente quer saber como é... na hora que a gente fica atoa aqui, a gente usa drogas, eu usei pra experimentar e tô até hoje usando crack.” (P1)

“A primeira droga que eu queria experimentar foi o álcool, eu pedi pra uma amiga minha que já morreu, e foi através disso que comecei. Eu tive curiosidade.” (P4)

“Mais curiosidade minha mesmo.” (P10)

“Curiosidade. Mente fraca e curiosidade. Eu comecei na maconha, o pessoal falava que era ilusão. E eu aquela curiosidade. Quando eu comecei com cocaína acabei entrando pra conhecer, aí gostei e fui e só isso.” (P11)

“Então, na época o que me levou mesmo pra fazer uso de drogas foi curiosidade, querer saber o que aquilo era mesmo, se era o que eu tava pensando. E depois eu não sabia que eu era depressivo, quando eu fiz o uso de drogas eu deixei de ser depressivo, depois minha vida virou uma ruína. O álcool que me deixa assim. Droga não, só na hora. Eu uso droga agora eu fico depressivo, mas depois passa um tempo não. Agora o álcool me deixa depressivo 3, 4, 15 dias, um mês... eu já cheguei a ficar 6 meses depressivo morando na rua, só bebendo.” (P12)

“Curiosidade, porque na época quando eu estudava, minha cabeça no modo de agir não era igual as pessoas que estudavam comigo. Minha mente era mais aberta, eu não usava drogas, a curiosidade me levou a usar.” (P16)

“Curiosidade, eu vi os outros usando e eu experimentei pra ver o que acontece.” (P18)

“Foi por curiosidade, eu e minha amiga, a gente estava andando sem rumo por aí na rua, fomos em uma festa que tinha bebida e crack e eu experimentei.” (P24)

Através das falas dos usuários percebe-se que conflitos familiares também pode ser um motivo para que eles comecem o uso de drogas. Muitas das vezes pode-se observar que a droga pode ser vista por alguns deles como alívio para esquecer problemas, sendo a melhor forma para sanar estes problemas, sendo estes principalmente familiares:

“Eu fui estuprada pelo meu pai, eu tirei um filho dele. Minha mãe bebia na época, eu achei, e “blup”... comecei, gostei de fumar, beber, usar drogas com oito anos de idade. Eu tenho 35 anos.” (P3)

“Amizades e pra não entrar em depressão, o que me alivia é o álcool. Graças a Deus eu não fumo pedra, nem maconha. O crack está sempre disponível pra gente, mas eu não quero usar porque se eu usar esses negócios, eu já estou agressivo quando bêbado, se eu usar ou o fim meu vai ser cadeia, ou vai ser morte. Então eu não quero nem cadeia, nem morte. Nunca usei crack e nem tenho vontade. Sinto o cheiro de crack de longe, mas tenho nojo. Uso álcool o dia todo.” (P6)

“Perdi meu pai, eu tenho minha mãe, mas é difícil pra mim, ele foi o único que agarrou em minha mão e me ajudou... minha esposa também me ajuda. Tem hora que me dá vontade de jogar tudo no lixo, tem dias que peço a Deus para me levar, não estou mentindo pra você não. Meu pai lutou muito para manter uma boa vida. Eu já até trabalhei nos EUA por 6 meses como cowboy.” (P9)

“Algumas atitudes, comportamentos, querer ficar perto da minha família, a convivência lá em casa era muito esquisita, eu conversava pouco com minha mãe, eu me sentia isolado da minha família, eu preferia viver no meu mundo do que no deles.” (P17)

“Perca, né... perdas, eu tinha meus filhos, era casado... daí fui me entregando a drogas, bebidas e nunca mais me levantei, nunca mais consegui me firmar.” (P20)

“Distanciamento de família. Perdi minha mãe, depois desandou, minha mãe é minha estaca.” (P21)

“Perda de meu pai.” (P22)

“Foi porque eu tinha muitos problemas, você sabe, né? Problemas na vida que não deixam a gente em paz. Eu estava com a vida muito conturbada, eu bebia pra esquecer tudo, foi só isso que a bebida me trouxe. Esquecimento, mas logo depois passa.” (P27)

Verifica-se que muitos dos indivíduos deram início ao consumo das drogas desde a infância:

“Isso daí foi desde criança, a gente reunia em grupos de crianças e comprava litro de coca-cola e colocávamos álcool dentro e até hoje me acostumei com álcool.” (P7)

“Desde menino mesmo, com 9 anos de idade. Foi porque eu quis mesmo.” (P13)

“Comecei com meu avô, ele usava a cachaça, eu fui criado com ele, ele usava cachaça e eu também, eu aprendi a beber com ele.” (P14)

“Desde criança, não aconteceu nada, eu comecei por minha vontade.” (P15)

4.3 Vivência nas Ruas

Vê-se que, com o início da vivência nas ruas, o indivíduo opta-se por fazer uso de substâncias psicoativas, destacando-se assim o *crack*, álcool, tabaco e maconha, o que comprova-se nas falas a seguir:

“Álcool, crack, cigarro.” (P1)

“Álcool e crack.” (P2)

“Álcool e cigarro.” (P3)

“Álcool e cigarro.” (P4)

“Maconha e álcool.” (P5)

“Álcool.” (P6)

“Álcool e cigarro.” (P7)

“Álcool.” (P8)

“Álcool.” (P9)

“Crack e maconha.” (P10)

“Álcool, maconha e crack.” (P11)

“Álcool, maconha, de tudo né, eu não tenho preferência não, o que tiver eu aceito, mas o que eu tô tendo mais problema agora, porque hoje você pode ver, eles compraram pinga lá, e eu não tô bebendo, que é o álcool. O álcool tá sendo minha ruína, tá sendo meu inferno.” (P12)

“Álcool e maconha.” (P13)

“Álcool e cigarro.” (P14)

“Maconha.” (P15)

“Crack.” (P16)

“Crack.” (P17)

“Álcool e crack.” (P18)

“Crack.” (P19)

“Álcool e crack.” (P20)

“Álcool e crack.” (P21)

“Álcool.” (P22)

“Crack e maconha.” (P23)

“Álcool e crack.” (P24)

“Crack e cigarro.” (P25)

“Crack.” (P26)

“Álcool e crack.” (P27)

“Crack e maconha.” (P28)

“Crack e cigarro.” (P29)

“Crack e cigarro.” (P30)

Constata-se que após viver nas ruas, os indivíduos encontram diversos desafios, sejam os mesmos para encontrar modos de viver diferente do padrão em que se encontravam antes da vida nas ruas.

O modo de sobrevivência dos usuários de *crack* e outras drogas se torna um desafio, pois estes devem encontrar este modo para conseguir sobreviver estando nas ruas, longe de sua família.

Repara-se que para sobreviver nas ruas, os usuários buscam recursos para resolver os problemas gerados pelo uso de drogas, tais quais exigem que os mesmos desenvolvam uma vida diferente da que eles levavam antes, para assim conseguir se sustentar.

Os usuários para sobreviver acabam por necessitar de dinheiro, e, para consegui-lo alguns optam por pedir dinheiro nas ruas, seja em semáforos, “mendigando” para pessoas que passam nas ruas, em portas de estabelecimentos ou lugares movimentados.

Vê-se também que muitos usuários optam por um trabalho informal, seja na venda de produtos recicláveis ou até mesmo por vigiar carros nas praças, em festas, em busca de dinheiro para sua sobrevivência.

A doação pode também ser vista como um modo de sobrevivência. Os indivíduos ganham comida nas ruas, o que favorece seu sustento. Assim, conseguem juntar mais dinheiro também para sobreviver.

“Fico pedindo dinheiro aos outros.” (P1)

“Através de doação, pegando reciclagem, e mantendo no que precisar. Geralmente ganhamos janta à noite. Pra almoçar a gente dá um jeitinho, às vezes tem pessoas que dão.” (P2)

“Através de doações, vendendo recicláveis e pedindo, e sem roubar.” (P3)

“Vendo recicláveis, peço e doação.” (P4)

“Eu vigio carros, porque não gosto de ficar pedindo dinheiro para as pessoas. Às vezes vendo recicláveis que cato na rua, às vezes aparece um biquinho e eu faço. Ganho comida também.” (P5)

“Pedindo, eu não roubo, não mato, só peço mesmo.” (P6)

“Doações que nos ajuda, faz um biquinho, tomo conta de carros na rodoviária, pra nunca estar roubando.” (P7)

“Ajuda de pessoas, doação de alimentos que as pessoas fazem, não costumo pedir nada, só durmo aqui na rua.” (P8)

“Todo mundo pede, mas eu sobrevivo, tipo, todo mundo gosta de mim, se eu não compro minha própria comida, alguém compra pra mim e traz pra mim. Todos me ajudam.” (P9)

“Às vezes chega alguém me chamando pra trabalhar, pra comer... eu vendo latinha, ajudo as pessoas...” (P10)

“Olha, eu recebo às vezes um benefício, um bolsa família. Eu peço ajuda para as pessoas, eu acabo tendo um pouco mais de argumento para conseguir dinheiro. Eu compro bala, doce, pego uma cera pra polir carros, sempre tentando triar, fazer artesanato para adquirir dinheiro pra não praticar furtos.” (P11)

“Então, aqui a sobrevivência é pedir, né? Eu peço, até então eu tava fazendo outras coisas e parei, e é pedir, vigiar carro, tá sendo essa...” (P12)

“Eu vendo artesanato.” (P13)

“Aqui sentado nem como nem bebo, tenho que pedir ajuda pras pessoas, tipo um prato de comida, um troco para comprar fumo...” (P14)

“Pedindo dinheiro.” (P15)

“Pedindo, mendigando.” (P16)

“Às vezes as pessoas nos ajudam com dinheiro, peço nas casas para comprar comida.” (P18)

“Peço comida pros outros, tomo banho no Centro Pop.” (P19)

“Vigiando carro.” (P20)

“Peço esmola.” (P21)

“Peço um real pra mim, um real pro outro.” (P22)

“Peço dinheiro na porta do mercado, e também no bairro Abadia, na praça do Pó. Lá eles me dão muito dinheiro e no mercado também.” (P23)

“Peço comida, trabalho vendendo recicláveis, às vezes alguém me dá uma coisinha na rua, eu vendo, tudo pra conseguir dinheiro. Aqui ninguém faz nada sem dinheiro.” (P24)

“Pedindo dinheiro para os outros, eu não tenho como trabalhar porque não consigo emprego, ninguém vai dar emprego a uma pessoa suja, então eu tenho que conseguir dinheiro no sinaleiro para comprar minha droga.” (P25)

“Gosto de ajudar trabalhando de chapa. Fico aqui no ponto esperando um trabalho e quando eles precisam eles me chamam. Daí eu vou e ganho uns trocadinhos. Sobrevivo com este dinheiro.” (P26)

“Pedindo na rua. Fazer o que, né? Eu não tenho como trabalhar e não tenho muita paciência de ficar trabalhando, aqui o vício da droga é muito forte, se começo a trabalhar, abandono logo o serviço pra ir atrás da droga.” (P27)

“Ganhamos aqui comida de pessoas da igreja, do centro espírita. Eles são muito bons com a gente, oferecem banho, sopa, a gente sempre tem comida aqui. Agora dinheiro tenho que pedir na rua, esmola mesmo.” (P28)

“Pedindo esmola. Se tem quermesse, festas na praça, na igreja, a gente aproveita pra vigiar os carros lá e pedir dinheiro.” (P29)

“Só consigo dinheiro quando faço um bico, um trabalhinho aqui, outro ali. Aí com o dinheiro que ganho, que é pouco, consigo pelo menos comprar a droga que preciso.” (P30)

Percebe-se que o roubo também está presente no que diz respeito ao modo de sobrevivência dos indivíduos nas ruas. Os mesmos usam o roubo para conseguir dinheiro e até mesmo produtos de valor para uma posterior venda, o que pode ser comprovado na seguinte fala:

“Só rolo, você que está na rua, você tem que meter a cara em qualquer coisa para sobreviver. Quando eu estou sob efeito da droga, você não calcula as consequências. Eu uso e parece que eu fico cego, eu não tô nem aí com nada. Eu tenho vergonha de pedir dinheiro na rua. Eu tenho que roubar.” (P17)

Após um tempo de permanência nas ruas, é possível observar que os indivíduos começam a desenvolver mudanças em seu organismo (físicas), notados após o uso de drogas e condições de vulnerabilidade social. Ao longo dos anos

também pode-se perceber a mudança no comportamento destes indivíduos, que surge com a nova rotina de vida.

