

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



Dissertação

O processo saúde doença na perspectiva de usuários de crack e outras drogas

Suélen Cardoso Leite

Pelotas, 2015

SUÉLEN CARDOSO LEITE

**O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA NA PERSPECTIVA DE USUÁRIOS DE CRACK
E OUTRAS DROGAS**

Dissertação apresentada à Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde. Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa Enfermagem, Saúde mental e coletiva, processo de trabalho, gestão e educação em enfermagem e saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Michele Mandagará de Oliveira

Pelotas, 2015

Folha de aprovação

Autor: Suélen Cardoso Leite

Título: O processo saúde doença na perspectiva de usuários de crack e outras drogas

Dissertação aprovada, como requisito parcial, para obtenção de grau de Mestre em Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas.

Data da Defesa: 20/03/2015

Banca examinadora:

Profª Drª Michele Mandagará de Oliveira (Orientadora) Doutora em enfermagem pela Universidade de São Paulo EERP-USP

Profª Drª Vanda Maria da Rosa Jardim Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina- UFSC

Profª Drª Ione de Carvalho Pinto Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo - EERP-USP

Profª Drª Luciane Prado kantorski Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo EERP-USP

Profª Drª Valéria Cristina Christello Coimbra Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo EERP-USP

Dedico este trabalho a minha orientadora Michele, pela confiança, carinho e sabedoria com que me conduziu nesta caminhada e a minha mãe, que sempre me incentivou a ousar voos mais altos em busca do novo.

Agradecimentos

Ao bom Deus, pelas bênçãos, pela força diária e pela determinação no alcance dos meus sonhos.

A minha família, principalmente a minha mãe por ser essa mulher inigualável que muitas vezes abdicou dos seus sonhos e desejos em prol dos meus, serei eternamente grata.

Ao meu amor Carlos, por ser meu companheiro, amigo e incentivador, pelo otimismo em que me encoraja e pela brilhante forma em que sabe ser luz, mesmo quando tudo parece escuridão. Amo-te.

As colegas do mestrado que propiciaram excelentes discussões durante as aulas, em especial as amigas, Daiane, Dagui, Cris, Elitiele, que desde a graduação também compartilham, comigo, histórias de vida.

As minhas queridas amigas Adriane e Quelen, pelo carinho, incentivo e por independente da distância estarem sempre torcendo e vibrando comigo cada conquista.

A minha querida orientadora Prof^a Michele Mandagará de Oliveira, por acreditar em mim, por investir em mim, por estimular a minha busca em ir além, muitas vezes mais além do que eu imaginava que pudesse. És a prova de que a relação orientador e orientando pode ser construída pela amizade, pelo respeito. Você faz jus a todo sentindo que a palavra orientadora pode ter, pois, soube me orientar exatamente da maneira como eu precisei, soube explorar meu potencial, perceber minhas fragilidades e principalmente respeitar os meus limites. Agradeço a Deus por ter me conduzido a você, que me inspira a tornar-me um ser humano melhor e a me constituir também como um ser profissional. Você é um exemplo para mim.

Agradeço as professoras integrantes da banca defesa pelas excelentes contribuições neste trabalho, colaborando com o meu crescimento, suas contribuições foram valiosas.

A Universidade Federal de Pelotas e a Faculdade de Enfermagem por terem oportunizado e colaborado para a minha formação profissional e por disponibilizar tantas alternativas aos seus estudantes num espaço privilegiado.

Ao Programa de Pós Graduação da Faculdade de Enfermagem pela oportunidade de crescimento acadêmico em especial aos professores para que a pós graduação da Enfermagem cresça cada vez mais em excelência.

À CAPES pela concessão da bolsa de estudos que me permitiu a dedicação a este trabalho.

E, de forma especial, agradeço aos participantes deste estudo que foram essenciais na construção do trabalho, por disponibilizarem um pouco do seu tempo para participarem comigo na construção desta pesquisa.

"Recria tua vida, sempre, sempre. Remove pedras e plantas roseiras e faz doces. Recomeça."

Cora Coralina

Resumo

LEITE, Suélen Cardoso. **O processo saúde doença na perspectiva de usuários de crack e outras drogas**. 2015. – p. Dissertação (mestrado) – Programa de Pós Graduação da Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O presente estudo teve por objetivo analisar a percepção de pessoas que fazem uso de crack e outras drogas sobre o processo saúde doença. Consiste em um estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa que utilizou como referencial teórico a Teoria de Determinação Social do Processo Saúde Doença adotada pela Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde. A pesquisa foi desenvolvida na cidade Pelotas/RS nos meses de setembro e outubro de 2014 com oito participantes que encontravam-se em tratamento em um serviço de atendimento a pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas. Foi empregado como técnica de coleta de dados a entrevista semiestruturada e a análise de dados foi embasada na proposta operativa de Minayo. Esta pesquisa apontou que os informantes percebem de forma singular o processo saúde doença e associam os aspectos biopsicossociais e as condições de moradia, vida e trabalho como interferentes nos modos de experienciar este processo. Observou-se neste estudo que alguns usuários consideram o uso de drogas como um fator que autentica o estado de doença na própria vida e outros que consideram o uso de drogas como um interferente na saúde das pessoas, mas não propriamente nas suas vidas, ficando claro que para alguns doença é ter uma incapacidade permanente ou doença crônica. Porém quando na avaliação do próprio estado de saúde poucos informantes relataram apresentar uma boa situação de saúde, a maioria informou se sentir doente ou ter adquirido alguma doença relacionando essas questões ao consumo de drogas. A visão demoníaca torna das substâncias ilícitas, especialmente pela sua capacidade mágica de possuir os indivíduos e destruir suas vidas, e a percepção patológica do seu consumo foi observada nas entrevistas quando a maioria dos participantes relataram utilizar a abstinência e o isolamento em suas casas como forma de preservarem a saúde. A patologização do uso de drogas e a atribuição dos processos desorganizativos na vida do indivíduo a esse consumo tem contribuído para pessoas cada vez mais passivas em relação ao seu tratamento, dificultando que suas necessidades de saúde sejam atendidas quando na procura pelos serviços de saúde. Por ser o processo saúde doença multifacetado e dotado de valores subjetivos, mas também de fatores alheios à vontade daquele que o vivencia é necessário um olhar diferenciado a essa população e que seja considerado o vivido do sujeito bem como suas especificidades que são inscritas socialmente.

Palavras Chave: processo saúde-doença, determinantes sociais de saúde, usuários de drogas, cocaína crack.

Abstract

LEITE, Suélen Cardoso. **The health-illness process in the crack and other drugs' users perspective**. 2015. 90p. Dissertation (Masters) – Graduate Program, Nursing School, Federal University of Pelotas, Pelotas, 2015.

This study aimed to analyze the perception of people that make use of crack and other drugs about the health-illness process. It consists in a descriptive, exploratory, and qualitative study, which used the Theory of Social Determination of Health-Illness Process adopted by the National Committee about Social-Health Determinants. This research was developed in the city of Pelotas/RS during September and October of 2014 with 8 participants that were under treatment in an assistance service to people that use psychoactive substances. The semistructured interview was used as data collection technique, and the data analysis was based on the operative proposal of Minayo. This research pointed out that the informants singularly perceive the health-illness process, associate the biopsychosocial aspects and the living conditions, life, and work as interfering in the way they experience this process. It was possible to observe in this study that some users consider the drug use as a factor that authenticates the state of disease in their own life, and others consider the drug use as interfering in people's health, but not properly in their lives. Thus, for some, the illness is a permanent disability or chronic disease. However, few informants reported the presence of a good health condition, and the majority informed feeling sick, or had acquired a disease and relates it to the drug use, when evaluating their own health. The demonic viewpoint about illegal substances, especially for its magic capability to possess the individuals and destroy their lives, and the pathological perception about its consumption, were observed in the interviews when the major part of the participants reported using abstinence and isolation in their houses as a way to preserve their health. The pathologization of drug use and the attribution of unorganizing process in the individual's life towards this consumption has contributed to passive people towards their treatment, which complicates the assistance of their real needs of health when they look for health services. For being the health-illness process multifaceted and gifted with subject values, but also with unrelated factors towards someone who experiences it, a differentiated look to this population, and consider the subject's experience and well their specificities that are socially recorded is necessary.

Key words: health-illness process; social-health determinants; drug user; cocaine crack.

Lista de Figuras

Figura 1	Modelo de Determinantes Sociais da Saúde.....	36
----------	---	----

Lista de abreviaturas e siglas

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial ao Usuário de álcool e Outras Drogas
CNDSS	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DST's	Doenças Sexualmente Transmissíveis
OMS	Organização Mundial de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNODC	Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime

Sumário

1	Introdução.....	12
2	Objetivos.....	18
2.1	Objetivo Geral.....	18
2.2	Objetivos Específicos.....	18
3	Revisão de Literatura.....	19
3.1	A história do uso de drogas na humanidade	19
3.2	O surgimento e o uso do crack.....	23
3.3	Dados epidemiológicos e situação de saúde de usuários de crack.....	26
4	Referencial teórico.....	29
5	Metodologia.....	41
5.1	Caracterização do estudo.....	41
5.2	Local do estudo.....	42
5.3	Participantes do estudo.....	42
5.4	Critério de seleção dos sujeitos.....	42
5.5	Princípios éticos.....	43
5.6	Procedimento de coleta de dados.....	44
5.7	Análise dos dados.....	45
5.8	Divulgação dos resultados.....	45
6	Resultados e Discussão.....	46
6.1	Apresentação dos participantes	46
6.2	Apresentação e discussão dos dados.....	53
6.2.1	Concepções sobre o processo saúde doença: O olhar do sujeito...	53
6.2.2	O olhar sobre a própria saúde.....	61
	Considerações Finais.....	69
	Referências.....	72
	Apêndices.....	81
	Anexos.....	85

1 Introdução

O consumo de drogas corresponde a uma prática universal e milenar. Desde os primórdios da humanidade o consumo de substâncias psicoativas está disseminado nas sociedades humanas, porém esse consumo varia de acordo com o modo de uso e finalidade, e a forma como esse uso é concebido e vivenciado se dará de acordo com experiências históricas e culturais (ALMEIDA; CALDAS, 2011)

As drogas não são apenas substâncias com propriedades farmacológicas específicas que podem ser classificadas usualmente com boas ou más. Sua existência e seu uso envolvem questões complexas de liberdade e disciplina, sofrimento e prazer, devoção e aventura, transcendência e conhecimento, sociabilidade e crime, moralidade e violência, comércio e guerra (BARRETO, 2010).

O uso abusivo de substâncias psicoativas na sociedade atual tem constituído um dos problemas sociais de maior repercussão no Brasil. Tal questão extrapola a esfera da saúde pública, possuindo impacto na sociedade de forma geral, quer pela influência que as substâncias lícitas e ilícitas exercem em fatores externos, como a violência e problemas familiares, quer pelo consumo ou tráfico de drogas (SOUZA; KANTORSKI, 2007).

Sabe-se que alguns fatores de vulnerabilidade podem proporcionar o envolvimento do sujeito com a droga como: a disponibilidade da droga, o preço; a renda do usuário; o ciclo de relacionamentos que envolvem o indivíduo; o posicionamento da família e amigos quanto ao uso de drogas; a busca por novas experiências; a curiosidade; alguns transtornos mentais, entre outros (SPRICIGO et al, 2004).