A vivência nas ruas traz ao usuário mudanças físicas, devido ao uso de drogas, estas possuem substâncias tóxicas ao organismo, que geram efeitos maléficos a prejudicar a saúde dos indivíduos. Verifica-se através das falas que muitos deles emagrecem após o convívio isolado ou em grupos nas ruas, contribuindo para o aparecimento e agravamento de doenças.

Em relação às mudanças comportamentais, os indivíduos relatam possuir baixa autoestima, devido a fatores trágicos que acontecem nas ruas, que afetam muitas das vezes o sentido psicológico dos mesmos, alegando assim a desencadear depressão, e, também se tornam agressivos, seja para sua defesa, ou até mesmo por raiva que desencadeia perante muitas situações:

“Físicas é que emagreci mais, adquiri HIV. Meu psicológico ainda é bom, de vez em quando dá depressão, mas depois passa.” (P2)

“Mais dor no estômago, perdi os dentes, ultimamente comecei a beber muito mesmo. Fiquei mais agressivo de querer fazer as coisas, mas não ter saída para fazer.” (P5)

“Agressividade e eu tive conjuntivite que adquiri nas ruas e meus dentes ficaram piores.” (P6)

“Tristeza, as pessoas querem brigar com a gente. Eu percebo que nunca vou sair da rua. Eu tive problema de diabetes, só que depois das ruas, a doença agravou, eu tomo insulina três vezes ao dia. Fiquei mais calmo, mais brincalhão que eu já era. Fiquei mais agressivo quando comecei a viver nas ruas, só no começo.” (P7)

“Tudo, sinto dores, tanto nos rins, quanto no pâncreas, já urinei sangue, não bebo muita água. Uma hora estou bem, outra hora estou nervoso, outra hora quero ficar no meu canto, não tenho medo de nada. Se a morte vir não estou nem aí...” (P9)

“Eu fico uma pessoa pouco compromissada, digamos, pouco responsável. Daí a gente se acomoda, a gente ganha dinheiro e gasta com cachaça. Cansaço físico, desgaste emocional, e Às vezes me dá vergonha de viver. Abandono o serviço pela bebida, por aborrecimento por causa da bebida.” (P11)

“Dor no canal da urina, problema de vista, emagreci, sinto fraco. Meu psicológico ficou abalado, sofro de depressão, tenho

transtorno bipolar, isso aí tá me matando. Eu não tô bebendo e não consigo sair daqui, eu sempre fui ativo, trabalhei...” (P12)

“Me sinto fraco, tenho medo de doenças. Na rua ninguém me regula nada. Eu fico transtornado quando vou conversar com minha família e eles querem me regular, me mandar, dizer o que tenho que fazer. Aí eu não falo nada pra ninguém, eu saio calado.” (P14)

“Magreza. Descuido com cabelo, barba, com o comportamento permanece o mesmo. Eu passei fome, frio e não fiz a metade das coisas que as pessoas fazem, é tudo escolha. Na rua tem pilantragem, patifaria, manipulação, daí o pessoal fala que é por causa das drogas, mas isso é tudo mentira, as pessoas fazem isso por escolha.” (P16)

“Todas. Emagreci, machuco direto. Nessa vida você tem que ser leão para sobreviver, regredi bastante.” (P17)

“Emagreci demais, vomito sangue, esses tipos. Comportamento não mudou não.” (P18)

“Emagreci muito. Às vezes quando eu bebo eu fico meio doido.” (P19)

“Muita depressão que dá na gente, a gente quer fazer algo e não consegue devido ao vício, agora eu estou pondo minha cabeça no lugar, fiquei 2 anos sem usar drogas e tô de novo nas drogas. A saúde vai embora, tenho tremedeira, tô evitando de beber.” (P20)

“Não tenho mudança física, a gente fica mais triste. Agora tenho mais sentimentos de malícia.” (P21)

“Emagreci bastante. Quanto ao comportamento, não mudou nada.” (P23)

“Emagrecimento. No comportamento não percebi mudança.” (P25)

“Eu sinto que estou regredindo, comecei a querer bater nos outros depois que morei nas ruas, por raiva, por estar depressivo. A gente fica louco mesmo depois que entra pro mundo das drogas, sem saber o que fazer. Eu emagreci, fiquei com os dentes todos estragados, tenho vergonha de ficar sujo assim, mas é a vida...” (P27)

Destaca-se que os vínculos familiares ainda permanecem para alguns indivíduos usuários de *crack* e outras drogas, e mesmo estando nas ruas, eles

mantém contato com a família mesmo que distante. Os mesmos relatam que possuem vontade de voltar a morar com a família, no entanto o que os impede é que os familiares não aceitam o convívio com os usuários, pois os mesmos fazem uso de drogas e começam a praticar furtos de objetos dentro de casa para uma possível venda destes a fim de conseguir comprar a droga de que necessitam. Sendo assim, os usuários permanecem nas ruas, pois não podem ficar sem a droga, esta que sustenta seu vício:

“Eu tenho e não tenho, sabe? Eu voltaria pra casa se eu tivesse certeza que eu ia arrumar um emprego, porque chegar lá com uma mão na frente e outra atrás do mesmo jeito que eu saí... a minha família, graças a Deus estão estabilizados. As minhas irmãs trabalham, meu pai é aposentado, graças a Deus, tem uma casa boa, tem terreno, sabe? Eles tem avida razoável. Até então eu era mais ou menos, daí de uma hora pra outra...” (P2)

“Sim, se Deus quiser voltarei.” (P9)

“Sim. Eu tenho vontade de um dia passear e visitar eles, mas não posso morar lá porque minha família não aceita um drogado dentro de casa.” (P11)

“Pra te ser sincero eu queria voltar a morar com minha mãe. Minha mãe de criação disse que quando eu voltar o meu estado normal é pra eu voltar a morar com ela.” (P12)

“Sim, queria morar com meus filhos.” (P16)

“Sim, mas não consigo voltar a morar lá em casa porque uso drogas e eles não aceitam.” (P18)

“Lógico, quem não tem?” (P21)

“Tenho vontade de morar com minha família, mas fico na rua porque o álcool fala mais alto, eu me afundei muito nessas drogas.” (P29)

Após fazer o uso de drogas, percebe-se que os indivíduos se sentem com mais disposição e energia. Tais sentimentos são desencadeados pela substância presente na droga, que causa estímulos cerebrais para que os mesmos fiquem mais agitados e com mais ânimo. Nota-se que a droga após usada causa um efeito de alívio nos indivíduos, sendo assim estes acabam fazendo o uso para esquecer problemas sociais, para apagar a depressão e para esquecer tudo o que lhes estão fazendo mal.

Logo após cessar o efeito das drogas pode-se verificar que, para alguns começam a surgir momentos de tristeza e arrependimento de ter consumido a droga:

“Como posso explicar? É tipo assim, é um alívio para esquecer de problemas assim, entendeu? É como se fosse uma válvula de escape. Mas aquilo ali é só momentâneo, depois que passa a gente vai ver que é só coisa jogada fora, perca de tempo.” (P2)

“Ah, tipo assim mas me sentir bem eu não me sinto não, mas faz 29 anos que eu bebo e fumo. Então, tipo me dá mais disposição.” (P3)

“O uso deixa a pessoa mais ativada, mais acelerada, a maconha dá sono, fome. Crack a pessoa fica mais acelerada. Cada organismo reage de um jeito. Tem uns que ficam doidão, tem uns que saem andando correndo.” (P5)

“Eu bebo pra poder esquecer que estou na rua, eu me sinto bem.” (P6)

“Eu sinto um cara contente.” (P8)

“Depois que acaba o efeito da substância e a ficha cai dá o remorso, aí quando dá esse remorso em mim, eu pego a estrada e saio andando, que é como uma válvula de escape. Aí nisso daí eu saio e vou parar em outros estados, dá aquela raiva, um momento de tristeza, de angústia, daí é onde eu saio andando. Na hora do consumo dá aquela sensação elétrica, uma coisa que não dá pra descrever, é uma pancada muito forte que dá no cérebro, ela mexe de uma forma... teve vez de eu nem chegar na boca de fumo pra comprar o entorpecente e dá aquela ansiedade assim de chegar até a travar as pernas, é uma coisa inexplicável, ela mexe muito com a parte psicológica.” (P11)

“Aliviado.” (P16)

“Na hora eu sinto prazer, depois eu fico deprimido, sem animo pra nada.” (P18)

“Na hora a gente se sente bem, mas depois o efeito passa e vem fraqueza, sua saúde vai embora.” (P20)

“Na hora é bom, depois vem o arrependimento.” (P21)

“O efeito é bom, eu tenho mais disposição, agitação... mas quando não consigo dinheiro, dá vontade de suicidar.” (P25)

4.3.1 Adesão a um tratamento em saúde

No que diz respeito à adesão a um tratamento em saúde, muitos usuários pretendem iniciar, para garantir que comecem a curar suas enfermidades, sejam elas mentais, ISTs, outras doenças crônicas, tabagismo e etilismo, desintoxicação ao uso de *crack*, maconha, ou até mesmo para aliviar sintomas maléficos no organismo. Nota-se, através das falas que muitos usuários já passaram por um tratamento em saúde, onde muitos deles já se internaram para tratamento, porém sem sucesso, voltando às ruas para um novo uso de drogas:

“Ah, ter eu tenho. Assim, eu nunca me internei em clínica, não sei porque. Eu estava fazendo tratamento em saúde no hospital escola, na UDIP, só que aí roubaram meus papeis todos, daí eu relaxei e estou até sem tomar os remédios. Eu tenho que correr atrás para tirar tudo de novo.” (P2)

“Sim, tratamento para parar de fumar e beber.” (P4)

“Sim, eu já fiz tratamento em saúde esse ano. Fiz exame de sangue, tirei ultrassom de abdome, acabaram as dores que eu sentia. Eu engordei 14 quilos.” (P5)

“Sim, continuar tratando da diabetes. Faço exame de fundo de olho e laser. Tenho diabetes tipo 2, tomo insulina 3 vezes ao dia.” (P7)

“Já tentei de tudo, mas ainda tenho. Às vezes não sei o que pode me deixar eu bem. Eu procuro tá fazendo um tratamento se for pra eu ficar bem. Mas esse mundo das ruas me alivia um pouco, e me impede de fazer tratamento em saúde.” (P17)

“Sim, eu fiz mas não adiantou, eu me internei no CAPS.” (P19)

“Sim, eu fazia tratamento no CAPS Ad e tomava remédios controlados.” (P20)

“Numa clínica por exemplo? Consulta médica seria legal, mas internar não...” (P21)

“Sim, eu faço tratamento no Caps Ad.” (P25)

5 DISCUSSÃO

Viver em situação de rua é um problema que ultrapassa a falta de moradia, sendo que, as pessoas que vivem nestas condições, estão entre os grupos mais marginalizados e excluídos da sociedade quando comparados às demais populações socialmente vulneráveis (BARATA et al., 2015).

Na análise do perfil sociodemográfico dos participantes do estudo, observa-se que houve predominância de participantes do sexo masculino em relação ao sexo feminino. Esse achado é similar ao encontrado em outro estudo, onde o maior percentual foi encontrado entre homens, na faixa etária de 25 a 34 anos. Os usuários de *crack* no país em sua grande maioria são do sexo masculino (SOUZA et al., 2013). A amostra é composta na sua maioria pelos usuários do sexo masculino, que compõem 76,1% dos participantes, contra 23,8% do sexo feminino. Isso vem corroborar os estudos feitos anteriormente, que constatam também o uso predominante de drogas por homens (ALMEIDA, 2011).

Por outro lado, o presente estudo contradiz ao estudo de Balbinot e Araújo (2012), o qual verificou-se que a população masculina representa 50% da amostra estudada. A população feminina, por conseguinte, apresentou o restante da amostra (50%).

Em relação à idade dos participantes do estudo, nota-se que estes possuem, em média, 34,6 anos. Em contrapartida outro estudo indica que o maior número de usuários encontra-se na faixa etária de 16 anos em diante (FONTANELLA, 2019).

Salienta-se que os participantes do estudo de Antoniassi Júnior e Gaya, (2015) eram predominantemente do sexo feminino (62,6%), com idade entre 18 e 27 anos, solteiros (78,9%) e não exerciam atividades remuneradas (62,6%).

O estudo de Cruz e colaboradores (2014) observou que o consumo de substâncias psicoativas é maior na população masculina, porém uma redução da proporção entre o sexo masculino e feminino, usuários dessas substâncias, vem sendo registrada devido ao grande acesso que hoje as mulheres têm em conseguir as drogas e também, devido à mudança no estilo de vida das mulheres (CRUZ et al., 2014). As características sociodemográficas da amostra foram convergentes com outros estudos da literatura, predominando usuários do sexo masculino, adultos, com baixo nível de escolaridade (GONÇALVES; SANTOS; PILLON, 2014).

Observa-se maior proporção de adultos usuários de substâncias psicoativas nas faixas etárias de 30 a 60 anos. Quanto à escolaridade, a maior parte possui como grau de instrução o ensino fundamental incompleto. Os mesmos referiram como ocupação com trabalho remunerado a de peão em maior proporção sendo, a segunda ocupação mais relatada a de operador de máquina (GEVÚ et al., 2017).

Quanto ao grau de escolaridade, o estudo é similar ao estudo de Almeida (2011), onde grande parte dos usuários (82,8%) possui o ensino fundamental incompleto. Foi observado que os participantes apresentavam baixo grau de escolaridade, sendo que nenhum usuário havia concluído o ensino fundamental (BALBINOT; ARAÚJO, 2012).

Sabe-se que a baixa escolaridade pode ser um fator de risco para a dependência química (MARANGONI; OLIVEIRA, 2013).

Há controvérsia do presente estudo com o de Fortes e colaboradores (2019), o qual a amostra foi composta de participantes com média de idade de 30,01 anos, composto por participantes dependentes químicos.

Os adultos que usam *crack* no Brasil são, em sua maior parte, de baixa escolaridade (BASTOS; BERTONI, 2014).

A baixa escolaridade é reflexo da interrupção dos estudos, que concorre, quando se trata de mulheres, para a realização de atividades trabalhistas com salários precários (SANTOS et al., 2016, p.8).

Outro estudo realizado por Villa e outros autores (2017), contradizem o estudo citado, e apresentou o perfil sociodemográfico das mulheres que encontravam-se em situação de rua na cidade de Minas Gerais, com 191 mulheres: faixa etária, 46,8% tem entre 31 a 50 anos de idade, quanto ao tempo que estão nas ruas: 34% estão há mais de 60 meses.

No estudo de Santana e colaboradores (2018) os participantes eram do sexo masculino, com idades entre 13 e 65, e média de 40,1 anos, baixa escolaridade e desempregados. A droga mais utilizada foi o álcool, isolada ou associada a outras drogas.

Em contrapartida, o estudo de Almeida (2011) constata-se que a principal faixa etária de usuários de drogas está entre 12 a 17 anos de idade, seguida de 18 a 28 anos, caracterizando uma amostra pré-adolescente e adolescente para o uso de drogas, indo ao encontro de estudos que vêm confirmando a tendência precoce no uso de substâncias psicoativas. Quanto ao nível socioeconômico, a maioria dos

usuários estão em nível baixo e, em relação à escolaridade, grande parte dos usuários possui o ensino fundamental incompleto.

No estudo realizado em Sobral/CE e Maceió/AL os participantes possuíam média de idade de 26 anos, escolaridade - 40% ensino fundamental completo, estado civil - 40% são solteiros, quanto a ocupação 36% exercem alguma atividade remunerada e 22% relataram fazer uso de alguma droga (YABUUTI; BERNARDY, 2014).

5.1 Pré-vivência nas ruas

O consumo de álcool e outras drogas além de afetar jovens e a família, afeta também a comunidade. Segundo estatísticas, o uso abusivo de álcool se mostrou com prevalência tanto entre adultos como entre os jovens (TELES, 2016).

Além do *crack*, ainda outras drogas psicoativas, derivadas da pasta da cocaína tem sido utilizadas no Brasil: pasta base, merla e “oxi”. Até o momento não se tem uma definição clara sobre o “oxi” existir ou não enquanto produto específico (BASTOS et al., 2011). Estas diferentes drogas, possuem a mesma composição básica e variam com relação aos diversos produtos químicos utilizados na sua preparação, conservando, porém, um aspecto físico igual, sendo todas elas conhecidas como “pedras”. O jeito de consumir essas drogas também é similar, podendo estas ser fumadas em cachimbos, latas, copos ou outros apetrechos, ou, ainda, serem misturadas a outras drogas, e fumadas em cigarros de tabaco ou maconha (FIOCRUZ, 2014).

Para Lima (2014) há uso controlado de *crack*, conciliado com as atividades do dia-a-dia que existiam antes de começar o uso, como trabalho, vínculo com família, amigos, entre outros.

Quanto à questão profissional, em estudos de Costa, Mesquita e Campos (2015) os entrevistados exerciam atividades profissionais antes de ir para as ruas. As atividades mais citadas foram Pedreiro ou trabalhador rural, seguida por Marceneiro, Mecânico e Cabeleireira/Diarista. Analisando o conjunto de profissões ou habilidades nos faz refletir que esses moradores de rua tem potencial para ser inseridos novamente e em condições dignas no mercado de trabalho.

Estudos de Félix Júnior, Schlindwein e Calheiros (2016) demonstram que usar drogas no local de trabalho produz efeitos maléficos para a saúde do ser humano e também para as empresas. Isso se deve pelo usuário possuir baixa produtividade e dificuldades na realização das atividades do trabalho. O consumo de drogas leva ao rompimento de vínculos com o trabalho. Usuários de drogas antes de fazer uso dessa substância afirmam que pressões e rigidez no trabalho motivaram os afastamentos no trabalho e na rotina de vida que antes existia. No entanto, muitas empresas demitem os funcionários assim que descobrem que os mesmos fazem uso de drogas, portanto esses indivíduos irão deixar a vida que antes possuía como trabalhador, para logo após começar a fazer uso de substâncias psicoativas.

É preciso dizer que o trabalho em si não é o maior motivador para consumo de substâncias, mas quando as condições de trabalho são desgastantes, estressantes e desmotivadoras para o trabalhador, aumentam as chances de seu refúgio no uso de alguma droga, seja esta lícita ou ilícita (FÉLIX JÚNIOR; SCHLINDWEIN; CALHEIROS, 2016, p. 116).

O aumento das desigualdades sociais ainda existem e, por isso, agravam-se as questões sociais e suas expressões. Daí então surge o desemprego; a população é vista como “sobrante”, a miséria, a violência, as doenças, e também devemos citar o consumo abusivo das drogas, estes são fatores para vulnerabilidade e risco social para a classe que vive do trabalho (LIMA; SOUZA; DANTAS, 2016).

5.2 Início da Vivência nas Ruas

5.2.1 Motivação à Vivência nas Ruas

As drogas são responsáveis por prejudicar o ambiente familiar, agindo como algo desagregador. Nota-se, em alguns estudos, que familiares se referem ao usuário de maneira indelicada, devido à relação familiar ser conturbada entre seus componentes (FONTANELLA, 2019).

Observa-se que profissionais de saúde da família percebem mais de perto o problema das drogas, e podem, através dos vínculos que possuem com os familiares dos usuários interferir nessa situação. Por estarem mais próximos da família, esses profissionais conhecem a rotina de vida dessas pessoas e, através da percepção dos primeiros sinais e sintomas de uso das drogas, podem conviver e perceber o conflito e desorganização familiar (TELES, 2016).

A vulnerabilidade nas relações familiares e escassez nas oportunidades de trabalho contribuem para a vivência nas ruas (LEITE; BOTELHO; LIMA, 2019).

O convívio com familiares e suas práticas muitas vezes pode ser um estímulo para experimentar e dar continuidade ao uso de drogas (RONZANI; NOTO; SILVEIRA, 2014).

Pesquisas abordam que usuários de *crack* que buscam atendimento em saúde em internação são principalmente adultos homens, que possuem baixa escolaridade, não possuem trabalho formal e, muitas das vezes faziam uso de outras substâncias psicoativas antes do início do uso da droga (BALBINOT; ARAÚJO, 2012).

Sabe-se que muitas pessoas escolhem morar nas ruas, pois prefere a liberdade que às regras da união familiar. O rompimento familiar é muito presente, principalmente em casos de violência doméstica, sexual e moral (WANDEKOKEN; SIQUEIRA, 2014).

No mundo da vida, o interagir com a sociedade é um fator fundamental para adquirir vínculos, para construir laços afetivos, sentimentos e afinidades. Contudo, quando o indivíduo faz uso abusivo de álcool e outras drogas, essa interação social é prejudicada e vai se rompendo aos poucos, dificultando a construção de relacionamentos interpessoais, o que se torna um entrave para estabelecer relações afetivas (RIBEIRO et al., 2016).

Wandekoken e Siqueira (2014) pontuam em seus estudos que é notável a percepção do usuário de drogas a isolar-se de sua família e do contexto social para o uso de *crack*, esse que passa a ser prioridade em sua vida. Portanto, a única solução encontrada foi a de viver nas ruas.

No que se diz respeito à população em situação de rua, esta pode ser um fator para uso de drogas, mas há um usuário neste estudo que relata que o *crack* surgiu antes em sua vida. Ele afirma que possui lar, porém optou por usar drogas devido à má convivência com seus familiares, principalmente com a mãe, situação decorrente do uso de álcool e da droga que causa conflitos familiares frequentes (WANDEKOKEN; SIQUEIRA, 2014).

O que é mais preocupante é a situação agressiva do que pode levar o uso de drogas. O consumo inadequado de substâncias psicoativas se associa a vários problemas biológicos, psicológicos e sociais. Além disso há a perda de vínculos e consequências importantes tanto para o indivíduo quanto para a família e comunidade onde ele está incluído (WANDEKOKEN; SIQUEIRA, 2014).

São diversas as razões que fazem as pessoas irem para as ruas: em alguns casos, por opção; em outros, por falta de opção (ANDRADE; COSTA; MARQUETTI, 2014).

O uso de drogas lícitas ou ilícitas é um dos fatores apontados em algumas das publicações como o motivo da ida para as ruas (COSTA; MESQUITA; CAMPOS, 2015; KUNZ; HECKERT; ROSA; BRÊTAS, 2015; ROSÁRIO, 2015).

No estudo de Rosa e Brêtas (2015), os efeitos relacionados à dependência, tais como a deterioração dos vínculos familiares e comprometimento das responsabilidades em relação ao trabalho, o estudo e o cuidado com os filhos, entre outros, são citados como o motivo disparador da ida para as ruas.

Motivações como a perda de entes queridos, a saída do sistema prisional, o vínculo familiar fragilizado ou interrompido e a expressão de maneiras de viver que discordam dos padrões morais estabelecidos podem também ser motivos que os levam a buscar as ruas como moradia (ROSÁRIO, 2015).

5.2.2 Motivação ao uso de drogas

Segundo Bittencourt (2015) o desemprego é um dos problemas que levam o indivíduo a utilizar substâncias psicoativas.