Ao considerar que diferentes drogas, utilizadas para infinitos fins e em variados contextos fazem parte da história da humanidade, e que em certos momentos algumas substâncias foram alvo de preocupações sociais, é possível compreender o advento do crack não como um evento novo, mas uma antiga questão com especificidades e características diferentes (MELOTTO, 2009).

Ao invés da representação de uma nova droga, o crack pode ser pensado como uma nova forma de administração da cocaína, antiga substância conhecida da humanidade (MAC RAE, 2003).

Resultados do último levantamento domiciliar sobre drogas psicotrópicas no Brasil apontam que o uso da cocaína na vida corresponde a 2,9%, enquanto que o uso do crack representa menos de 1% (CEBRID, 2007). Embora o crack não figure entre as drogas ilícitas mais consumidas no Brasil, colocam o padrão de consumo abusivo e os problemas decorrentes deste uso como um grande problema de saúde pública (CHAVES et al, 2011).

O problema do consumo de crack tornou-se prioridade na agenda nacional, sendo freqüente a abordagem do assunto na grande mídia, não havendo como negar o uso do crack como um problema de saúde pública, residindo aí o grande equívoco e maior contradição do enfrentamento do problema. É um problema de saúde e não de segurança pública (AMARANTE, SOUZA 2013).

Historicamente o uso abusivo de drogas tem sido abordado em uma lógica estritamente biológica, sem levar em conta as implicações sociais, psicológicas, econômicas, políticas e culturais que devem ser consideradas na compreensão global do problema. Além disso, a questão do uso de drogas tem sido associada à criminalidade, práticas anti-sociais e a oferta de tratamentos inspirados na lógica hospitalocêntrica de exclusão e separação dos usuários do convívio social (BRASIL, 2003).

Posto isto, Amarante e Souza (2013) afirmam que, enquanto uma questão de saúde pública, o primeiro passo para o enfrentamento do consumo abusivo do crack é identificar as determinações sociais do problema, pois muitos são os fatores associados à questão da droga na sociedade e não apenas a inclinação pessoal e psíquica das pessoas com dependência.

Desta forma, não faz sentido do ponto de vista da saúde estabelecer medidas de repressão, as chamadas internação compulsória ou involuntária como forma de “tratamento” para a dependência de drogas, visto que as formas realmente efetivas de assistência e cuidado as pessoas que fazem uso problemático de drogas são outras, como por exemplo, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), consultórios de rua, estratégia de redução de danos (ERD) e leitos psiquiátricos em hospital geral (AMARANTE; SOUZA, 2013). Além do mais, estas medidas coercivas tem se mostrado ineficazes enquanto tratamento, dado que uma grande parcela dos

indivíduos volta imediatamente ao uso de drogas, e ainda serem consideradas um retrocesso nos grandes avanços conquistados pela reforma psiquiátrica.

Portanto, reconhecer o usuário como ser singular, com suas necessidades de saúde, suas características e perfil exige a busca de novas estratégias de contato e de vínculo para desenhar e implantar programas de prevenção, educação, tratamento e promoção da saúde, adaptando-se às diferentes peculiaridades dos diferentes sujeitos (BRASIL, 2003).

A questão do uso de drogas deve ser abordada numa concepção mais ampla, considerando todos os aspectos de vida do indivíduo, direcionando-os para ações de promoção da saúde, valorização da qualidade de vida, tendo em vista a ampliação dos compromissos sociais, do indivíduo em relação a si, ao outro e à comunidade (BÜCHELE, COELHO, LINDNER, 2009).

A mudança de hábitos de vida ainda representa um grande desafio, por se tratar de processo comportamental complexo que sofre diversas influências, como as do meio ambiente, culturais, sociais e dos profissionais de saúde. A educação e promoção da saúde são alternativas fundamentais para conduzir as pessoas a essas mudanças, para fins de prevenção ou controle dos fatores de risco (PAGOTTO; NAKATANI; SILVEIRA, 2011).

Quando se discute o processo saúde doença, é importante ponderar o contexto em que o indivíduo está inserido, bem como as influências do meio, uma vez que saúde é algo complexo e não depende exclusivamente das questões biológicas, pois as condições inadequadas do meio podem intervir diretamente na possibilidade do indivíduo manter sua saúde. Desta maneira o processo saúde doença reflete intimamente a complexidade e singularidade do viver humano como sendo um fenômeno histórico e multideterminado (PRATTA; SANTOS, 2009).

A compreensão desses aspectos é fundamental ao se pensar formas de cuidado e atenção ao uso de drogas, sobretudo no que diz respeito a sua eficácia, uma vez que a conhecimento produzido sobre o fenômeno da drogadição não pode ser visto fora do contexto ampliado no qual são produzidas as representações que sustentam e organizam a vida social, atribuindo sentido às ações humanas (PRATA et al., 2009).

A promoção da saúde tornou-se uma forte estratégia para atuar sobre os aspectos que determinam o processo saúde doença e potencializar formas mais

amplas de assistência em saúde e conseqüentemente no uso abusivo de drogas (ZALAF; FONSECA, 2009).

Como vem sendo concebida nas últimas décadas, a promoção da saúde representa uma estratégia promissora de enfrentamento dos múltiplos problemas de saúde que tem atingido a população e seus entornos, considerando o papel protagonista dos determinantes gerais sobre as condições de saúde (BUSS; 2010).

Os modos como sujeitos e coletividades elegem determinadas opções de viver como desejáveis, organizam suas escolhas e criam novas possibilidades para satisfazer suas necessidades, desejos e interesses pertencentes à ordem coletiva, uma vez que seu processo de construção se dá no contexto da própria vida. Assim a promoção da saúde, como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde (BRASIL, 2006).

Para Pratta e Santos (2009) ao buscar promover melhorias na situação de saúde das pessoas, deve-se levar em conta estratégias que tenham por objetivo à transformação das condições de desigualdade, além de oferecer subsídios para que o indivíduo possa se sentir parte importante do contexto em que vive, capacitando-o e emponderando-o para formas de viver mais saudável. Tais elementos são essenciais para que o mesmo tenha condições de avaliar e discernir aspectos relacionados à questão da droga, podendo evitar ou diminuir o seu uso.

Diante disso, não basta somente olhar os sintomas físicos e psíquicos do uso de substâncias e sim identificar as consequências e circunstâncias que levaram ao mesmo, pensando o indivíduo em sua totalidade, para que a partir daí possa ser oferecido outros referenciais e subsídios que gerem mudanças de comportamento em relação à questão da droga.

Neste sentido este projeto parte do **pressuposto** que a concepção que o indivíduo tem sobre o crack e outras drogas é resultado de sua experiência com a substância e pode influenciar no seu uso, como ele a interpreta e responde aos seus efeitos, e para se promover melhorias na qualidade de saúde e vida dessa população é necessário conhecer os determinantes sociais do problema, que influenciam significativamente no seu processo saúde adoecimento, uma vez que o uso de substâncias psicoativas não podem ser visto de forma isolada do seu contexto social.

O consumo abusivo de drogas tem sido associado a vários riscos, danos e problemas no âmbito da saúde e da vida familiar e social dos indivíduos. Habitualmente, usuários de drogas são pessoas marginalizadas, às voltas com experiências de estigma e preconceito que influenciam de forma negativa seu estado de saúde ao dificultar, ou mesmo impedir, o acesso delas aos serviços de saúde (BRASIL, 2009).

E através da compreensão que o usuário de crack possui sobre o processo saúde doença pode-se entender muitas atitudes e práticas desses grupos relativas a este processo, pois a capacidade de dizer se o corpo está doente ou saudável pertence ao próprio indivíduo, mediante suas normas culturais e particulares.

1.1 Justificativa

Grande parte dos estudos que tratam da temática do crack visam traçar o perfil do usuário, as formas e estratégias de uso da substância e associação com a violência e tráfico de drogas (DUALIBI, LARANJEIRA, 2008).

Além disso, a mídia contribui de forma muito sucinta para prevenção e compreensão do uso de drogas, trazendo o uso do crack muitas vezes como uma epidemia, e o caráter ilícito associado ao uso de crack faz com que seja percebido como um problema temido pela sociedade (GRANJA, 2011).

A dependência química afeta as pessoas de maneira e em circunstâncias diferentes, muitos dos usuários de drogas não desejam a abstinência proposta pelos profissionais de saúde, dificultando assim o acesso aos serviços de saúde, a adesão ao tratamento proposto ou as práticas de promoção à saúde (BRASIL, 2003).

Além disso, o crescimento do consumo e dos problemas relacionados ao uso do crack constitui, atualmente, um grande desafio para a implementação de uma política de atenção aos problemas com drogas no Brasil. Este desafio exige respostas eficazes do governo e da sociedade, na construção de um programa de intervenção integrada, que inclua ações relacionadas à promoção da saúde (NONTICURI, 2010).

Para promover saúde é preciso tornar mais claro e compreender o sentido de saúde que queremos promover, isto porque saúde não é um conceito auto-

explicável, nem óbvio, nem evidente, muito pelo contrário. Sendo assim é de extrema importância compreender a perspectiva do usuário de drogas sobre o processo saúde doença e como ele vivencia esse processo.

Nesta perspectiva, a justificativa para realização deste estudo baseia-se na premissa de que pessoas que fazem uso de drogas, entre elas o crack, possuem necessidades específicas e singulares, e são influenciadas pelo contexto social em que vivem e necessitam ser compreendidos na sua singularidade para que consigam dispor das práticas promotoras de saúde de acordo com suas necessidades.

Com base nisso, faz-se necessário conhecer o que o processo saúde doença significa e representa entre as pessoas que fazem uso de crack e outras drogas para orientar ações mais eficazes sobre a realidade vivenciada, pois as práticas de assistência junto às pessoas e grupos sociais serão orientadas pela que visão que estes possuem sobre a saúde e doença, bem como suas necessidades em saúde.

Com base no exposto, tem-se como questão norteadora

Qual a percepção de pessoas que fazem uso de crack e outras drogas sobre o processo saúde doença?

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Analisar a percepção de pessoas que fazem uso de crack e outras drogas sobre o processo saúde doença.

2.2 Objetivos específicos

Analisar a percepção das pessoas que fazem uso de crack e outras drogas sobre a própria saúde.

Identificar os Determinantes Sociais de Saúde que constituem o processo saúde doença de pessoas que fazem uso de crack e outras drogas

3. Revisão de Literatura

Para fundamentar teoricamente o presente estudo, buscou-se através da literatura, compreender a temática através do conhecimento sobre a história do uso de drogas na humanidade, o surgimento e o uso do crack e os dados epidemiológicos e situação de saúde de usuários de crack.

3.1 A história do uso de drogas na humanidade.

O uso de substâncias psicoativas, ao contrário do que se pensa, não é um fenômeno exclusivo da época em que vivemos (TOSCANO JR., 2001). Pode-se dizer que o consumo de drogas se confunde com a própria história da humanidade (CARRANZA; PEDRÃO, 2005), ou seja, o consumo de drogas sempre existiu ao longo dos tempos, desde as épocas mais antigas e em todas as culturas e religiões, variando segundo critérios relativos a cada cultura e cada época. Isso porque, o homem sempre buscou, através dos tempos, maneiras de aumentar o seu prazer e diminuir o seu sofrimento (MARTINS; CORRÊA, 2004).