Cruz e colaboradores (2014) afirmam que as motivações para o uso de drogas foram problemas afetivos; problemas de saúde e familiares; situações de perda; parceria com companheiro usuário de drogas; distração, para suportar momentos de tristeza, angústia ou para comemorar momentos de felicidade e, ainda, por gostar de usar.

O que leva mulheres a fazer uso de substâncias psicoativas são os sintomas depressivos; a insatisfação humana; se sentem isoladas da sociedade; sentem falta de metas e projetos de vida. Já os homens afirmam que têm dificuldades para conseguir emprego, possuem problemas financeiros e criminais. Logo, começam a fazer uso de substâncias psicoativas (CRUZ et al., 2014).

Almeida (2011) conclui que o desarranjo familiar e a ligação com colegas que também fazem uso de drogas são fatores para o surgimento do consumo de drogas. Existem pessoas que possuem familiares que também fazem uso, então os filhos seguem o mesmo comportamento. Além disso, é observado que o uso frequente de

drogas ou álcool se faz devido à quebra de rotina e para curtir efeitos destas substâncias, para diminuir ansiedade ou estresse. A introdução ou uso de drogas ou álcool pelos usuários se deu por influência de colegas, amigos ou conhecidos, estes são companhia para uso de drogas. A primeira vez de uso se dá através de diversão ou prazer, como também por curiosidade.

Considerando o uso de substâncias psicoativas, essa se associa ao desenvolvimento psicológico, uma vez que muitas destas possuem efeito estimulante. Pacientes usam essas substâncias a fim de busca por prazer imediato, desejo de fuga da realidade, por estados emocionais negativos. Entretanto, a impulsividade dos indivíduos ligada ao uso de drogas pode ter como consequência resultados negativos, principalmente em termos cognitivos e alterações comportamentais (ROCHA et al., 2015).

As práticas familiares são um grande motivo, pois estimula o usuário a experimentar e fazer uso contínuo de drogas (RONZANI; NOTO; SILVEIRA, 2014). Sendo assim, estas são também motivo para que haja um ambiente desagregador entre usuário e seus familiares, sendo que a família menciona o usuário de maneira depreciativa, devido às conturbações que há entre familiar e usuário (BASSAN, 2016).

As drogas eram utilizadas por pessoas como um meio das pessoas se socializarem, para ter boas sensações e prazeres. Atualmente isso muda para o consumo a fim de “fugir da realidade”, a fim de amenizar outras sensações, aborrecimentos, angústias (LIMA, 2015).

A dependência começa muito cedo nos usuários e a fissura acontece de forma avassaladora. Isso leva ao consumo compulsivo e devastador para a saúde. O usuário ao ficar dependente da substância se torna menos responsável e perde o senso de sobrevivência, isso causa impacto no sono, na fome, no próprio respeito, afeto, valores morais e o usuário coloca a droga como parte prioritária em sua vida. Surge então a redução de danos que produz efeitos positivos, e contribui para a melhoria de qualidade de vida de muitos usuários de drogas e faz os mesmos voltarem ao convívio familiar e à sociedade (FONTANELLA, 2019).

Problemas como falta de procura ao trabalho, incapacidades para realização de tarefas, sentimento de angústia, tristeza, pesar, culpa, medo, ansiedade, além de desencadear doenças faz com que o usuário através do consumo de drogas busque uma forma de refúgio e prazer. O uso controlado, ou seja, aquele que o usuário faz de maneira menos frequente e menor intensidade é percebido onde o usuário não tem

perda de poder de decisões, embora isto é associado com a não perda de vínculos e laços sociais (LIMA, 2015).

Os principais motivos do comprometimento com as drogas são: busca de sentir prazer, curiosidade, vontade de experimentar, influência do grupo em que está inserido e força social (BASTOS; BERTONI, 2014).

“Para um jovem, a vida na rua foi o motivo que o levou ao vício no *crack*” (ASSIS, 2015, p. 209).

Estudos de Wandekoken e Siqueira (2014) pontuam que usuários foram motivados pela curiosidade ao uso de drogas. A partir de 30 dias, o uso se torna frequente e intenso. O indivíduo neste estudo relata que consome cerca de cinquenta pedras por semana e faz uso da droga quase todos os dias – de sete a oito pedras.

5.3 Vivência nas Ruas

O uso e abuso de álcool tem prevalência tanto em adultos, como também em jovens (TELES, 2016). No Brasil, cerca de 3% a 10% na população geral adulta fazem uso de álcool, fato que faz com que o álcool seja uma substância psicotrópica consumida em larga escala pela população (ROCHA et al., 2015).

O álcool é apontado como um hábito estimulado socialmente principalmente aos meninos, já desde o final da infância. O abuso de álcool e outras drogas por homens, quando atrelado à ideia de uma vida social conturbada, relaciona-se também com a motivação para o suicídio (RIBEIRO et al., 2016, p. 3).

Os usuários de drogas fazem uso não só de álcool, mas também de *crack*, cocaína, cigarro, lança perfume, maconha. (LIMA, 2015). O uso de *crack* na vida aumentou de 0,4% para 0,7%. Portanto, muito abaixo do álcool e de outras drogas psicotrópicas (LIMA, 2014). As razões desse uso podem estar relacionadas à maior disponibilidade da droga (álcool), por ser de fácil utilização, por possuir um baixo custo e pelo seu efeito, gerando maior dependência (MELO; MACIEL, 2015).

Segundo pesquisa, o usuário de *crack* faz uso também de outras drogas, tais como tabaco e álcool. Foram citadas também o consumo de outras drogas, como solventes, cola de sapateiro, benzodiazepínicos, anfetaminas (FIOCRUZ, 2014).

Identifica-se no estudo de Bittencourt, França e Goldim (2015) que a maconha e o *crack* são as drogas mais utilizadas entre jovens que iniciaram tratamento. Foram destaques da pesquisa, como ser do sexo masculino, não ter vínculo com estudos,

conviver com familiares que também fazem uso de drogas e em situação de agressão familiar.

O *crack* proporciona efeitos eufóricos depois de sua inalação. A droga é absorvida diretamente nos pulmões, e seu uso possibilita ação rápida da droga no cérebro, e seus efeitos são prazerosos e estimulantes, sendo a fissura incontrolável (WANDEKOKEN; SIQUEIRA, 2014).

Observa-se um aumento em usuários de *crack*, e também um aumento nas consequências decorrentes do uso, o que representa um problema de saúde pública e tem desafiado os profissionais da área da saúde à compreensão do perfil do usuário de substâncias psicoativas, em vista das dificuldades de manejo e abordagem do problema (BALBINOT; ARAÚJO, 2012).

Foi observado nos estudos de Rocha e colaboradores (2015) que os canabinoides são a droga mais consumida, seguida do álcool e da cocaína/*crack*. Os estimulantes e solventes voláteis foram as drogas menos utilizadas.

Nota-se que a cocaína é de grande uso no Brasil, e estima-se que 1,5% dos adultos já fumaram alguma vez na vida e que um a cada cem adultos já fumaram nos últimos doze meses (ABDALLA et al., 2014).

Segundo Melo e Maciel (2015), atualmente, o uso de *crack* no Brasil está implicado em um cenário de exclusão social, em que os usuários de *crack* têm sido expostos a representações de gozo, irresponsabilidade, delinquência e afronta aos padrões sociais, afetando não só os usuários, mas também a família dos mesmos.

Quanto ao uso simultâneo, muitos associam uma droga com outra substância, como álcool e tabaco, energéticos, maconha, cocaína, merla, *crack*, ansiolíticos, anfetaminas, antidepressivos, barbitúricos, anticolinérgicos, ecstasy e drogas sintéticas (ANTONIASSI JÚNIOR; GAYA, 2015).

Substâncias psicoativas são aquelas que quando administradas no organismo ou ingeridas, alteram os processos mentais e cognitivos dos usuários. Seu termo equivalente é droga psicotrópica, estes são termos mais neutros e descrevem a classe de substâncias lícitas (álcool) e ilícitas (maconha, cocaína). O termo “psicoativas” não implica necessariamente a produção de dependência. Na linguagem comum usa-se os termos “em uso de drogas” ou “abuso de substâncias” (MACHADO; MOURA; ALMEIDA, 2015).

Cruz e colaboradores (2014) concluem que alguns usuários para amenizar sintomas de abstinência do *crack*, incluem em seu uso outras drogas associadas,

como álcool e *crack*, maconha ou tabaco. O uso de álcool após usar *crack* é utilizado para inibir ou diminuir alguns efeitos resultantes do *crack*, como a paranoia. A maconha também diminui os efeitos do consumo do *crack*, contribuindo para a diminuição da fissura. A relação entre *crack* e tabaco pode ser explicada pela utilização e necessidade do uso de suas cinzas para queimar a pedra.

5.4 Modo de Sobrevivência

A vida na rua exige conviver com várias situações, estas envolvendo desafios. Logo há uma série de agravantes para os usuários enfrentarem (BISCOTTO et al., 2016).

Os indivíduos, para sobreviver perante as condições difíceis vivenciadas nas ruas necessitam trabalhar muito. Seja carregando caminhões, descarregando materiais para as lojas, reciclando e vendendo no ferro velho, trabalhando no final dos bailes catando as latas de metal ou até fazendo trabalhos artísticos como pintar azulejos, fazendo outros tipos de trabalhos manuais. Seja na busca da substância, trabalhando, tentando se higienizar ou buscando alimento, eles têm ordem de não andar em determinadas ruas nem em becos na cidade do Rio de Janeiro – RJ (LIMA, 2015).

Percebe-se que há um mito a respeito da questão de que as pessoas que doam dinheiro para população em situação de rua irão contribuir para a continuidade da mendicância (COSTA; MESQUITA; CAMPOS, 2015).

O viver na rua faz com que os usuários se sintam sozinhos, o que reflete em sua autoestima, que interfere no autocuidado. A hostilidade em viver nas ruas traz ao usuário piora em suas condições de vida. Os idosos têm dificuldade maior de viver nas ruas que os mais jovens. A população em situação de rua ocupa lugares comerciais onde podem realizar algum tipo de “bico” para obter renda, tais como transporte de mercadorias, guarda de carros, coleta e venda de material reciclado (PACHECO, 2015).

Os roubos e a violência estão presentes nas ruas e em todos os locais, e não são realizadas apenas por usuários de drogas (LIMA, 2014).

Por participarem de roubos, assaltos e tráfico de drogas, atitudes violentas são desencadeadas nos usuários, tudo isso para conseguir dinheiro a fim da busca

por drogas e seu uso. Isso representa além de um problema social, condição vulnerável que desencadeia problemas na condição de saúde dos mesmos, como desnutrição, perda de peso, problemas neurológicos e psiquiátricos. O vício do *crack* causa alucinações e faz com que haja a violência doméstica, furtos para conseguir dinheiro para comprar a droga, entre outros (BASSAN, 2016).

5.5 Mudanças Físicas e Comportamentais

O uso do *crack* gera efeitos negativos, riscos físicos, sendo estes o emagrecimento e insônia, este último devido ao efeito de excitação e desejo para usar cada vez mais a droga, para assim que o efeito passar, algo que tem curta duração, repercutindo em sua busca contínua e continuando assim um ciclo viciante, o que pode causar overdose. Dentre os riscos decorrentes dos efeitos psíquicos encontramos possíveis quadros de fissura e paranoia (LIMA, 2014).

Os pacientes dependentes de álcool e outras drogas apresentam características relevantes, como maus hábitos de higiene (100%), queimaduras nos lábios e nos dedos (90%) causados pelo cachimbo improvisado, problemas dermatológicos (80%), pulmonares (75%), cáries (80%), fissuras nos pés (65%), pediculose (60%), anemia (75%), emagrecimento (95%), e entre as mulheres problemas ginecológicos (95%) e baixa autoestima (90%). Os primeiros efeitos após a inalação são representados por uma euforia plena que desaparece de repente após algum tempo, sendo seguida por uma profunda depressão. Devido ao efeito surgir muito rápido, o usuário consome novas doses para voltar a sentir uma nova euforia e sair do estado depressivo. O uso prolongado da droga está relacionado a problemas respiratórios, cardiovasculares, renais e transtornos psiquiátricos. Alguns pacientes que são internados para tratamento apresentam agressividade, fissura pela droga, humor instável, perda de apetite, insônia, hipersexualidade, tudo isso em ambos os sexos (BALBINOT; ARAÚJO, 2012).

Em pacientes pode-se notar que os mesmos relatam que o uso do *crack* decorre de uma sensação de “ficar muito bem”, de uma sensação de poder, “de que pode tudo”. Observa-se que há feridas que não cicatrizam, braços quebrados, hematomas, lesões, inflamações, sangramentos, coceiras, emagrecimento

demasiado, olhos vermelhos, irritados e sem esperança, falta de dentes ou dentes manchados, além de rachaduras na pele, principalmente nos pés (RUI et al., 2014).

Assis (2015) demonstra que as características mais encontradas nos usuários de drogas, independentemente da idade são debilitação física, emagrecimento, poucas horas de sono e descuido com a higiene pessoal, perda de peso, falta de ar, tosse, perda de memória e dormência bucal. Os usuários se sentem feios e deprimidos, por estar com a integridade da pele prejudicada. Além disso, os usuários relatam sensação de pesar com o envolvimento da droga.

É observada a degradação física dos usuários perante o uso de drogas, isso se deve ao fato do uso da droga ser combinado pela falta de alimentação, por “substituir” um alimento e não ter apetite e associado também à vivência nas ruas. É notório nos usuários a magreza, machucados devido ao trabalho pesado, brigas, escoriações, dores no corpo, dor de dente, dor de cabeça, dores nas articulações e convulsões (LIMA, 2015).

O uso do *crack* altera o sistema neurotransmissor, gerando sensação de euforia e prazer, cansaço e seditação da fome. Causa insônia, perda de peso, que pode chegar até perda de dez quilos por mês e a higiene em geral fica comprometida. Dentre os impactos psicofisiológicos estão presentes problemas pulmonares, zumbidos, alterações de equilíbrio, problemas auditivos, musculoesqueléticos e cutâneos. O usuário pode contrair ISTs devido ao aumento da vulnerabilidade, mortalidade em pequeno espaço de tempo, pelos homicídios e doenças crônicas, maiores problemas sociais, desemprego, além de ocorrência de condutas negativas para obter a droga, como furtos, assaltos, roubos (FONTANELLA, 2019).

São sensações imediatas da droga: euforia, agitação, prazer, irritabilidade, percepção alterada, pensamentos confusos, problemas cardiovasculares e cognitivos. Foi notado que o *crack* causa problemas como tosse, falta de ar, dores no peito. A agitação causada pela droga causa aumento da frequência cardíaca e aumento da pressão arterial e infarto. Além disso, os usuários se expõem à violência e situações de perigo que podem levar à morte (CASTRO et al., 2014).

Os malefícios decorrentes do uso das drogas comprometem o usuário de forma física, psíquica, social e cultural. Com isso amplia-se a criminalidade, o tráfico, a violência, as doenças, a exclusão social, e outros. Isso gera discussões no âmbito das Políticas Públicas a fim de discutir sobre drogas e para atender demandas (LIMA; SOUZA; DANTAS, 2016).

Problemas neurológicos decorrentes do uso das drogas também são citados no estudo de Reynolds e colaboradores (2019), onde os mesmos pontuam alterações, como processamento de informações de forma lenta, dificuldades de organização e planejamento, aprendizagem, diminuição da concentração e da atenção (FERREIRA; COLOGNESE, 2014) e uma maior propensão ao envolvimento em crimes e em situações de risco (REYNOLDS et al., 2019).

O uso de álcool é feito para aquecimento ou para relaxar e dormir, e também pode ser usado para substituir a alimentação (MEDEIROS, 2019). Logo após o efeito anestésico que a droga possui, os usuários queixam de dores nas articulações, na boca, na barriga, e em várias partes do corpo (FIOCRUZ, 2014).

Em uma pesquisa realizada com trinta usuários de *crack*, um paciente relata que faz uso do *crack* sempre sozinho, no fim da noite\madrugada, por meio de latas encontradas na rua, e que após o uso se sentiu menos enérgico, com tremores, perdeu peso, tossia bastante, ficou por muito tempo sem dormir e sentiu convulsões. É muito percebido em usuários de drogas além de irritação, ataques de pânico (medo de morrer), raiva exacerbada, paranoia, ansiedade. Estes sintomas são encontrados na dependência de substância atual. Outro paciente relatou que sentiu-se triste, desanimado, deprimido, estes sintomas eram percebidos pelo mesmo de maneira frequente. Afirmou também não possuir desejo por nada, e perda de interesse e prazer por coisas que antes lhe agradava. Sintomas de abstinência – o paciente muitas vezes refere sentir os sintomas após algumas horas de interrupção do uso (tremores, palpitações, e outros) (WANDEKOKEN; SIQUEIRA, 2014).

5.6 Voltar a morar com a família

É necessário abordar os danos aos quais esses usuários estão submetidos, tais como: vulnerabilidade e risco social, fragilidade e quebra dos vínculos familiares e com a comunidade, desemprego, violência, exclusão social, miséria, crimes, entre outros. Os indivíduos e seus familiares que utilizam as ruas para viver são chamados “população em situação de rua”. Estes possuem os vínculos fragilizados ou até mesmo quebrados com a sociedade e tem como moradia espaços insalubres e impróprios para habitação humana (LIMA; SOUZA; DANTAS, 2016).

Os membros da família são os primeiros que sentem as consequências que a droga causa ao indivíduo que desenvolve o vício. Da família é esperado o cuidado, proteção, afeto, construção de identidades, vínculos afetivos para garantir uma melhor qualidade de vida a todos os membros e inclusão dos indivíduos na sociedade. O apoio da família é fundamental no processo de recuperação dos usuários e contribui muito no tratamento e na melhora do quadro (MATTOS, 2015).

A exposição dos familiares é uma situação preocupante, já que as políticas públicas de saúde são direcionadas principalmente ao indivíduo que faz uso de drogas. Isso resulta na ausência de assistência adequada aos familiares que efetuam o cuidado no dia a dia. Apesar do cuidado dos familiares ser deixado para depois do cuidado dos usuários, a atual política de saúde mental visa a participação da família no processo de tratamento e de inserção social do dependente químico (MACIEL et al., 2018).

Para Lima (2015) a população usuária de *crack* tem seus vínculos familiares rompidos, possui baixa escolaridade, problemas de saúde em demasia, porém tem esperança de sair da situação de vulnerabilidade que se encontram. Os indivíduos pensam muito em trabalhar, começar atividades manuais, fazer cursos, mas citam que sentem falta de uma instituição que forneça serviços de apoio para eles.

A família, muitas das vezes não proporcionam apoio para seus filhos no quesito dependência química. Isso torna-se um obstáculo ao tratamento, dificultando assim o mesmo e também o controle emocional da situação. Permite-se assim que esse usuário continue no mundo das drogas (CARVALHO; OLIVEIRA; MARTINS, 2014).

O construcionismo social nos aponta que para constituir rede no território é necessário também a construção de estratégias de cuidados compartilhados entre as instituições, a família e os usuários de drogas. Estas instituições possuem uma função de proteção ao uso de drogas. Além disso, elas fazem um trabalho de prevenção ao uso que é relevante tanto para o profissional quanto para a família e o próprio usuário. Nota-se que a família é o apoio do indivíduo que faz uso de drogas, visando sustentá-lo de modo afetivo e emocional. Deve-se assim, então reforçar o apoio das políticas públicas para que se obtenha uma comunidade e sociedade integradas, pra que se almeje o enfrentamento do *crack* entre crianças e adolescentes (BASTOS; BERTONI, 2014).

5.7 Adesão ao tratamento em saúde

Há usuários, que, por viver em situação de rua expostos a condições precárias ambientais, são portadores do vírus HIV, e também diagnosticados com câncer, tuberculose, sífilis, entre outras doenças infectocontagiosas e que não realizam tratamento (RUI et al., 2014).

Em questão do tipo de tratamento em saúde, a maioria dos usuários recebeu assistência ambulatorial, o restante recebeu assistência em regime intensivo (permanência dia). Já quanto ao tempo de tratamento, muitos pacientes são assistidos pelo CAPS por um período de 1 a 30 dias, e alguns deles permaneceu no serviço por 60 dias ou mais. As altas médicas foram citadas com maior frequência, seguidas de altas por abandono de tratamento ou evasão (ROCHA et al., 2015).

Compreende-se que as políticas públicas de atenção aos usuários de drogas ainda são recentes, tendo em vista um contexto de preconceito e discriminação de tais usuários, dificultando o acesso ao tratamento (XAVIER et al., 2018, p. 7)

A prevenção tem como objetivo promover ações para fortalecer os vínculos familiares e da comunidade, e também reduzir fatores de risco para uso de drogas. No que diz respeito a tratamento de saúde, em estudos de Lima (2015) alguns participantes optam por fazer o tratamento estando em casa, pois na rua eles não iriam tomar os medicamentos necessários para tratamento da dependência química e também não conseguiriam ficar sem usar a droga.

Ao analisar as políticas públicas em saúde no Brasil e os princípios do SUS, embasando-se na universalidade, têm-se os consumidores de drogas como sujeitos de direito ao acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção (PAULA et al., 2014).

O eixo Cuidado trata da estruturação de redes de atenção de saúde e de assistência social para o atendimento aos usuários de drogas e seus familiares, rede essa composta por diversos serviços e equipamentos que oferecem atenção especial a partir da rede socioassistencial, existente tanto no campo da saúde, como CAPS álcool e drogas, leitos hospitalares e unidades de acolhimento; quanto na Assistência Social com equipamento que podem atuar desde a prevenção como é o caso do Centro de Referência de Assistência Social - CRAS, até atendimentos especializados nos casos de violação de direitos associado ao consumo de drogas como é o caso do Centro Especializado de Assistência Social – CREAS, como também pode ser disponibilizado vagas de acolhimento em comunidades terapêuticas. Já no eixo autoridade objetiva-se a repressão policial ao tráfico de drogas ilícitas

e ao crime organizado para a redução da oferta de drogas ilícitas no Brasil (BRASIL, 2011, p.32).

Para o eixo do cuidado são desenvolvidas ações a fim de estruturar a Rede de Atenção à Saúde (RAS), e de assistência social para atender usuários de drogas e também seus familiares. Os serviços de saúde ofertados pelas RAS são: os Consultórios na Rua (CnaR), Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS Ad) e outros CAPS, além de leitos em enfermarias especializadas (LIMA, 2015).

As diretrizes afirmam que seja necessário o encaminhamento dos usuários de *crack* e outras drogas no âmbito do SUS a outros recursos, como a serviços de urgência e emergência de consultórios na rua e albergues terapêuticos para serem acompanhados. A política pública de saúde desenvolveu serviços para a redução de danos, como o CnaR, os CAPS Ad e outros recursos que são menos invasivos e violentos. Esses serviços tem demonstrado ter resultados de grande importância no cuidado com os usuários, respeitando sua autonomia e liberdade (CASTRO et al., 2014).

A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas Nacional de 2003, traz como a linha de atuação a redução de danos. E como definição de Redução de Danos:

[...] estratégia de saúde pública que visa reduzir os danos causados pelo abuso de drogas lícitas e ilícitas, resgatando o usuário em seu papel autorregulador, sem a preconização imediata da abstinência e incentivando-o à mobilização social – nas ações de prevenção e de tratamento, como um método clínico-político de ação territorial inserido na perspectiva da clínica ampliada (BRASIL, 2003).