Ao longo da história, os homens utilizavam produtos naturais para obter um estado alterado da consciência, em vários contextos como no religioso, místico, social, econômico, medicinal, cultural, psicológico, militar e principalmente na busca do prazer. Com o surgimento da escola Hipocrática, em que a doença e a cura eram consideradas resultados dos processos naturais, a nova medicina passou a utilizar e receitar o *pharmakón* (que significa remédio ou veneno) para o tratamento das enfermidades em busca da cura das doenças (TOSCANO JR, 2001).

Assim, para os gregos que faziam uso de diversos tipos de drogas, a ação dessas era vista de forma relativa, pois uma determinada substância podia ser utilizada tanto como remédio ou como veneno, dependendo das doses empregadas, visto que era a dosagem que determinava o efeito curativo de uma determinada substância, bem como do envenenamento que poderia ser provocado por ela (MAC RAE, 2001).

Durante a Idade Média o uso das plantas passou a ser estigmatizado, gerando forte perseguição por parte da igreja e o uso de drogas para fins terapêuticos passou a ser sinônimo de heresia, uma vez que o sofrimento era entendido como uma forma de aproximação com Deus. Somente no decorrer do século XVIII houve a diminuição da perseguição aos indivíduos considerados hereges, possibilitando a volta do uso medicinal e lúdico das drogas (MAC RAE, 2001).

Na Idade Moderna, fatores como as grandes navegações, a Revolução Industrial e o Capitalismo levaram à concentração urbana. Isso levou a industrialização da produção de bebidas, aumentando o consumo de álcool. O aumento do contato com outros continentes e países facilitou o intercâmbio de outras drogas. Esse é o período no qual o consumo de substâncias psicoativas tomou proporções preocupantes. Egressos das colônias localizadas na Ásia, Índia, África e no continente americano traziam o costume de utilizar certas substâncias psicoativas, para prazer ou como remédio.

No início do século XIX, cientistas conseguiram isolar o princípio ativo de várias plantas, passando a produzir determinados fármacos como a morfina, a cocaína, codeína, cafeína, barbitúricos entre outros. Assim, o uso de substâncias para diminuir os sofrimentos físicos e psíquicos passa a ter grande demanda devido a um ambiente marcado por mudanças sociais e guerra, aumentando o consumo medicamentoso ou hedonista da cocaína e morfina, principalmente entre as classes mais abastadas (MAC RAE, 2001).

A motivação do consumo generalizado de substâncias variou desde o modismo até guerras. A morfina, por exemplo, foi utilizada de forma indiscriminada entre os feridos da guerra da Cesseção, nos estados Unidos, entre os anos de 1861 e 1865, vindo a ocasionar a então designada “doença do exército” devido as graves situações de dependência então originadas. Com o objetivo de curar os dependentes do ópio na China, os próprios missionários religiosos levavam consigo

a heroína e a morfina, onde, ainda atualmente, a morfina é conhecida como ópio de cristo (ESCOHOTADO, 2004).

Já no século XX, na década de 1930, as anfetaminas começaram a ser comercializadas, sendo muito divulgadas no decorrer da II Guerra Mundial. O movimento hippie, na década de 1960, acabou por dar lugar ao uso generalizado de drogas por via intradérmica, atravessando assim, as distintas classes sociais e se proliferando no mundo dos jovens (ANGEL; RICHARD; VALLEUR, 2002).

Nos anos 80 ocorre uma intensificação do uso de drogas psicoativas em especial as sintéticas. Nessa época iniciou-se um impulso a produção de novas drogas, em que laboratórios ilegais produziam psicofármacos em um ritmo cada vez mais acelerado, constituindo atualmente um grupo muito alargado de drogas produzidas laboratorialmente e quimicamente manipuláveis (ESCOHOTADO, 2004).

Entretanto, vale ressaltar que os hábitos e costumes de cada sociedade é que direcionavam o uso de drogas em cerimônias coletivas, rituais e festas, sendo que, geralmente, esse consumo estava restrito a pequenos grupos, fato esse que tem se modificado ao longo da história, pois hoje se verifica o uso dessas substâncias em qualquer circunstância e por pessoas de diferentes grupos e realidades (PRATTA; SANTOS, 2009).

Assim, pode-se dizer que a droga, como qualquer outro elemento presente na sociedade, segue a evolução histórica e cultural, ou seja, os padrões, a frequência de utilização e os tipos de drogas consumidos mudam de uma época para outra de acordo com as condições sócio-culturais existentes (MAC RAE, 2001).

Há cerca de um século praticamente nenhuma droga, de uso medicamentoso ou não, era objeto de controle, quanto mais sujeita à criminalização. No entanto, ao longo do século XX, praticamente todos os países do mundo viriam a implementar políticas mais ou menos repressivas em torno do uso de certas drogas.

A forte pressão internacional, vinda principalmente dos Estados Unidos, levou à consolidação do proibicionismo como modelo hegemônico no mundo, formalizado através da adesão da maioria dos países a convenções internacionais, com destaque para a Convenção Única de Viena de 1961 e a Convenção Sobre Substâncias Psicotrópicas de 1971. Estas serviram como referência para a elaboração das distintas leis e políticas públicas adotadas pelos países para lidar com a questão do abuso de drogas (MACRAE, 2001; RODRIGUES, 2009).

Nas sociedades contemporâneas, o uso de “drogas” assumiu as proporções de uma preocupação central no debate público, principalmente por sua representação unilateral como perigo para a saúde pessoal e coletiva e por sua associação imediata com a criminalidade e a violência urbana. Esse viés da ameaça à saúde, à juventude, à família e à ordem pública, que ainda organiza em grande parte a discussão do tema, promove uma distorção decisiva, já que tende a atribuir à existência de “drogas” o sentido universal de encarnação do mal e a tratá-lo como um problema conjuntural que poderia ser definitivamente eliminado por meio da proibição e da repressão.

Em diversas partes do mundo, inclusive no Brasil, cresce, por parte de alguns setores da sociedade, o questionamento do proibicionismo como uma forma eficaz de lidar com os variados problemas que se apresentam relacionados ao uso de drogas. Aponta-se que, assim como em tempos anteriores, cessada a interdição da discussão sobre formas de uso mais adequados das substâncias psicoativas, a própria sociedade poderia desenvolver sistemas de normas, regras de conduta e rituais sociais mais adequados do que a simples proibição para orientar e conter o uso dessas substâncias. Afinal, está-se acostumado a conviver com o uso social de bebidas alcoólicas, cujo potencial de dano está entre os mais altos das substâncias psicoativas conhecidas (RODRIGUES, 2009).

Em tempos recentes, o modelo ainda hegemônico de lidar com esta questão, o proibicionismo, vem perdendo força frente a novas abordagens do problema, que o circunscrevem de forma mais ampla, levando em conta a heterogeneidade dos modos de consumo, das razões, das crenças, dos valores, dos ritos, dos estilos de vida e das visões de mundo que o sustentam. Torna-se cada vez mais difundida a idéia de que somente assim será possível avançar na adoção de medidas realmente eficazes para lidar com as conseqüências nocivas do uso de drogas (RODRIGUES, 2008).

Assim, o dito “problema das drogas”, antes de configurar-se como algo inato, oriundo de uma essência negativa das propriedades de cada substância psicoativa, não pode ter uma explicação simplista, devendo ser visto como um problema multifacetário e complexo, atrelado à evolução da sociedade, seus conflitos e desequilíbrios (MACRAE, 2001).

3.2 O surgimento e o uso do crack

O uso de substâncias psicoativas, em especial a cocaína, é uma prática presente na história da humanidade. Utilizada há mais de 4.500 anos pela civilização pré-colombiana dos Andes a cocaína extraída da planta *Erythroxylon coca*, estava associada a mistérios da fertilidade, da sobrevivência e da morte e de práticas curativas e ainda hoje é consumida pelos nativos da região na forma mascada, buscando nessa prática além do valor nutricional, o bem estar e a ação euforizante (FERREIRA; MARTINI, 2001).

A cocaína é um potente estimulante do sistema nervoso central deixando o indivíduo em estado de alerta, proporcionando uma maior lucidez, concentração, diminuição do cansaço, além de gerar uma sensação de bem estar e euforia (RAUPP; ADORNO, 2011).

Em meados de 1920 o uso da cocaína sofreu um declínio no seu prestígio, seu uso era associado como prática de populações marginalizadas, voltando ao apogeu na década de 70, com a propagação do uso de drogas na alta sociedade americana e europeia impulsionando assim, o consumo do cloridrato de cocaína por via intranasal (DOMANICO, 2006).

No início da década de 1980 alguns usuários frequentes de cocaína descobriram que a substância na forma fumada produzia efeitos mais intensos, o chamado “freebase” o qual era fumada em cachimbos de vidro, que quando aceso produzia vapores de cocaína relativamente pura (DOMANICO, 2006).

O crack surgiu em bairros pobres dos Estados Unidos na década de 80, atraindo principalmente jovens e usuários de cocaína endovenosa que descobriram na cocaína fumável uma alternativa com efeitos igualmente intensos e de baixo custo, e ainda, na compreensão deles, sem risco de contaminação pelo vírus HIV, tornando assim o produto que era considerado o champanhe das drogas acessível às camadas mais pobres (RAUPP, 2011).

No Brasil, a chegada do crack ainda é pouco conhecida. Os primeiros relatos do uso da substância foi na cidade de São Paulo em 1988, dado esses que

circulavam em revistas e jornais obtidos através de relatórios policiais das primeiras apreensões da droga (RAUPP; ADORNO, 2011).

A crack ainda era pouco conhecido e os traficantes na tentativa de comercializarem a cocaína, um produto caro e de prestígio, em baratas e pequenas quantidades, esgotaram as reservas de outras drogas nos pontos de distribuição dispondo no mercado apenas o crack, uma droga com efeitos mais intensos, porém menos duradouro, garantindo assim um negócio mais rentável e certeza de freguesia constante (OLIVEIRA; NAPPO, 2008).

A pasta base da cocaína é obtida a partir do maceramento das folhas da planta com querosene, e depois de seca esta é novamente macerada com ácido sulfúrico. Para transformá-la em cocaína é necessário unificá-la através de lavagens com o éter, ácido clorídrico e acetona. Já o crack é obtido sem purificação a partir da mistura da pasta base com bicarbonato de sódio e água formando cristais que receberam o nome de pedras. Também pode ser obtido do pó da cocaína adicionado a água e bicarbonato aquecendo-o (CARLINI et al., 2001).

O crack por não ser solúvel em água não pode aspirado ou injetado, mas quando aquecido a uma alta temperatura passa do estado sólido para o de vapor, podendo assim ser fumado em cachimbos improvisados. Tal substância quando exposta ao fogo estala, característica que lhe conferiu o nome crack (KESSLER; PECHANSKY, 2008).

A pedra geralmente com menos de uma grama, além de ser fumada em cachimbos improvisados, também pode ser despedaçada e misturada a cigarros de tabaco ou maconha, o chamado mesclado, pitico ou basuco, o uso combinado tem surgido como estratégia de minimizar os efeitos negativos como a paranóia ou com fins de intensificar ou prolongar os efeitos de prazer (OLIVEIRA; NAPPO, 2008).

Considerada uma substância estimulante do Sistema Nervoso Central o crack possui efeitos rápidos e intensos, pois ao ser fumado é absorvido pelos pulmões, que por ser um órgão muito vascularizado, possibilita que a droga atinja imediatamente a corrente sanguínea, produzindo rapidamente seus efeitos no cérebro. Os efeitos psicoativos podem ser sentidos de 10 a 15 segundos após o uso do crack, situação que não ocorre com as outras vias de administração da cocaína que pode levar de 10 a 15 minutos por via intranasal e 3 a 5 minutos por via endovenosa (CARLINI, et al, 2001).

O fato dos efeitos agradáveis experimentados pelos usuários de crack serem quase que instantâneos e durarem em média 5 minutos, faz com que o indivíduo utilize a droga com mais frequência tornando um comportamento compulsivo e com alto potencial de dependência. Tal fato aliado ao baixo custo em relação à cocaína em pó contribuiu para a difusão e popularização da droga (MELLOTO, 2009).

Esse padrão compulsório de uso da droga denomina-se fissura que é a vontade incontrolável de experimentar novamente os efeitos prazerosos que a droga proporciona (ZENI; ARAÚJO, 2011).

O desejo incontrolável pelo uso do crack e a falta de recursos financeiros faz com que o usuário se submeta a práticas de risco para obtenção da droga como atividades ilícitas, relações sexuais desprotegidas, inúmeros parceiros sexuais em troca de crack ou dinheiro para a aquisição e outros comportamentos de risco para contaminação pelo HIV e demais doenças sexualmente transmissíveis (DST's), como o uso compartilhado de cachimbo (AZEVEDO; BOTEAGA; GUIMARÃES, 2007).

A busca incessante pela substância se dá pelos efeitos imediatos do uso do crack que aparecem logo após uma única dose, caracterizados por sensação de euforia, aumento da auto-estima, estado de alerta especialmente a estímulos visuais, auditivos e ao toque. (MENDONÇA, 2010).

No entanto, além dos efeitos desejados, os usuários também podem apresentar tonteiras e idéias de perseguição, alucinações e delírios (paranóia) os tornando muitas vezes agressivos e gerando situações extremas de violência. Em decorrência do uso intenso e contínuo ele experimenta sensações desagradáveis como desgaste físico, inquietação, desanimo e depressão, fazendo com que a busca pela droga seja cada vez mais constante e a dose para alcance dos efeitos agradáveis mais elevada. (CHAVES et al, 2011).

3.3 Dados epidemiológicos e situação de saúde de usuários de crack

Segundo o relatório Mundial sobre drogas de 2009, lançado pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) estimou-se que 149 a 272 milhões de pessoas da população mundial, com idade entre 15 e 64 anos, utilizaram alguma droga ilícita no ano anterior e que a metade tenha usado drogas durante o

mês anterior à data de avaliação. Além disso, o relatório diz que, apesar do número total de usuários de drogas ilícitas ter aumentado, as taxas permanecem estáveis, desde os anos 1990, com um número de consumidores problemáticos estimado entre 15 e 39 milhões (UNODC, 2011).

Em 2012, esses dados permanecem estáveis, o Relatório Mundial sobre Drogas de 2014 aponta que cerca de 243 milhões de pessoas, ou 5% da população global entre 15 e 64 anos usaram drogas ilícitas no referido ano, já os usuários problemáticos, representaram cerca de 0,6% da população adulta mundial, ou seja, 27 milhões de pessoas (UNODC, 2014).

O crescimento do consumo e dos problemas relacionados ao uso do crack constitui, atualmente, um grande desafio para a implementação de uma política de atenção aos problemas com drogas no Brasil.

Usuários de crack integram a população que faz uso de diferentes drogas ilícitas. Porém, este grupo ganhou grande visibilidade e se tornou objeto de atenção dos meios de comunicação, da sociedade e dos gestores públicos por consumirem a droga em locais públicos e em grupos, principalmente nos grandes centros urbanos gerando uma situação de pânico moral (Cruz et al. 2013).

Quando comparamos a distribuição do uso de vários tipos de drogas pelas parcelas da população brasileira, percebemos que considerando a população como um todo, o uso do crack é muito pequeno. No entanto, quando se enfoca parcelas específicas da população encontramos um consumo cada vez maior.

Conforme o II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil realizado nas 108 maiores cidades do país, 0,7% da população adulta relatava já ter feito uso de crack pelo menos uma vez na vida, o que significa um contingente de mais de 380 mil pessoas. A maior porcentagem de uso de crack na vida foi encontrada entre homens, na faixa etária de 25 a 34 anos, constituindo 3,2% da população adulta ou cerca de 193 mil pessoas (BRASIL, 2009).

Em 2012, dados do 2º Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD), realizado pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) revelou que o Brasil concentra 20% do consumo mundial da cocaína e que 1 milhão são dependentes da substância no país, sendo 38% pela droga na sua forma fumada (Laranjeira et al. 2013).

Em estudo mais atual realizado pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) os dados revelam que cerca de 370 mil brasileiros usaram regularmente crack e

similares (pasta base, merla e oxi) por pelo menos seis meses em 2012, correspondendo a 0,8% da população das capitais do país e a 35% dos consumidores de drogas ilícitas nessas cidades (FIOCRUZ, 2013).

Em relação ao padrão de consumo de crack ou similares o referido estudo demonstra que mais da metade dos usuários no Brasil fazem uso diário da substância, sendo em média de 16 pedras consumidas por dia, embora o consumo tenha frequência bastante variável (FIOCRUZ, 2013)

No que se refere ao perfil sociodemográfico e de escolaridade a pesquisa revelou que no Brasil os usuários de crack são majoritariamente homens (80%), adultos jovens, com idade média de 30 anos, com maior concentração na faixa dos 18 a 24 anos, com predomínio importante de não brancos (80%), solteiros (60%), com baixo nível de escolaridade, sendo baixa a frequência daqueles que cursaram ou concluíram o ensino médio, sem vínculo empregatício formal, compreendendo trabalho esporádico ou autônomo (65%), sendo presente entre as mulheres troca de sexo por dinheiro ou droga (30%) (FIOCRUZ, 2013).

Considerando os seus padrões de consumo e os contextos em que estão inseridos, usuários de crack freqüentemente apresentam um comprometimento importante de seu estado de saúde. Vários determinantes sociais afetam, de forma mais ou menos direta, o estado de saúde de usuários de drogas, como exclusão social, envolvimento com a justiça criminal, baixa escolaridade e situação de rua (GOVERNMENT, 2006).

Uma frequência elevada de diversos agravos à saúde física e mental tem sido observada nessa população. Além disso, tem sido descritos comportamentos de risco associados a diferentes infecções ou doenças infecciosas neste grupo, como a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e o vírus da hepatite C (HCV) (BASTOS et al., 2005; MALTA et al., 2008; CRUZ et al., 2014).

A contaminação pelo vírus HIV entre os usuários de crack no Brasil é oito vezes maior do que na população em geral. Enquanto no grupo das pessoas que consomem regularmente esse tipo de droga ilícita a prevalência é 5%, no conjunto da população brasileira é 0,6% aspecto que pode estar associado à troca de sexo por droga ou dinheiro e a não utilização de preservativo durante as relações sexuais (FIOCRUZ, 2013).

Outra situação de risco está relacionada ao compartilhamento de objetos para consumo da droga que favorece a transmissão de infecções, especialmente as

hepatites virais e o uso de latas e de cachimbos são especialmente perigosos pela possibilidade de contaminação por metais pesados, além do risco de queimaduras e lesões nos lábios (SANCHEZ; NAPPO, 2011).

Assim, os problemas associados ao uso de crack podem ser considerados problemas de saúde pública, pois o uso da droga está relacionado a efeitos complexos e que afetam a saúde e a qualidade de vida dos usuários, familiares e de toda a sociedade (AZEVEDO; MIRANDA, 2010).

4 Referencial Teórico

No intuito de conhecer como se dá o processo saúde doença na perspectiva de pessoas que fazem uso de crack é necessário estar ancorado em um referencial teórico. A fim de subsidiar tal compreensão, o referencial escolhido foi o da determinação social do processo saúde doença, aqui apoiado em conceitos de processo saúde doença e dos determinantes sociais da saúde a partir do modelo de Dahlgren e Whitehead adotado pela Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS, 2008).

Esta pesquisa está apoiada na Teoria da Determinação Social do processo saúde doença, para qual os fenômenos de saúde e doença são partes integrantes de um só processo onde o biológico e o social interagem e determinam a qualidade de vida dos sujeitos por meio das condições socioeconômicas e sociais a que estão submetidos, de acordo com a inserção nos processo de produção e reprodução social. Assim, diferentes classes sociais têm diferentes condições de vida e, portanto diferentes condições de saúde e doença (EGRY, 1996, p. 53).

O conceito de saúde evoluiu significadamente no decorrer da história, incorporou aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas e filosóficas. O mesmo, aliás, pode ser dito das doenças (SCLIAR, 2007).

Reconhecer a historicidade do conceito de saúde significa compreender que a sua definição e estabelecimentos de práticas dependem do grau de conhecimento de cada sociedade (BATISTELLA, 2007).

Na antiguidade as primeiras representações da saúde e doença estavam ligadas a uma questão mágica, para os antigos povos da mesopotâmia, por

exemplo, as doenças eram provocadas por influência de entidades sobrenaturais, com as quais os seres humanos não poderiam competir. (BACKES, et al., 2009).

Posteriormente, as doenças passaram a serem explicadas no âmbito das crenças religiosas, vista como uma desobediência ao mandamento divino, e em outras culturas, o feiticeiro da tribo, por meio de rituais, era o responsável por expulsar os espíritos, que se apossavam das pessoas causando doenças. A partir de Hipócrates surgiu uma visualização da doença independente da religião, a qual passou a ser entendida como um desequilíbrio do corpo causado por fatores externos (SCLIAR, 2007).

Já Galeno entendia a saúde como o equilíbrio entre as partes primárias do corpo e a partir do século XVII, a saúde passou a ser orientada pelo paradigma de que ter saúde era o mesmo que não ter ou estar doente, ou seja, como ausência de doença (BACKES et al, 2009).

O conceito de saúde como não doença passa a fragmentar o corpo em sistemas, enfatizando os aspectos biológicos e a abordagem mecanicista, estruturando um conhecimento cada vez mais especializado sobre cada função e disfunção orgânica (BATISTELLA, 2007).

Fundamentando o chamado modelo biomédico incorporado nas práticas dos profissionais de saúde até hoje, caracterizando uma visão reducionista da saúde em que o corpo é visto como uma máquina e a saúde como ausência de doença (HORTA et al, 2009; LEFREVE; LEFREVE, 2007).

Com o surgimento da escola Hipocrática, em que a doença e a cura eram consideradas resultados dos processos naturais, a nova medicina passou a utilizar e receitar o *pharmakón* (que significa remédio ou veneno) para o tratamento das enfermidades em busca da cura das doenças (TOSCANO JR, 2001).