A promoção de saúde possui novos conhecimentos e novas posturas para entender o problema das drogas e enfrentá-los. Para isso utiliza-se a política de redução de danos. Os programas devem possuir papel para promover saúde, então deve-se avaliar a realidade social e cultural de cada indivíduo e comunidade, para adequá-lo à linguagem e à cultura local (ZEMEL, 2011).

O enfermeiro precisa conhecer a PSR, suas diferenças e suas necessidades específicas, para se aproximar efetivamente de práticas que favoreçam a promoção da saúde das pessoas (CRUZ, 2014), além de promover estratégias a fim de que se fortaleça as terapias da comunidade com os usuários, e também construir redes de assistência que reconheçam as competências de outros profissionais para que seja

feito um trabalho efetivo enfatizando o cuidado com usuários de álcool e outras drogas (RANGEL; MIRANDA; OLIVEIRA, 2016).

O mesmo, nesse serviço, possui um papel fundamental na atenção à PSR, devido sua atuação de forma direta ao usuário e à RAS. São levados em consideração o conhecimento, as especificidades, os desafios e particularidades que a população apresenta, estando atenta às características de cada grupo, pois mesmo entre a PSR há grupos que apresentam ainda mais vulnerabilidade no contexto da rua, como as mulheres (PAIVA, 2015; GALAVOTE et al., 2016).

O enfermeiro e outros profissionais de saúde devem apresentar um perfil adequado para atender a PSR, usuárias de *crack*, álcool e outras drogas, portando um perfil sério e entendendo as diversidades dessa população. Devem ser capacitados de tal forma que possam entender as políticas públicas de saúde, visadas a atender indivíduos usuários de drogas, saber ter um diálogo íntegro com os mesmos; entender suas necessidades e conquistar o espaço deles a fim de que se estabeleçam vínculos para facilitar o atendimento aos mesmos. Nota-se que cada vez mais necessita-se de profissionais que possuem atitudes humanizadas, tornando-se assim mais qualificados o atendimento e escuta para boas práticas.

Diante essa situação, é necessário que as equipes de saúde possuam uma forma de abordagem de atenção para a família, principalmente para as mães no serviço de saúde, como pode-se observar no construcionismo social, onde elas são atingidas por presenciar a situação mais presente e sentindo-se responsável para resolver um problema e não tendo nenhum apoio ou suporte para recorrer. Sendo assim, surge a necessidade da atenção básica acolher, orientar e apoiar estas mães no serviço de saúde, que embora tenha muitas dificuldades, ainda conseguem lidar com problemáticas situações e tentar ajudar os filhos a se libertarem do uso de drogas e conseguir proporcionar carinho e afeto para os mesmos (CARVALHO; OLIVEIRA; MARTINS, 2014).

O construcionismo social é uma ferramenta para construir uma ponte de atenção voltada à família, a partir do momento que ela busca a ajuda ao serviço de saúde, e proporciona uma melhor qualidade de vida à família e as mães, que se encontram na maioria dos casos sobrecarregadas de sentimentos e dificuldades que não são minimizadas apenas com o acesso ao tratamento. O princípio da integralidade atende aos usuários como um todo e enfatiza a importância da articulação com outras políticas públicas para assegurar um atendimento de forma

integral. A função da articulação da rede é garantir que o usuário tenha as suas demandas atendidas e que as políticas possam estabelecer um elo entre si a fim de garantir um atendimento de qualidade (CARVALHO; OLIVEIRA; MARTINS, 2014).

A construção da rede é uma tarefa contínua. O suporte no âmbito da saúde mental a usuários de drogas e suas famílias é um fator essencial de cuidado e proteção, no que diz respeito tanto ao fortalecimento dos indivíduos e dos familiares para interromper o consumo de drogas, quanto ao acompanhamento de possíveis problemas psíquicos e emocionais que resultam do uso de drogas. O apoio à família, que precisa ter acolhimento e cuidado para cuidar de seu integrante que manifesta o problema, deve fazer parte da dinâmica de tratamento do indivíduo usuário de drogas (BASTOS; BERTONI, 2014). A equipe de abordagem aos usuários de álcool e outras drogas deve conter diversos profissionais, com interação, voltada, para as atividades complementares em grupo, com acesso a bens culturais, participação das famílias e o uso de equipamentos sociais (OLIVEIRA et al., 2015).

Inserir a população em situação de rua no SUS é abrir possibilidades e opções para que os profissionais, operadores do sistema, possam exercer o princípio de equidade, tornando-se possível ações e condutas diferentes para aqueles que delas necessitem, a fim de que haja garantia do atendimento à saúde (PACHECO, 2015).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou conhecer o processo que levou as pessoas usuárias de *crack* e outras drogas a viver nas ruas, sendo que para uns o que levou a viver nas ruas foi o uso de drogas e desemprego, e para outros, problemas emocionais e familiares. O uso de drogas faz com que os indivíduos abandonem sua rotina de vida, que antes era mais estável, sendo esta presenciada por trabalho e família, e começa a viver em uma situação, que para os mesmos é de risco e vulnerabilidade. O uso de drogas se dá por curiosidade, ou seja, ao experimentar a droga, que causa efeito de prazer, faz com que eles queiram experimentar e fazer uso contínuo desta, o que acarreta danos ao organismo devido às tóxicas substâncias encontradas na droga. Surgem-se assim, mudanças físicas no organismo, onde podemos destacar emagrecimento, perda de dentes, agitação, além do surgimento de doenças.

Mudanças no padrão comportamental também são observadas nos usuários de *crack*, álcool e outras drogas, sendo estas a baixa autoestima, agressividade e depressão.

Destaca-se que a maior parte dos usuários buscam ações como pedir dinheiro em semáforos, vigiar carros em festas, além disso muitos deles optam por um trabalho informal, ou até mesmo optam por roubos para conseguir dinheiro. Estes são fatores que os mesmos conseguem como modo de sobrevivência estando nas ruas para comprar alimentos, tomar banho ou até mesmo para sustentar o vício que a droga traz.

É necessário que mais estudos sejam realizados sobre drogas e redução de danos a fim de contribuir com ações sociais e de saúde mais concretas, de forma a fomentar a interdisciplinaridade profissional, expandir os conhecimentos e a perspectiva do trabalho sob a lógica da redução de danos, fortalecendo a integralidade do cuidado aos usuários de álcool, *crack* e outras drogas presentes nos mais diversos territórios, com vistas à melhoria da qualidade de vida da PSR.

Ressalta-se que essa teoria é embasada no construcionismo social, onde a pessoa constrói significados que conta com a linguagem para dar significado e para expressar fatores importantes de sua experiência no mundo, não distinguindo o certo do errado, e não havendo verdades absolutas. Novas formas de cuidados são construídas, estabelecendo uma relação entre o profissional e o paciente e gera

estímulos para que o usuário possa lidar com a doença e comprometer-se ao tratamento.

As ações de intervenção não podem somente ter como objetivo a missão de reduzir o número de usuários dependentes de drogas, mas sim de conseguir que haja mais políticas públicas no âmbito da saúde e social para priorizar o acesso e qualidade de atendimento integral destes usuários, enfatizando promoção à saúde, prevenção, principalmente de recaídas, contando com uma rede de atenção à saúde humanizada e interação com outras ações intersetoriais, para que o objetivo principal seja a defesa da vida e da cidadania das pessoas.

Entende-se que as condições de saúde das pessoas em situação de rua são semelhantes às suas condições de vida. É importante analisar a complexidade do atendimento em saúde e as dificuldades que a PSR enfrenta quando se compreende que saúde não é apenas ausência de doença, e sim, um meio de bem-estar físico, social e mental.

O presente estudo teve como limitações a dificuldade de absorver muitas informações, devido aos participantes não responder algumas questões propostas na entrevista.

Espera-se que este estudo possa contribuir e fornecer subsídios para a comunidade, sociedade e profissionais que atuam na área da saúde, e que estes possam conhecer os motivos que levam um indivíduo a morar nas ruas e usar drogas. Espera-se também que através desse estudo, possam elaborar estratégias de atenção para este problema e oferecer uma assistência em saúde de forma humanizada, um bom acolhimento e uma boa escuta. Para alcançar este objetivo, sugere-se que o atendimento seja realizado através de ações coletivas ouvindo as queixas do usuário e seus familiares.

Ressalta-se também a que é de suma importância a oferta de serviços de saúde mais acessíveis e efetivos para os usuários de *crack*, álcool e outras drogas, a fim de amenizar este problema do uso abusivo, levando em consideração as necessidades destes e de sua família, voltados para a prevenção do uso de drogas, como para a promoção da saúde integral dos usuários.

REFERÊNCIAS

- ABDALLA, R. R.; MADRUGA, C. S.; RIBEIRO, M., PINSKY, I.; CAETANO, R.; LARANJEIRA, R. Prevalence of Cocaine Use in Brazil: Data from the II Brazilian National Alcohol and Drugs Survey (BNADS). **Addictive Behaviors**, New York, v. 39, n. 1, p. 297–301, 2014.
- ALMEIDA, N. D. Uso de álcool, tabaco e drogas por jovens e adultos da cidade de Recife. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 29, n. 66, p. 295-302. jul./set., 2011.
- ANDRADE, L. P.; COSTA, S. L.; MARQUETTI, F. C. A rua tem um ímã, acho que é a liberdade: potência, sofrimento e estratégias de vida entre moradores de rua na cidade de Santos, no litoral do Estado de São Paulo. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1248-61, 2014.
- ANTONIASSI JÚNIOR, G.; GAYA, C. M.; Implicações no uso de álcool, tabaco e outras drogas na vida do universitário. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**. v. 28, n. 1, p. 67-74, 2015.
- ASSIS, S. G. (org). **Crianças, adolescentes e crack**: desafios para o cuidado. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2015, 402p.
- BALBINOT, A. D.; ARAÚJO, R. B. Análise do perfil de dependentes de *crack* em internação hospitalar. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 5, n. 3, p. 471-480, 2012.
- BARATA, R. B.; JUNIOR, R. C.; RIBEIRO, M. C. S. A.; SILVEIRA, C. Desigualdade social em saúde na população em situação de rua na cidade de São Paulo. **Saúde Soc.** São Paulo, v.24, p.219-32, 2015.
- BARBOSA, K. K. S.; ROCHA, W. S.; VIEIRA, K. F. L.; ALVES, E. R. P.; LEITE, G. O.; DIAS, M. D. Concepções de usuários de *crack* acerca da droga. **Revista de Enfermagem da UFSM**. v. 5, n. 2, p. 286-94. Santa Maria, abr./jun. 2015.
- BASSAN, L.; VASCONCELOS, J.; DALCIN, C. B.; CÁCERES, K.; GEHLEN, M. H.; BACKES, D. S. T. Impacto do uso do *crack* nas relações familiares: revisão narrativa. **Disciplinarum Scientia**. v. 17, n. 1, p. 11-21. Série: Ciências da Saúde, Santa Mara, RS, mar./jun., 2016.
- BASTOS, F. I.; BERTONI, N. **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.
- BASTOS, F. I.; MENDES, A.; DUARTE, P. do C. A. V.; BERTONI, N. Smoked *crack* cocaine in contemporary Brazil: the emergence and spread of “oxi”. **Addiction**, n. 106, 1191–1192, 2011.
- BATISTA, N. C. S.; BERNARDES, J. S.; MENEGON, V. S. M. Conversas no cotidiano: um dedo de prosa na pesquisa. In: SPINK, M. J.; BRIGAGÃO, J. I. M.; NASCIMENTO, V. L. V.; CORDEIRO, M. P. (org.). **A produção da informação na**

pesquisa social: compartilhando ferramentas. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014. p. 97-122. E-book. Disponível em: http://www.bvce.org.br/DownloadArquivo.asp?Arquivo=SPINK_A_producao_de_informacao.pdf. Acesso em: 10 out. 2019.