Por outro lado, em relação à saúde e à doença, estas também despertaram a atenção do homem desde a antiguidade, uma vez que estão diretamente relacionadas a questões que fazem parte da condição humana, como é o caso da reflexão sobre a vida e a morte, o prazer e a dor, sofrimento e o alívio, trazendo à tona, a inerente fragilidade do homem (ARANTES et al., 2008).

O processo de viver com ou sem saúde, não se limita apenas a evidências orgânicas, naturais e objetivas e nem se traduz apenas a um estado de equilíbrio, mas está estreitamente interligado às particularidades do contexto sociocultural que

o indivíduo está inserido bem como aos significados que cada um atribui a sua maneira de andar na vida (BUSS; FILHO, 2007).

Portanto, torna-se indissociável a relação existente entre os fenômenos saúde doença e os fatores psicológicos, sociais, políticos, econômicos e ambientais, uma vez que condições inadequadas do meio exercem influência direta na possibilidade de um indivíduo manter a saúde (ROSA, et al., 2005).

Buscando fazer frente ao conceito negativo até então atribuído a saúde a Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença” (WHO, 1946, p. 1).

Essa definição mais abrangente trouxe consigo uma caracterização positiva de saúde que envolve não somente os aspectos físicos e biológicos, mas também aspectos sociais e psicológicos (DOWBOR, 2008).

Para Ferreira Neto et al. (2009) essa concepção mais abrangente de saúde além de desfocalizar a doença ressalta determinantes mais plurais, enfatizando a noção de fatores de risco, estreitando as fronteiras entre doentes e supostamente saudáveis.

Apesar do avanço no conceito de saúde, ele ainda mantém um enfoque bastante normativo e várias críticas recaíram sobre o conceito proposto pela OMS. Conforme Scliar (2007) esse conceito coloca a saúde como algo utópico e inatingível, pois remete a idéia de uma saúde ótima e estável que uma vez atingida pode ser mantida.

Canguilhem, por sua vez, afirma que saúde implica poder adoecer e sair do estado patológico. Em outras palavras, a saúde é entendida por referência à possibilidade de enfrentar situações novas, pela “margem de tolerância ou de segurança que cada um possui para enfrentar e superar as infidelidades do meio” (CANGUILHEM, 2006, p.148), ou ainda “um guia regulador das possibilidades de reação” (p. 149).

Segundo Batistella (2007), o estabelecimento de normas prescritivas e condutas saudáveis a serem seguidas para evitar as doenças, tendem a colocar exclusivamente sobre o indivíduo a responsabilidade pelo seu adoecimento e essa culpabilização do sujeito por não adotarem estilos de vida saudáveis tende a desconsiderar outros fatores que influenciam no processo saúde doença como os sociais, ambientais, econômicos e culturais.

Neste contexto Coelho e Fonseca (2007), afirmam que saúde deve ser concebida como um processo individual em que o próprio sujeito reconhece o que o corpo necessita e não o que deveria precisar. Pois, na medida em que viver saúde implica também em vivenciar o processo saúde doença, estados precários e imperfeitos das pessoas também fazem parte da saúde.

Um marco no conceito positivo e ampliado de saúde surgiu na VIII Conferência Nacional de Saúde em Brasília em 1986, que resultou da intensa mobilização, que se estabeleceu em diversos países da América Latina durante as décadas de 1970 e 1980, como resposta aos regimes autoritários e à crise dos sistemas públicos de saúde. Assim saúde em seu sentido mais abrangente é:

a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (Brasil, 1986: p.4)

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde passa a ser reconhecida como um direito de cidadania dever do Estado, legitimado pela justiça social garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p. 37).

Das diversas conferências internacionais e regionais de promoção da saúde que foram realizadas com o intuito de fomentar as discussões que permeiam a saúde e a vida das populações, merece destaque a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde realizada em 1986 em Ottawa no Canadá que deu origem a Carta de Ottawa esta descreve que:

[...] Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como um objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas [...] (BRASIL, 1986, p.1).

Enquanto um fenômeno ampliado, a saúde engloba diferentes aspectos da vida do indivíduo, bem como, a sua singularidade e multidimensionalidade, desta maneira, saúde não pode apreendida como um fenômeno abstrato e nem como algo concreto e atingível. Neste sentido, faz-se necessário questionar os discursos que contemplam o conceito de saúde somente pela sua dimensão biológica, sustentando uma concepção fragmentada e reducionista do ser humano (BUSS; FILHO, 2007).

O fato do conceito de saúde ser impreciso, dinâmico e abrangente, não impede que seja possível tomá-lo como eixo para a reorientação das práticas de saúde. Pelo contrário, sua importância é fundamental para a superação de um modelo de atenção prescritivo (BATISTELLA, 2007).

A Teoria da Determinação Social tenta explicar o processo saúde doença, considerando a forma a qual a sociedade se organiza e constrói sua vida social. A organização social apresenta também determinantes políticos, econômicos e sociais que interferem na distribuição da saúde e da doença, no interior e entre as sociedades (BARATA, 2005).

O processo saúde doença faz referência a todas as variáveis que envolvem a saúde e a doença de um indivíduo ou população e considera que ambas estão interligadas e são conseqüências dos mesmos fatores. É a síntese da totalidade das determinações que operam sobre a qualidade de vida social e está articulada aos aspectos econômicos, políticos, sociais, de relacionamento familiar, de responsabilidade humana, ou seja, o processo saúde-doença aproxima o pólo doença não apenas dos sofrimentos físicos, mas também dos psíquicos (EGRY; SHIMA, 1992, p.110).

O processo saúde doença não é um processo individual, tampouco se reflete exclusivamente à dimensão biológica do homem. É um processo particular de uma sociedade que expressa no nível individual às condições coletivas de vida resultantes das características concretas dos perfis de produção, como os processos de trabalho, os perfis de consumo e as conseqüências destes perfis nas diferentes formas de vida que se articulam às correspondentes condições favoráveis de saúde e sobrevivência, assim como as condições de desfavoráveis, isto é, os riscos de adoecer e morrer. (EGRY; SHIMA, 1992).

Pode-se dizer que o processo saúde doença é resposta à dinâmica que as classes sociais manifestam de forma diferenciada, de acordo com sua inserção no sistema de produção frente aos determinantes sociais, resposta esta dada pelas

características de risco e de potencialidades que são reflexos do processo biológico de desgaste. Em nossa sociedade estratificada em classes sociais, a qualidade de vida de cada classe social é diferente, pois diferente é sua exposição aos processos de risco e ao acesso aos processos benéficos ou potencialidades de saúde (QUEIRÓZ, EGRY, 1988, p.28).

Foi a partir do século XIX que se buscou compreender o processo saúde-doença fazendo referência as condições de vida e trabalho, em decorrência do processo de urbanização que estavam ocorrendo nos países da Europa e as conseqüências da Revolução Industrial nas condições de vida e saúde das populações (GONÇALVES, 2010).

Entre os diversos paradigmas explicativos para os problemas de saúde, em meados do século XIX predominava a teoria miasmática, que conseguia responder aos importantes agravos das condições sociais decorrentes do processo de urbanização e industrialização que estavam ocorrendo naquela época. Edwin Chadwich, a partir de seus estudos que questionavam o modelo biomédico, encontrou outros fatores além dos físicos, como moradias inadequadas, problemas com o lixo, água, entre outros, como causas do adoecimento das pessoas, publicando um relatório em que afirmava que apesar do aumento da expectativa de vida a iniquidade em saúde persistia. Os estudos de Virchow um dos precursores do conceito de medicina social, também apontavam a importância das condições econômicas e sociais na produção de saúde e doença reforçando a teoria dos miasmas (WESTPHAL, 2006).

No final do século XIX, bacteriologistas como Koch e Pasteur, defendiam um novo olhar para a explicação do processo saúde-doença, o paradigma bacteriológico, havendo nesse período um importante debate colocando em questão se as práticas da saúde pública deveriam ser baseadas na microbiologia e na teoria dos germes ou deveriam fundamentar-se na influência exercida pelas condições sociais, econômicas e ambientais na saúde dos indivíduos (BUSS, FILHO, 2007).,

Foi no século XX em função de a explicação unicausal das doenças não serem suficientes, que surgiram novos estudos para explicarem o processo saúde e suas determinações sociais, associando promoção da saúde com condições de vida, relacionando o meio social com morbidade e mortalidade e a relação da saúde com fatores psicossociais (DOWBOR, 2008).

Para Westphal (2006), as reflexões de Henry Sigerist já apontavam a importância de atuar sobre os determinantes sociais para produzir saúde, pois afirmava que para promover a saúde das pessoas deveríamos ter um equilíbrio entre as condições de vida, trabalho, educação, lazer e outras atividades da vida dos indivíduos.

A teorização em torno da determinação social do processo saúde doença assume que a saúde de membros de uma sociedade vai ser determinada pela maneira como ela organiza e distribui seus recursos econômicos, sociais e derivados (DOWBOR, 2008).

Não é complexo apenas conceituar saúde ou o direito que a ela se remete, mas também elencar os elementos que irão permitir que a saúde seja alcançada ou não. Tais elementos podem ser denominados Determinantes Sociais da Saúde.

Segundo Raphael (2004), os determinantes sociais de saúde são as condições que influenciam a saúde dos indivíduos, comunidades e seus entornos como um todo e se refletem na qualidade e quantidade de recursos que uma sociedade proporciona para os seus membros. A OMS conceitua os determinantes sociais como as condições nas quais as pessoas vivem e trabalham que influenciam sua saúde (OMS, 2005) e a comissão dos determinantes sociais de saúde (2005, p. 44) define os determinantes como causas fundamentais das doenças e iniquidades em saúde.

No Brasil o conceito de determinantes difundido atualmente é o de que DSS são “(...) fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (BUSS; FILHO, 2007, p.78).

Um modelo que tem servido de base para explicar as influências do DSS no processo saúde doença é o modelo proposto por Dahlgren e Whitehead de 1991. Este modelo busca demonstrar a forma de atuação dos DSS sobre as iniquidades em saúde nos grupos sociais, distribuindo-os em camadas conforme os níveis de abrangência (CNDSS, 2008).

Como se pode ver na figura a seguir, os indivíduos estão na base do modelo, com suas características individuais de idade, sexo e fatores hereditários que, evidentemente, exercem influência sobre seu potencial e suas condições de saúde.



Figura 1 – Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991).

Fonte: CNDSS, 2008, p.14

No segundo nível, aparecem o comportamento e os estilos de vida individuais. Esta camada está situada no limiar entre os fatores individuais e os DSS, já que os comportamentos dependem não apenas de opções feitas pelo livre arbítrio das pessoas, mas também de DSS, como acesso a informações, propaganda, pressão de pares, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer, entre outros.

A camada seguinte destaca a influência das redes comunitárias e de apoio, que, é de fundamental importância para a saúde da sociedade como um todo, essas interações sociais podem influenciar o comportamento pessoal dos indivíduos tanto para melhor como para pior. No próximo nível, estão representados os fatores relacionados a condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde e educação, indicando que as pessoas em desvantagem social apresentam diferenciais de exposição e de vulnerabilidade aos riscos à saúde, como consequência de condições habitacionais inadequadas, exposição a condições mais perigosas ou estressantes de trabalho e acesso menor aos serviços.