BISCOTTO, P. R.; JESUS, M. C. P.; OLIVEIRA, D. M.; SILVA, M. H.; CONZ, C. A.; MERIGHI, M. A. B. Viver em situação de rua na perspectiva de mulheres: uma abordagem compreensiva. **Investigação Qualitativa em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 2, p.126, 2016.

BITTENCOURT, A. L. P.; FRANÇA, L. G.; GOLDIM, J. R. Adolescência vulnerável: fatores biopsicossociais relacionados ao uso de drogas. **Revista Bioética**, v. 23, n. 2, p. 311-9, 2015.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Diálogos sobre a população em situação de rua no Brasil e na Europa:** experiências do Distrito Federal, Paris e Londres. Brasília, DF: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. 60 p. (Série B.). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf. Acesso em: 14 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006.** Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.
BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Prevenção ao uso indevido de drogas:** capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. 4. ed. Brasília, DF: SENAD, 2011.

CARVALHO, C. M. S.; OLIVEIRA, A. B. S.; MARTINS, L. M. S. Vivências de mães de usuário de *crack*: sentimentos e implicações sociais. **Revista Interdisciplinar**. v. 7, n. 3, p. 121-130, jul./ago./set., 2014.

CASTRO, N. R.; BARROS, R. C.; TEIXEIRA, M. C. T.; CAMPOS, J. F.; CAMPOS, D. V. Usuários de *Crack*: internação involuntária versus compulsória. *In*: SIMPÓSIO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE, 6, 2014, Viçosa. **Anais...** Viçosa, MG: FACISA, 2014.

CHAGAS, V. J. S. **Plano de ação para o atendimento à puérpera usuária de crack.** 2014. 20 f. Monografia (Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem - Saúde Materna, Neonatal e do Lactente) -- Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

COSTA, L. E.; MESQUITA, V. M.; CAMPOS, A. P. Moradores de rua, quem são eles? Um estudo sobre a população de rua atendida pela casa da sopa "Capitão

Vendramini” de Três Corações. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 13, n. 2, p. 285-97, jul./dez., 2015.

CRUZ, V. D.; OLIVEIRA, M. M. de; PINHO, L. B. de; COIMBRA, V. C. C.; KANTORSKI, L. P.; OLIVEIRA, J. F. de. Condições sociodemográficas e padrões de consumo de *crack* entre mulheres. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 4, p. 1068-76, out./dez., 2014.

DIAS, M. S. A.; SILVA, L. C. C.; BRITO, M. C. C.; SILVA, A. V.; RODRIGUES, A. B.; DIAS, F. A. C. Repercussões biológicas e sociais do uso do *crack*: a voz dos familiares de usuários. **Sanare**, Sobral, v. 12, n. 2, p. 21-26, jun./dez., 2013.

DUPONT, R. L.; MERLO, L. J.; ARRAIA, A. M.; SHEA, C. L. Random Student Drug Testing as a School-based Drug Prevention Strategy. **Addiction**. v. 8, n. 5, p. 839-845, 2013.

FARIAS, D. C. S.; RODRIGUES, I. L. A.; MARINHO, I. C.; NOGUEIRA, L. M. V. Saberes sobre saúde entre pessoas vivendo em situação de rua. **Psicologia e saber social**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 3, p. 71, jun., 2014.

FÉLIX JÚNIOR, I. J.; SCHLINDWEIN, V. L. D. C.; CALHEIROS, P. R. V. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 104-122, 2016.

FERREIRA, V. R. T.; COLOGNESE, B. T. Prejuízos de funções executivas em usuários de cocaína e *crack*. **Avaliação Psicológica**, v. 13, n. 2, p. 195–201, 2014.

FERTIG, A.; SOUZA, L. M.; SCHNEIDER, J. F. O cotidiano de familiares usuários de *crack*: uma análise reflexiva. **Revista de Enfermagem UFPE online**. v. 7, n. 9, p. 5726-32. Recife, 2013.

BASTOS, F. I.; BERTONI, N. (org.). **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: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014. Disponível em: <https://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/Pesquisa%20Nacional%20sobre%20o%20Uso%20de%20Crack.pdf>. Acesso em: 31 dez. 2018.

FONTANELLA, R. P.; HILL, L. F.; LONGEN, W. C. Estudo dos impactos da dependência química de *crack* na condição físico funcional. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. v. 48, n. 3, p. 131-43, jul./set., 2019.

FORTES, P. M.; HESS, A. R. B.; MARRONE, D. D.; HUTZ, C. S.; ALMEIDA, R. M. M. Avaliação neuropsicológica do funcionamento executivo, níveis de ansiedade, depressão e raiva de poliusuários de drogas: um estudo comparativo. **Revista Neuropsicologia Latino-Americana**, v. 11, n. 1, p. 28-37, 2019.

FORTUNA, C. M.; MATUMOTO, S.; PEREIRA, M. J. B.; MISHIMA, S. M.; KAWATA, L. S.; CAMARGO-BORGES, C. O enfermeiro e as práticas de cuidados coletivos na estratégia saúde da família. **Revista Latino-Americana em Enfermagem**. v. 19. n. 3, maio/jun./2011. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae. Acesso em 02/12/18.

GABATZ, R. I. B.; SCHMIDT, A. L.; TERRA, M. G.; PADOIN, S. M. M.; SILVA, A. A.; LACCHINI, A. J. B. Percepção dos usuários de *crack* em relação ao uso e tratamento. **Revista Gaúcha em Enfermagem**. v. 34, n. 1, p. 140-46. Porto Alegre, 2013.

GALAVOTE, H. S.; ZANDONADE, E.; GARCIA, A. C. P.; FREITAS, P. S. S.; SEIDL, M.; CONTARATO, P. C.; ANDRADE, M. A. C.; LIMA, R. C. D. O trabalho do enfermeiro na atenção primária a saúde. **Esc. Anna Nery**, v.1, n. 20, p. 91, 2016.

GERGEN, K. Movimento do construcionismo social na psicologia moderna. Tradução: Ercy José Soares Filho. **Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis**, Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 299-325, jan./jul., 2009.

GEVÚ, J. C. A.; SIQUEIRA, K. S.; RAMOS, T. G.; FERREIRA, G. P.; CARVALHO, A. Ciência para Todos: Ensinando para Internos de um Centro de Recuperação de Uso de Drogas em Cabo Frio, Rio de Janeiro. **Revista Guará**. 2017.

GONÇALVES, A. M. S.; SANTOS, M. A.; PILLON, S. C. Uso de álcool e/ou drogas: avaliação dos aspectos da espiritualidade e religiosos. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**. v. 10, n. 2, p. 61-9, maio/ago., 2014.

HINO, P.; SANTOS, J. O.; ROSA, A. S. Pessoas que vivenciam situação de rua sob o olhar da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. n. 71 (Supl 1). p. 684-92. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Uberaba**: população. Rio de Janeiro: IBGE, [2019]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/uberaba.html>. Acesso em: 8 out. 2019.

IÑIGUEZ, L. Construcionismo social e psicologia social. In: MARTINS, J. B.; HAMMOUTI, N. D. E.; IÑIGUEZ, L. **Temas em análise institucional e em construcionismo social**. São Carlos: Rima; Fundação Araucária, 2002. p. 127-56.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Estimativa da população em situação de rua no Brasil. Brasília, DF: IPEA, 2016.

JORGE, M. S. B.; QUINDERÉ, P. H. D.; YASUI, S.; ALBUQUERQUE, R. A. Ritual de consumo do *crack*: aspectos socioantropológicos e repercussões para a saúde dos usuários. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Fortaleza, v. 18, n. 10, p. 2909-18, 2013.

KUNZ, G. S.; HECKERT, A. L.; CARVALHO, S. V. Modos de vida da população em situação de rua: inventando táticas nas ruas de Vitória/ES. **Fractal: Revista de Psicologia**, Vitória, v. 26, n. 3. p. 919-42, set./dez. 2014.

KUYAVA, A. C.; LACERDA, S. **O cotidiano de gestantes usuárias de crack**. 2013. 73 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

- LEITE, L.; BOTELHO, A.; LIMA, B. Evasão escolar, drogas, criminalidade: os descaminhos na adolescência e suas articulações com questões do sujeito. **Revista Educação e Cultura Contemporânea**, América do Norte, v. 5, n. 10, 2019.
- LIMA, A. P. D. A. **As múltiplas faces do crack**: da experiência do usuário ao contexto sócio/político. 2014. 78 f. Dissertação (Mestrado em psicologia) – Universidade Católica de Pernambuco, Recife, 2014.
- LIMA, C. C. **População em situação de rua usuária de crack na Maré**. 2015. 61 f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Serviço Social) -- Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.
- LIMA, M. D. A.; SOUZA, A. S.; DANTAS, M. F. Assistência social e ações de enfrentamento ao *crack* e outras drogas: um debate necessário. **Revista Interfaces**, v. 3, n. 11, p. 95-102, jul., 2016.
- LONDERO, M. F. P.; CECCIM, R. B.; BILIBIO, L. F. S. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. **Interface: comunicação, saúde, educação**. Botucatu. v. 18, n. 49, p. 251-260, abr./jun. 2014.
- LOPES, P. G. **Sentidos da vivência nas ruas**: conversas com pessoas em situação de rua. 2019. 141 f. Dissertação (Mestrado em psicologia) – Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2019..
- LORENZI, C. G.; MOSCHETA, M. S.; CORRADI-WEBSTER, C. M.; SOUZA, L. V e. **Construcionismo social**: discurso, prática e produção no conhecimento. Rio de Janeiro: Instituto Noos, 2014.
- MACERATA, I.; SOARES, J. G. N.; RAMOS, J. F. C. Apoio como cuidado de territórios existenciais: Atenção Básica e a rua. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, SP, v. 18, p. 919-930, 2014. Supl. 1.
- MACHADO, C. S.; MOURA, T. M. de; ALMEIDA, R. J. de. Estudantes de Medicina e as Drogas: Evidências de um Grave Problema. **Revista brasileira de educação médica**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 1, p. 159-167, mar., 2015.
- MACIEL, S. C.; SILVA, F. F.; PEREIRA, C. A.; DIAS, C. C. V.; ALEXANDRE, T. M. O. Cuidadoras de Dependentes Químicos: Um Estudo sobre a Sobrecarga Familiar. **Psic.: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 34, p. 1-10, 2018.
- MAGALHÃES, J. M.; LIMA, A. C. S.; LIMA, C. A. S.; LEAL, M. C. B.; BRANCO, F. M. F. C.; MONTEIRO, C. F. S. Vivencia de mães de adolescentes usuários de *crack*. **Revista Interdisciplinar**. Teresina, v. 6, n. 3, p. 89-96, jul./ago., 2013.
- MALHOTRA, N. K. **Pesquisa de marketing**: uma orientação aplicada. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2006.
- MARANGONI, S. R., OLIVEIRA, M. L. F. Fatores desencadeantes do uso de drogas de abuso em mulheres. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. 662–70, 2013.

MATTOS, A. A. Q. **O uso do crack e as estratégias de redução de danos.** 2015. Dissertação (Mestrado Políticas Sociais e Cidadania) -- Universidade Católica do Salvador, Salvador, 2015.

MEDEIROS, R. P. Entre as andanças e as travessias nas ruas da cidade: Territórios e uso de drogas pelos moradores de rua. **Civitas**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 142-58, jan./abr., 2019.

MELO, J. R. F.; MACIEL, S. C. Representações sociais do *crack* elaboradas por usuários em tratamento. **Psicologia em Estudo**, v. 20, n. 1, p. 23-32, 2015.

MENEZES, L. M.; COIMBRA, L. T. A.; ALBUQUERQUE, M. L. N. L.; HOLANDA, R. P. G. A.; SOUSA, M. N. A. Perfil epidemiológico das pessoas em situação de rua. **Journal of medicine and health promotion**. Patos, v. 2, n. 1, p. 433-41, jan./mar 2017.

MINAYO, M. C. S. Cientificidade, generalização e divulgação de estudos qualitativos. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 16-7, 2017.