No último nível, está situado os macrodeterminantes que possuem grande influência sobre as demais camadas e estão relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais gerais da sociedade, incluindo também determinantes supranacionais como o processo de globalização, que podem influenciar nas escolhas de um dado indivíduo como habitação, trabalho e interações sociais, assim como seus hábitos alimentares.

O modelo de Dahlgren e Whitehead permite identificar pontos para intervenções de políticas, no sentido de minimizar os diferenciais de DSS originados pela posição social dos indivíduos e grupos (BUSS; FILHO, 2007).

Tomando o modelo de camadas de Dahlgren e Whitehead, o primeiro nível relacionado aos fatores comportamentais e de estilos de vida indica que estes estão fortemente influenciados pelos DSS, pois é muito difícil mudar comportamentos de risco sem mudar as normas culturais que os influenciam (BUSS; FILHO, 2007).

Ao atuar apenas sobre os indivíduos, às vezes se consegue que alguns deles mudem de comportamento, mas logo eles serão substituídos por outros. Para atuar nesse nível de maneira eficaz, deve-se investir em políticas de abrangência populacional que promovam mudanças de comportamento, através de programas educativos, comunicação social, acesso facilitado a alimentos saudáveis, criação de espaços públicos para a prática de esportes e exercícios físicos, bem como proibição à propaganda do tabaco e do álcool em todas as suas formas (BUSS; FILHO, 2007).

O segundo nível corresponde às comunidades e suas redes de relações. Os laços sociais e as relações de apoio e cooperação entre pessoas e grupos são essenciais para a promoção e proteção da saúde individual e coletiva. Nessa perspectiva cabe aqui a inclusão de políticas que busquem estabelecer redes de apoio e fortalecer a organização e participação das pessoas e comunidade, sobretudo dos grupos vulneráveis, em ações coletivas para a melhoria de suas condições de saúde e bem-estar, e para que se constituam em atores sociais e participantes ativos das decisões da vida social (BUSS; FILHO, 2007).

O terceiro nível faz menção à atuação das políticas sobre as condições materiais e psicossociais nas quais as pessoas vivem e trabalham, buscando assegurar melhores condições de vida, trabalho e moradia e acesso a bens e serviços adequados de acordo com as necessidades. Em geral essas políticas são responsabilidade de setores distintos, que comumente operam de maneira isolada,

obrigando o estabelecimento de mecanismos que permitam uma ação integrada (BUSS; FILHO, 2007).

No último nível que se refere aos macro determinantes, as ações devem ser reguladas através de políticas macroeconômicas e de mercado de trabalho, de proteção ambiental e de promoção de uma cultura de paz e solidariedade que visem a promover um desenvolvimento sustentável, reduzindo às desigualdades sociais e econômicas, as violências, a degradação ambiental e seus efeitos sobre a sociedade (CNDSS, 2006; FILHO, 2006).

Uma aproximação interessante com os DSS no processo saúde-doença é por meio do conceito de vulnerabilidade. A vulnerabilidade de um grupo ao adoecimento provém da relação entre os contextos político, econômico e sócio-culturais que tanto podem ampliar ou diluir o risco. Segundo Ayres (2009, p. 447) a vulnerabilidade indica:

[...] um conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados à maior suscetibilidade de indivíduos e comunidades a um adoecimento ou agravo e, de modo inseparável, menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para sua proteção.

O conceito de vulnerabilidade inclui dimensões individuais, coletivas e contextuais que levam à suscetibilidade a doenças ou agravos, e considera pontos que tratam da disponibilidade ou carência dos recursos destinados à proteção das pessoas (SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2007)

A vulnerabilidade se caracteriza, assim, por uma abordagem que tem por objetivo compreender a totalidade de um contexto em uma abordagem necessariamente interdisciplinar. O poder de inferência, no entanto, torna-se limitado a partir do momento em que são valorizadas as diferenças dos indivíduos e grupos entre si. Por incluir os mecanismos de proteção propostos pelas diversas políticas voltadas para esta população e pela maior ou menor oferta de serviços e ações a vulnerabilidade pode ser considerada, ainda, um indicador de iniquidade e desigualdade social (NICHITA et al., 2008).

A vulnerabilidade pode ser analisada através de três eixos interdependentes conforme descreve Ayres et al. (2006).

- Dimensão Individual da vulnerabilidade: que refere-se ao grau e qualidade da informação que os indivíduos dispõem sobre dado problema de saúde, a capacidade e interesse de compreender e assimilar tal informação e incorporá-la ao conjunto de atitudes do seu cotidiano, transformando seu hábitos.
- Dimensão social da vulnerabilidade: refere-se ao acesso à informação, qualidade do conteúdo, às condições de vida e trabalho, cultura, situação econômica, ambiente, relações de classe, relações geracionais, políticas, religiosas, morais, etc., que se relacionam entre si.
- Dimensão pragmática da vulnerabilidade: refere-se à qualidade das respostas dadas, ou não, a determinado problema por instituições relacionadas aos sujeitos e aos seus contextos, como escolas, serviços de saúde, políticas públicas, etc.

Valadão (2008) ressalta que conhecimentos e comportamentos têm significados e repercussões diferenciadas na vida de cada pessoa combinando fatores individuais, contextos de vida e relações interpessoais que se estabelecem no dia a dia. Desta forma não é possível dizer que uma pessoa é vulnerável, mas sim dizer que uma pessoa está vulnerável a um determinado problema, em um dado momento de sua vida.

A vulnerabilidade não diz respeito apenas aos efeitos da pobreza e da desigualdade econômica, que se traduzem na falta de acesso a bens e serviços e são responsáveis pela heterogeneidade entre os diversos grupos. Outros mecanismos de exclusão social, discriminação e opressão relacionados ao gênero, a etnia, faixa etária e ao modo de exercer a sexualidade, também interferem no grau de saúde das populações, ao facilitar a ocorrência de alguns agravos ou a não dificultar o acesso aos meios para sua prevenção e cuidado (CARVALHO; CARVALHAES; CORDEIRO, 2005).

Assim, o conceito de vulnerabilidade mescla fatores interdependentes, interatuantes e ativos. Todos os indivíduos são marcados pelas questões de gênero, etnia e classe social, mas cada uma dessas características tem pesos variáveis

quando relacionada às outras. Esses aspectos devem ser pensados não só isoladamente, mas em interação: “uma pessoa não deixa de ser homem por ter baixa escolaridade, nem deixa de ser branca por ser casada. Não é o mesmo ser uma mulher branca ou um homem branco” (GUERRIERO, 2001, p. 26).

Assim, a vulnerabilidade pode ser compreendida como a forma que o indivíduo enfrenta eventos adversos e adota certos comportamentos, em um sistema de relações e problemas de diferentes ordens, como os sociais, políticos e econômicos, que irão influenciar em suas escolhas e condições de vida e envolvem o que as pessoas pensam e sentem em determinada situação.

5 Metodologia

5.1 Caracterização do Estudo

A pesquisa é um recorte do projeto “Perfil dos usuários de crack e Padrões de uso na cidade de Pelotas- RS”, financiado pelo CNPq através do Edital MCT/CNPq 41/2010. O referido projeto constitui-se de um estudo de abordagem quantitativa e qualitativa e teve como objetivo caracterizar o perfil dos usuários de crack do município de Pelotas-RS e seus padrões de uso.

O presente estudo utilizou o componente qualitativo da pesquisa e desenvolveu um estudo do tipo descritivo e exploratório com base na perspectiva de usuários de crack e outras drogas sobre o processo saúde doença dentro da perspectiva dos determinantes sociais de saúde.

A pesquisa qualitativa envolve além da subjetividade, relações humanas e sociais. Busca um entendimento mais profundo de uma determinada realidade envolvendo as relações interpessoais, sentimentos e emoções. O caráter qualitativo considera seu objeto de estudo de forma integral, com todas as suas complexidades e particularidades (MINAYO, 2010).

Ainda de acordo com Minayo (2010), qualquer investigação que visa um estudo mais amplo não pode ficar restrita, apenas em números, refere que uma realidade é repleta de camadas e que a pesquisa qualitativa visa perceber além do que é visível, captar o mundo complexo que caracterizam as estruturas sociais.

De acordo com Turato (2005) a metodologia qualitativa aplicada saúde, não busca estudar o fenômeno em si, mas entender o significado deste fenômeno no âmbito individual ou coletivo, pois este tem função estruturante para a vida das pessoas, uma vez que as mesmas organizam suas vidas a partir destes significados por elas atribuídos.

Para Triviños (2008), a pesquisa descritiva tem por base a observação, o registro e a análise dos fatos que compreendem uma situação em determinado

contexto. Procura um maior conhecimento sobre as características dos comportamentos humanos, tanto observando o indivíduo isoladamente quanto em grupo.

De acordo com Severino (2007), a pesquisa exploratória busca levantar informações sobre um determinado objeto, desta forma delimitando um campo de atuação, mapeando as condições de manifestação desse objeto. O estudo exploratório desempenha uma descrição fiel da realidade e pretende descobrir as relações entre os sujeitos que compõe a pesquisa, e tem como finalidade conhecer melhor um fenômeno percebê-lo de outra maneira e descobrir novas soluções.

A natureza exploratória permite ao investigador aumentar sua experiência em torno do problema e possibilita um contato com a população da pesquisa para obter os resultados desejados (TRIVIÑOS, 2008).

5.2 Local do Estudo

A pesquisa foi desenvolvida em um serviço específico para o cuidado, atenção integral e continuada às pessoas com necessidades em decorrência do uso abusivo ou dependência de álcool, crack e outras drogas. O serviço oferece atendimento individual e em grupos, atendimento à família do usuário, atividades comunitárias, orientação profissional, suporte médico e psicoterápico e acolhimento noturno para desintoxicação e outros cuidados.

5.3 Sujeitos do Estudo

Os sujeitos do estudo foram oito usuários ou ex-usuários de crack e outras drogas que frequentam o serviço de atendimento a pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas.

5.4 Critérios para seleção dos sujeitos

No que diz respeito aos critérios adotados para seleção dos participantes da pesquisa optou-se por usuários ou ex-usuários de crack e outras drogas de ambos os sexos que estivessem em acompanhamento no serviço de atendimento a

pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas. Que fossem maiores de 18 anos e em condições físicas e mentais de responder ao instrumento de pesquisa e que permitisse o uso de gravador durante a entrevista.

Os participantes do estudo foram selecionados entre os integrantes dos grupos de usuários de múltiplas drogas. Os grupos aconteciam em diferentes dias e horários e cada usuário participava de apenas um grupo em determinado dia da semana. Os sujeitos que participaram deste trabalho o fizeram de forma espontânea após apresentação dos objetivos da pesquisa e da importância de cada um na construção do trabalho e em cada grupo participavam em torno de 10 pessoas.

5.5. Princípios éticos

A pesquisa Perfil dos Usuários de Crack e Padrões de Uso a qual o presente estudo está vinculado foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, com parecer favorável sob o nº de protocolo 301/2011 (Anexo A).

Em todas as etapas desta pesquisa foram respeitados os princípios éticos contidos no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, capítulo III da Resolução COFEN nº 311/2007 que trata do ensino, da pesquisa e da produção técnico-científica (COFEN, 2007). Também se considerou a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que regulamenta os aspectos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

Aos participantes do estudo foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) em duas vias, no qual foram apresentados os objetivos da pesquisa e garantia do anonimato sobre as informações fornecidas e livre acesso aos dados e resultados alcançados e também foi garantido direito de resposta a qualquer pergunta ou dúvida e o de não responder a alguma questão e de retirar seu consentimento de participação em qualquer etapa da pesquisa, sem risco de penalização.

Os dados foram armazenados em CD-ROOM e ficarão sob o poder da pesquisadora e arquivados na sala do Núcleo de Pesquisas da Faculdade de Enfermagem da UFPel por um período de cinco anos e após serão descartados

Para utilizar os dados da pesquisa obteve-se permissão formal da pesquisadora responsável (Anexo B).

Para garantir o anonimato os participantes da pesquisa foram identificados pelo nome de pedras preciosas da mesma forma que no trabalho de conclusão de curso da autora, porém as pedras foram escolhidas de acordo com a indicação ou propriedade medicinal de cada uma e segundo a característica pessoal ou algo marcante das falas dos participantes.

Os benefícios aos participantes do estudo advêm da contribuição que o presente trabalho proporcionará para práticas de cuidado integral aos usuários de crack e outras drogas de acordo com as suas necessidades e disponibilidade de mudança, bem como para o fortalecimento do conhecimento científico acerca do uso do crack e desmistificação do discurso midiático em relação ao uso e usuários de drogas.

Os riscos atrelados a presente pesquisa para os sujeitos do estudo repousa sob a possível mobilização de sentimentos pesados e algum tipo de sofrimento à medida que forem realizados questionamentos pela pesquisadora para responder os objetivos do estudo, pois em dado muito terão de lembrar sua trajetória de uso das drogas e outras vivências que podem gerar constrangimentos e desconfortos emocionais.

5.6 Procedimentos para Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada em um serviço de atendimento a pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas, com usuários ou ex-usuários de crack e outras drogas que atenderam aos critérios de inclusão no estudo através de entrevista semi estruturada (Apêndice B). A seleção dos sujeitos ocorreu de forma intencional à medida que buscaram atendimento e/ou durante sua permanência no referido serviço nos meses de setembro e outubro de 2014.

A entrevista semi-estruturada é um dos métodos qualitativos mais utilizados para o levantamento de valores ou representações sociais e apreender o ponto de vista dos atores sociais. Norteia-se por um roteiro previamente elaborado que busca

ampliar e aprofundar a comunicação, evitando cerceamentos à comunicação pelo sujeito de suas visões, juízos e relevâncias a respeito dos fatores e das relações que compõe o objeto. O roteiro é concebido como um guia permitindo ao entrevistador introduzir novas perguntas que possam contribuir para aprofundamento das informações (MINAYO, 2010). Para maior fidedignidade dos dados, as entrevistas foram gravadas, transcritas e posteriormente analisadas.

5.7 Análise dos dados

Para atingir mais precisamente os significados manifestos e latentes trazidos pelos sujeitos foi utilizada a proposta operativa de Minayo (2010) que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência tenham significado ao objetivo visado.

A proposta operativa de Minayo (2010), se caracteriza por dois momentos operacionais. O primeiro inclui as determinações fundamentais do estudo, o qual é mapeado na fase exploratória da investigação. E o segundo momento denomina-se de interpretativo, pois consiste no ponto de partida e no ponto de chegada de qualquer investigação, representando o encontro com os fatos empíricos. A fase interpretativa apresenta duas etapas: a ordenação e a classificação dos dados, esta última inclui a leitura horizontal e exaustiva dos textos, leitura transversal, análise final e a construção do relatório com a apresentação dos resultados.

5.8 Divulgação dos resultados

Os resultados serão divulgados à comunidade acadêmica, por meio de artigos científicos que serão apresentados junto à dissertação e posteriormente encaminhados a periódicos de reconhecimento e relevância nacional e internacional, bem como, aos serviços de saúde, aos quais os sujeitos estejam vinculados.

6 Resultados e Discussão

Esta fase, inicialmente, se dará com a caracterização dos informantes e logo em seguida serão apresentados os resultados encontrados e a discussão embasada no aporte teórico e conhecimento da autora.

6.1 Apresentação dos Participantes

Como descrito na metodologia deste trabalho, os informantes foram identificados pelo nome de pedras preciosas de acordo com a propriedade de cada pedra e característica marcante de cada um.

Assim os nomes que identificaram os participantes ficaram definidos como:

Zircão que é a pedra da autoconfiança, característica esta que marcou o informante 1, esta pedra tem grande força curativa sobre o corpo e mente, que para esse informante é peça chave para manter uma boa saúde. Zircão se mostrou muito confiante nesta fase que se encontrava de seu tratamento, pois segundo ele tinha conseguido identificar os motivos que o levaram a recair e isso para ele era um fator fortalecedor do seu tratamento e que estava o ajudando a se manter firme em seus objetivos de reconstrução de suas perdas.

Apatita foi o nome escolhido para a informante 2, é a pedra contra a obesidade e alívio da hipertensão, o sobrepeso foi a questão que mais incomodava esta informante no momento da entrevista, estar acima do peso estava sendo um processo muito sofrido para Apatita, pois segundo ela seus familiares a criticavam por estar comendo de mais, chegando a ter pensamento de voltar ao uso da droga pois quando consumia o crack estava muito emagrecida.

Bronzita é a pedra contra a depressão que também tem propriedades que ameniza traumas vividos e foi escolhida para identificar o informante 3, essa característica marcou esse participante que no momento da entrevista se sentia muito deprimido e atribui essa situação ao consumo de crack e também a dificuldade de cessar o uso, porém relata que esse estado depressivo advém de processos traumáticos que carrega desde a infância.

Ambar foi a pedra escolhida para representar informante 4, esta pedra indica a motivação e tem propriedades que desperta a alegria de viver características estas que marcaram este participante. Ambar se mostrou muito receptivo no momento da entrevista e motivado a parar o consumo de droga. Demonstrou estar empenhado em cuidar da sua saúde e dos agravos que o uso de drogas ao longo da vida lhe ocasionou, como por exemplo, a hepatite C.

Unaquita é uma pedra também indicada para depressão que tem propriedades calmantes que atuam sobre o corpo para restaurar o equilíbrio e alívio das tensões. Esta pedra foi escolhida para representar o informante 5, que referiu estar depressivo, desanimado, sem vontade de sair de casa além de estar acima do peso fator esse que lhe causava muito desconforto.

Leopardita foi a pedra escolhida para identificar o informante 6 que no momento da entrevista apresentava grande dificuldade de enfrentar a dependência química, ficando recluso em casa saindo somente na companhia de alguém se tornando refém do próprio medo, o medo de recair. Por isso Leopardita foi a pedra escolhida, pois é a pedra da coragem e inspira força de vontade e determinação para lutarmos por aquilo que desejamos.

Kunzita é a pedra calmante e de equilíbrio emocional. Essa pedra foi escolhida para representar a informante 7 que no momento da entrevista apesar de se mostrar decidida a não usar mais crack, com planos concretos de vida, demonstrava uma instabilidade emocional, uma inquietação psicomotora e uma certa irritabilidade principalmente com os filhos.

E finalmente Ametrino foi a pedra escolhida para identificar o informante 8, que está há nove anos sem usar drogas, segundo ele essa sua determinação tem sido fonte de inspiração para outras pessoas que estão buscando tratamento para a dependência química. Esta é a pedra da inspiração e transformação que ajuda aqueles que procuram direção no sentido da vida e da existência. Hoje ametrino representa uma importante liderança dentro do serviço de saúde que foram

realizadas as entrevistas, na luta pelos direitos dos usuários de saúde mental álcool e drogas sentindo-se orgulhoso de ter enfrentando de forma satisfatória a dependência química.

Os participantes do estudo foram caracterizados em relação ao sexo, idade, escolaridade, situação conjugal e ocupacional, renda mensal, filhos e tempo de tratamento. Cabe salientar que todas as informações de caracterização foram referidas pelos participantes. Este espaço também será utilizado para descrever algumas percepções e características individuais que marcaram a pesquisadora durante a coleta de dados.

Informante 1 – Zircão - sexo masculino, 41 anos, solteiro, com ensino médio completo, atualmente trabalha de pedreiro, renda mensal de R\$ 1.100,00, mora com a mãe, tem duas filhas de nove e 16 anos que vivem com a ex-companheira devido ao uso de drogas dele. Refere ter usado somente crack, por dois anos e meio e fazer uso de bebida alcóolica. No momento da entrevista relatou ter tido uma recaída, ficando afastado do tratamento por dois meses, retomando o acompanhamento no serviço há um mês, estando abstinente desde então. Diferente do que se costuma pensar, o uso de crack para ele começou já em uma fase mais tardia, aos 39 anos, e não na adolescência como geralmente se tem o primeiro contato com as drogas.

O informante associa o início do uso de drogas a um momento de bastante dificuldade em sua vida. Conta que após sofrer um acidente de moto em que teve fratura exposta na perna necessitando de intervenção cirúrgica e um longo período de recuperação desenvolveu um quadro depressivo devido à demora de sua recuperação, achando que não teria uma recuperação plena e que ficaria com sequelas. Relata que esse episódio foi o disparador do uso, conta que em uma roda de amigos que estavam fazendo uso, foi oferecido o crack a ele que acabou aceitando.

Zircão descreve que sentiu um imenso êxtase no momento do uso e no dia seguinte já queria sentir novamente aquela sensação. A partir daí o uso se tornou frequente e os problemas no relacionamento familiar e contexto social começaram aparecer, até que em menos de dois meses de uso houve a separação da sua mulher e a perda do contato com as filhas e do emprego, tornando o consumo de crack diário e constante.

Conta que sempre manteve uma situação econômica estável, trabalho e moradia fixa. Refere que nunca havia feito uso de qualquer substância ilícita mesmo tendo um pai com problemas decorrentes do uso de álcool e um irmão que fazia uso de drogas que faleceu aos 26 anos devido à parada cardiorrespiratória em decorrência de agravos da tuberculose. Durante os dois anos de uso do crack Zircão teve uma internação no hospital psiquiátrico durante 30 dias para intoxicação e após começou o tratamento no serviço de atendimento a pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas.

Informante 2- Apatita - sexo feminino, solteira, 33 anos, possui ensino médio completo, não exerce atividade profissional no momento, recebe um auxílio do bolsa família de R\$ 120,00, porém se mantém com a renda familiar de R\$ 1.700,00, reside com os pais, dois irmãos e a filha de oito anos. Relatou estar há quatro anos em tratamento para uso de crack, mas já fez uso de maconha e cocaína. Refere ter tido a última recaída em novembro de 2013, mantendo-se abstinente até o momento da entrevista.

Apatita conta que começou a usar crack junto com seu companheiro quando já estava grávida de sete meses. Usou crack até o final da gestação e após ganhar o bebê continuou a fazer uso da substância. Relata que o consumo ficou cada vez mais intenso e acabou por vender a sua casa por um valor irrisório e mudou para uma casa menor. Conta que tudo que conseguiu adquirir em bens materiais o seu ex-companheiro vendia para comprar crack. Ao se deparar com uma situação deprimente em que dormia no chão em cima das poucas roupas que restaram e a filha pequena dormia em um pedaço de esponja em cima da cama, resolveu parar com o uso e separou-se do seu companheiro por este não querer deixar de usar crack.