MINAYO, M. C. S.; GUERRIERO, I. C. Z. Reflexividade com o éthos da pesquisa qualitativa. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. v. 19, n. 4, p. 1103-12, abr, 2014.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 14 ed. São Paulo: Hucitec. 2014. p. 303-18.

NARVAEZ, J. C. M.; PECHANSKY, F.; JANSEN, K.; PINHEIRO, R. T.; SILVA, R. A.; KAPCZINSKI, F.; MAGALHÃES, P. V. Quality of life, social functioning, family structure, and treatment history associated with *crack* cocaine use in youth from the general population. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 37, n. 3, p. 211-18. São Paulo, jul/set. 2015.

OLIVEIRA, E. N.; SANTANA, M. M. G.; ELOIA, S. C.; ALMEIDA, P. C.; FELIX, T. A.; XIMENES NETO, F. R. G. Projeto terapêutico de usuários de *crack* e álcool atendidos no centro de atenção psicossocial. **Revista Rene**, v. 16, n. 3, p. 434-41, maio/jun., 2015.

PACHECO, J. **A população em situação de rua tem sede de quê? De direitos: estudo de caso da implantação do Consultório na Rua da cidade de Joinville.** 2015. 240 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental e Atenção Psicossocial) -- Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

PAIVA, I. K. S. **População em situação de rua: desafios e perspectivas para formação do enfermeiro.** 2015. 185 f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Sociedade) -- Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Mossoró, RN, 2015.

PAULA, M. L.; JORGE, M. S. B.; VASCONCELOS, M. G. F.; ALBUQUERQUE, R. A. Assistance to the drug user in the primary health care. **Psicol. Estud.**, v. 19, n. 2, p. 223-33, 2014.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2004.

RANGEL, C. T.; MIRANDA, F. A. N.; OLIVEIRA, K. K. D. A terapia comunitária integrativa e a enfermagem: o fenômeno e seus contextos. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, v.8, n.1, p. 3770-9, 2016.

REYNOLDS, B. W.; BASSO, M. R.; MILLER, A. K.; WHITESIDE, D. M.; COMBS, D. Executive function, impulsivity, and risk behaviors in Young adults. **Neuro psychology**, v. 33, n. 2, p. 212-21, 2019.

RIBEIRO, D. B.; TERRA, M. G.; SCHNEIDER, J. F.; SOCCOL, L. S.; CAMILLO, L. A.; PLEIN, F. A. D. S. Motivos da tentativa de suicídio expressos por homens usuários de álcool e outras drogas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. 1, p. 1-7, 2016.

ROCHA, F. V.; OLIVEIRA, R. L. de.; BRUM, D. A. S.; CAVALCANTE, R. B.; MACHADO, R. M. Epidemiologia dos transtornos do desenvolvimento psicológico em adolescentes: uso de álcool e outras drogas. **Revista Rene**, v. 16, n. 1, p. 54-63, 2015.

RONZANI, T. M.; NOTO, A. R.; SILVEIRA, O. S. **Reduzindo o estigma entre usuários de drogas: guia para profissionais e gestores**. Juiz de Fora: UFJF, 2014.

ROSA, A. da S.; BRÊTAS, A. C. P. A violência na vida de mulheres em situação de rua na cidade de São Paulo, Brasil. **Interface: Comunicação, saúde, educação**, São Paulo, v. 19, n. 53, p. 275-85, 2015.

ROSÁRIO, G. O. do. **Análise das condições e modos de vida de mulheres em situação de rua em Porto Alegre – RS**. 2015. 103 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

RUI, T.; ADORNO, L.; SILVA, S.; CALIL, T.; GOMES, B. R.; MALVASI, P.; VASCONCELLOS, M. P. Amarga delícia: experiências de consumo de *crack* na região central de São Paulo (BR). **Revista do PPGCS/UFRN**. Natal RN, n.15, jul./dez., p. 87-109, 2014.

SANTANA, C. Consultórios de rua ou na rua? Reflexões sobre políticas de abordagem à saúde da população de rua. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 8, p. 1798-1800, ago, 2014.

SANTANA, C. J.; REIS, L. M.; ALMEIDA, E. G.; OLIVEIRA, M. L. F. Caracterização sociodemográfica e padrão de uso de drogas em internados por trauma físico. **Revista Presencia**. v. 14, 2018.

SANTOS, M. M.; PORTO, P. N.; OLIVEIRA, J. F.; PIRES, C. G. S. P.; ARAÚJO, A. J. S. A. Associação entre características sociodemográficas e frequência de uso de

álcool por gestantes. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 30, n. 2, p. 1-9, abr./jun. 2016.

SELEGHIM, M. R.; OLIVEIRA, M. L. F. Influência do ambiente familiar no consumo de *crack* em usuários. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 26, n. 3, p. 263-8, 2013.

SIEGLING, A. B.; VESELY, A. K.; SAKLOFSKE, D. H. Advancing the trait EI content domain: further evidence for the distinctiveness of interpersonal facets. **Pers Individ Dif**. v. 54, n. 1, p. 81-6. 2013.

SILVA, F. P.; FRAZÃO, I. S.; LINHARES, F. M. P. Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua. **Caderno de Saúde Pública**. v. 30, n. 4, p. 805-14, abr., 2014.

SILVA, P. P. C.; SANTOS, A. R. M.; SILVA, E. A. P. C.; LEONIDIO, A. C. R.; ARAÚJO, B. M. R.; FREITAS, C. M. S. M. Práticas corporais e uso de álcool e drogas: vivenciando emoções. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, Brasília, v. 22, n. 2, p. 141-7, fev., 2014.

SOUSA, P. F.; RIBEIRO, L. C. M.; MELO, J. R. F.; MACIEL, S. C.; OLIVEIRA, M. X. Dependentes químicos em tratamento: um estudo sobre a motivação para mudança. **Temas em Psicologia**, v. 21, n. 1, p. 259-68, 2013.

SOUZA, M. J. S. **Dependência química por *crack* no Brasil: revisão bibliográfica**. 2015. 28 f. Monografia (Especialização em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas) -- Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2015.

SPINK, M. J. **A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014.

TEIXEIRA, M. B.; ENGSTROM, E. M.; RIBEIRO, J. M. Revisão sistemática da literatura sobre *crack*: análise do seu uso prejudicial nas dimensões individual e contextual. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 311-30, jan./mar, 2017.

TELES, L. S. C.; CORREA, E. H.; SCATTOLIN, F. A. A. Percepção de agentes comunitários de saúde sobre os usuários de álcool e outras drogas. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 18, n. 2, p. 92-7, jul. 2016.

VILLA, E. A.; PEREIRA, M. O.; REINALDO, A. M. S.; NEVES, N. A. P.; VIANA, S. M. N. Perfil sociodemográfico de mulheres em situação de rua e a vulnerabilidade para o uso de substâncias psicoativas. **Revista de Enfermagem UFPE, on-line**, Recife, v. 5, n. 11, p. 2123, 26; 2017.

WANDEKOKEN, K. D.; SIQUEIRA, M. M. de.; Aplicação do Processo de Enfermagem a usuário de *crack* fundamentado no modelo de Betty Neuman. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.67, n. 1, p. 62-70, 2014.

XAVIER, R. T.; LIMBERGER, J.; MONTEIRO, J. K.; ANDRETTA, I. Políticas públicas de atenção aos usuários de drogas no contexto brasileiro: revisão narrativa de literatura. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 13, n. 1, p. 1-12. São João del Rei, jan./abr., 2018.

YABUUTI, P. L. K.; BERNARDY, C. C. F. Perfil de gestantes usuárias de drogas atendidas em um centro de atenção psicossocial. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Bahia, v. 38, n. 2, p. 349-50, 2014.

ZEMEL, M. L. S. Prevenção - novas formas de pensar e enfrentar o problema. *In*: BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Prevenção ao uso indevido de drogas**: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. 4. ed. Brasília, DF: SENAD; 2011.

APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido

Você, indivíduo que está em situação de rua, residente no município de Uberaba - MG está sendo convidado(a) a participar da pesquisa: “Conhecendo o processo que levou as pessoas usuárias de *crack* e outras drogas a viver nas ruas”, um projeto de pesquisa de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde – *Stricto Sensu*, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. Os objetivos deste estudo são: descrever o processo que levou as pessoas usuárias de *crack* e outras drogas a viver nas ruas; descrever características sociodemográficas dos usuários de *crack* e outras drogas; investigar as consequências das vivências nas ruas. Os benefícios que esta pesquisa pode oferecer é o conhecimento do motivo que levou o usuário de drogas a estar em situação de rua. Sendo assim, é de suma importância levar este conhecimento aos demais profissionais da saúde e para a sociedade, possibilitando a promoção e proteção da saúde, bem-estar e da qualidade de vida para as presentes e futuras gerações.

Os riscos que esta pesquisa pode oferecer é que haja algo durante a entrevista que lhe cause desconforto emocional, e caso isso aconteça o pesquisador irá acionar um membro da equipe Consultório na Rua para lhe oferecer apoio e acolhimento de acordo com sua necessidade.

Você poderá ter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem acarretar nenhum prejuízo a você. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas tem a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade.

Com relação à questão de confidencialidade da pesquisa, os dados serão utilizados apenas para fins de pesquisa científica não havendo divulgação de seu nome, portanto ele não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado por meio de um código evitando riscos de perda de confidencialidade e privacidade.

Aceitando participar deste estudo, será realizada uma entrevista que terá perguntas para poder compreender o significado de como é a vida nas ruas e como os usuários de *crack* e outras drogas se sentem estando neste local e será gravada

com a utilização de um gravador (a entrevista terá duração aproximada de vinte minutos). A gravação será transcrita na íntegra pelos pesquisadores e posteriormente analisada. Essa transcrição será guardada por cinco anos pelo pesquisador responsável e após esse período será destruída.

Você possui garantia total e plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa sem penalização alguma. É garantido que serão mantidos o sigilo e privacidade de seus dados durante todas as fases da pesquisa, incluindo a você o direito de receber uma via deste. As despesas básicas necessárias para a realização dos procedimentos da pesquisa são de responsabilidade dos pesquisadores, não acarretando a você nenhum gasto adicional. De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente da sua participação no estudo, será devidamente indenizado, conforme determina a lei.

APÊNDICE B - Termo de consentimento livre, após esclarecimento

Título do Projeto: “Conhecendo o processo que levou as pessoas usuárias de *crack* e outras drogas a viver nas ruas”.

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não implicará em nenhuma penalização. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

Uberaba,/...../.....

Assinatura do voluntário

Documento de identidade

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador orientador

Telefone de contato dos pesquisadores:

- ✓ Lúcia Aparecida Ferreira: (16) 99991-3691
- ✓ Rúbia Cristina Dias Cândido: (34) 98826-2463

Em caso de dúvida sobre esse documento, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Triângulo Mineiro pelo telefone (34) 3700-6803.

APÊNDICE C – Instrumento de coleta de dados/ Roteiro de entrevista semi-estruturado

1- DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

- ✓ Nome:
- ✓ Sexo:
- ✓ Idade:
- ✓ Estado Civil:
- ✓ Profissão:
- ✓ Escolaridade:

2- História de vida dos indivíduos em situação de rua

1. Há quanto tempo você está em situação de rua?
2. Possui vínculo ou referência familiar? Em caso afirmativo, aponte quais são eles.
3. Qual droga você faz uso?
4. Como se sente após fazer uso de drogas?
5. Qual o motivo de você estar morando nas ruas?
6. Como era sua rotina de vida antes de morar nas ruas?
7. Quais as mudanças físicas e comportamentais percebidas por você depois que você começou a viver nas ruas?
8. Como você faz para sobreviver perante condições de vida precárias e escassas encontradas nas ruas?
9. Você tem vontade de voltar a morar com sua família, retomando assim os vínculos familiares que estavam rompidos?
10. O que levou você a começar a fazer uso de substâncias psicoativas?
11. Você tem vontade de aderir a um tratamento em saúde?