A informante refere que começou a usar drogas por que quis experimentar a sensação e não por nenhum problema socioeconômico ou familiar, sempre teve boas condições e a família nunca passou por grandes dificuldades financeiras, seus pais sempre trabalharam e nunca faltou nada dentro de casa. Conta também que foi a primeira na família a se envolver com drogas sendo bem mais difícil para a família saber como agir nessa situação, pois nunca vivenciaram tal situação.

Informante 3 – Bronzita - sexo masculino, casado, 51 anos, ensino superior incompleto, não exerce atividade profissional e além disso, perdeu o benefício que recebia, vive com a esposa e a filha de 23 anos, porém tem outra filha do primeiro

casamento. Refere ter feito uso de múltiplas drogas, principalmente álcool e cocaína, no momento da entrevista ainda mantinha o uso de crack referindo conseguir ficar apenas oito dias sem usar a droga, exceto quando precisa de internação, que quando na ocorrência desta consegue se manter no máximo três meses em abstinência.

Conta que sempre teve uma ótima situação econômica, seus pais eram de classe média e nenhum familiar tinha problema com uso de drogas. Refere que o que desencadeou o uso de substância psicoativa foi a separação dos pais em sua adolescência. O relacionamento conflituoso dos pais gerou uma depressão no informante que passou a fazer uso de álcool e maconha. Após a separação dos pais a situação piorou. Após esse evento o informante conta que seu estado depressivo se agravou, nesse período ele casou, teve um filho e como o uso de drogas se intensificou, acabou se separando, passando a fazer também uso de cocaína.

Refere que parou de usar bebida alcoólica há 14 anos e a cocaína e maconha há 2 anos quando começou a fazer uso de crack. Durante esse período usando crack passou por três internações no hospital psiquiátrico e duas em comunidade terapêutica.

Informante 4 – Ambar - sexo masculino, 44 anos, solteiro, ensino fundamental completo, carpinteiro, com uma renda mensal de R\$ 2.000,00, vive com a mãe e uma irmã, tem uma filha de 12 anos que mora com sua irmã. Refere que seu uso problemático é o crack do qual está abstinente há seis meses.

Conta que sua família é de origem humilde, mas nunca faltou alimento na mesa. E que o uso de drogas começou ainda na infância sendo o tabaco a primeira substância psicoativa utilizada aos nove anos de idade. Refere que até os 14 anos utilizou álcool, cigarro e maconha. Após utilizou múltiplas drogas como anfetaminas e cocaína injetável, pelo qual contraiu hepatite C. Desde que começou a usar crack há cerca de 10 anos parou com o uso de outras substâncias. Relata também os seus irmãos mais velhos também faziam uso de drogas. Um deles foi morto devido ao envolvimento com tráfico de drogas e o outro ainda faz uso esporádico de cocaína aspirada.

Informante 5 – Unaquita - sexo masculino, 39 anos, separado, completou o ensino médio, aposentado, com uma renda mensal de R\$ 1.000,00, mora com sua mãe, tem uma filha de 12 anos que vive com sua ex esposa devido a separação pelo uso de drogas.

Conta que sempre teve boas condições financeiras e começou a usar drogas com 13 anos, iniciando com a maconha e álcool, passando mais tarde a utilizar cola de sapateiro, solventes, alucinógenos (chá de cogumelo), cocaína e crack. Porém o uso problemático está na cocaína aspirada. Relatou estar desde 2004 em tratamento no serviço, com inúmeras recaídas, sendo a mais recente há três meses em que teve uma internação em clínica de reabilitação, mantendo-se abstinente desde então.

Informante 6 – Leopardita - sexo masculino, 34 anos, solteiro, ensino médio completo, não exerce nenhuma atividade profissional no momento e se mantém com a renda familiar de R\$ 3.000,00, mora com a mãe, uma irmã e o tio e não possui filhos. Afirmou ser usuário de múltiplas drogas, inclusive cocaína injetável que pelo uso adquiriu hepatite C, relatou ter parado de usar crack e cocaína injetável há 3 anos, sendo seu uso problemático a cocaína aspirada. Relata estar em tratamento no serviço há um ano e meio e no momento da entrevista estava há quatro meses em abstinência.

Relata que o uso de substâncias psicoativas começou aos 14 anos com álcool e maconha. Aos 16 anos se casou passando a usar drogas de forma mais compulsiva. A partir daí começou a usar cocaína aspirada, injetável e mais recentemente o crack. Com a intensificação do uso houve a separação da sua esposa, pois não era desejo do informante parar de usar droga, ainda assim o relacionamento durou 12 anos. Refere que tem dois irmãos que também fazem uso de drogas.

Informante 7 – Kunzita - sexo feminino, 30 anos, solteira, ensino fundamental incompleto, não exerce atividade profissional, vive com a renda familiar de R\$ 1.000,00, mora com o companheiro, três filhos, pai, mãe, duas irmãs e dois sobrinhos. Possui quatro filhos, porém um está sob a guarda do pai devido ao uso de drogas dela. Refere ter sido usuária de múltiplas drogas, sendo a droga de abuso atual o crack, estando em tratamento no serviço há quatro meses e se mantém abstinente desde então.

Relata que iniciou o consumo de drogas com oito anos de idade. Começou com maconha, usou cocaína via intranasal, lança perfume, haxixe, loló. Conta também que era a única pessoa da família que fazia uso de drogas, mas hoje tem um sobrinho de 16 anos que está fazendo uso de maconha.

Informante 8 – Ametrino - sexo masculino, 36 anos, solteiro, ensino fundamental incompleto, aposentado, com renda mensal de R\$ 724,00, mora com a mãe e não possui filhos. Relatou ser usuário de múltiplas drogas, sendo o uso de crack que o motivou a buscar tratamento. Referiu freqüentar o serviço há 10 anos e estar há nove anos em abstinência.

Conta que começou a usar drogas por volta dos 22 anos de idade, iniciando com a maconha, passando para cocaína e por último crack. Refere ser o único na família a fazer uso de drogas ilícitas e que quando iniciou o consumo já era aposentado e morava com sua mãe.

Durante as entrevistas foi possível observar um misto de significados em relação ao tratamento para dependência química. O desejo de parar definitivamente com o uso de drogas era um consenso. Senti pessoas motivadas, com objetivos de vida concretos que os impulsionavam a continuar mais um dia sem usar drogas, o desejo de reconstituir coisas materiais, resgatar família, valores, mas principalmente resgatar sua identidade.

Senti pessoas felizes por poder proporcionar um momento de lazer para um filho, mas também senti pessoas com uma extrema necessidade de ser socialmente aceita, fazendo um grande esforço para mostrar a outrem que pode deixar o uso de drogas e se tornar uma pessoa “confiável” novamente.

Percebi pessoas muito felizes por poder estar trilhando uma nova trajetória e por querer estar nessa nova trajetória, porém, observei pessoas que na busca incessante pela reabilitação, trocaram uma dependência por outra, quando ao deixarem de usar drogas, passaram a usar inúmeras medicações que muitas vezes os deixam incapacitados até mesmo de andarem na rua sozinhos.

Acredito que se afastar do contexto onde acontece o uso de drogas seja necessário para reabilitação daquele que busca cessar o uso de substâncias psicoativas, porém assistir a vida passar se tornando refém do próprio medo de não conseguir abandonar o uso de drogas, criando uma situação de co-dependência quer pelo uso de medicações quer por necessitar ter alguém para poder sair à rua ou se manter isolado dentro de casa não me parece ser exclusivamente uma saída terapêutica.

Foi observado que o processo saúde-doença é atravessado pelas condições de vida dos indivíduos e que as condições do meio podem influenciar em como as

peçoas irão vivenciar esse processo, pois cabe singularmente ao indivíduo dizer se está ou não saudável, se está feliz, satisfeito com sua vida e saúde.

6.2 Apresentação e discussão dos dados

6.2.1 Concepções sobre o processo saúde-doença: o olhar do sujeito.

O processo saúde-doença é um termo usualmente utilizado para referir todas as variáveis que tratam da saúde e da doença na dimensão individual e coletiva, na medida em que estas estão intimamente relacionadas e uma determina e é determinada pela outra. Desta forma, quando se trata do processo saúde-doença, parte-se do pressuposto que este é um processo complexo, na medida em que são múltiplos os fatores na sua composição.

Apesar de todos os conceitos estabelecidos sobre saúde e doença, sabe-se que eles, ao longo dos anos, têm sido compreendidos ou enfrentados de acordo com as diversas formas de existir das sociedades, expressas nas diferentes culturas e formas de organização. Eles dependem do entendimento do ser e de sua relação com o meio em que está inserido. Logo, o modo de ver saúde e ver doença é peculiar de cada indivíduo (BACKES; et al., 2008).

O significado atribuído à saúde nas falas dos informantes abaixo, revela o discurso do modelo biomédico em que o estado de saúde está condicionado a hábitos de vida saudáveis, limitando as causas do estado de saúde ao autocuidado sobre o corpo e seu bom funcionamento.

Ah uma vida boa, seria uma vida regrada em tudo, a alimentação até ter um hobbie, uma coisa saudável pra fazer (Leopardita)

Com bons hábitos alimentares né (Unaquita)

Partindo do pressuposto que nenhum ser será totalmente saudável ou totalmente doente e sim experimentará condições de saúde e doença ao longo de sua existência de acordo com suas condições e seu modo de andar na vida,

consegue-se observar também nas falas aqueles que apresentam um conceito ampliado de saúde considerando não só questões relacionadas ao biológico e a um estilo de vida saudável, mas ao bem estar psíquico e social, em que as condições e o contexto de vida são indicadores importantes para a saúde.

As falas a seguir ocorrem num contexto de associação da saúde na individualidade do sujeito, no qual estes são saudáveis a partir da sua perspectiva de equilíbrio interno em relação ao meio.

Uma pessoa com saúde é uma pessoa com a mente boa eu noto que as pessoas que não tenha a mente boa elas acabam adoecendo que é o meu caso (Bronzita)

Uma pessoa saudável pra mim é corpo mente e espírito entendeu [...] pois tu pode ta saudável como eu sou fisicamente e psicologicamente afetado [...] (Zircão)

Caponi (1997) atribui a equilíbrio um sentido clássico de concepção de saúde, reportando que esta palavra dirige a definição ao âmbito biológico da ação e reação, na busca de um ponto mediano entre extremos. Isto coaduna com uma concepção antropocêntrica e, portanto menos associada a inserção do sujeito na coletividade. Revelando a idéia de que o individuo deve ser atendido em suas necessidades.

Na fala a seguir se identifica a centralidade da concepção de saúde no sujeito onde o acesso a quesitos como uma atividade física ou de lazer, uma profissão que goste e uma fonte de renda refere-se a pessoa em questão. Aparecendo claramente nesses discursos a quebra entre corpo e mente, uma percepção de diferentes formas de ver saúde.

Uma pessoa saudável é uma pessoa que cuida da saúde, que se alimenta bem, tem uma atividade física, tem uma atividade pra se distrair, uma profissão que goste, que exerça alguma coisa que goste de fazer que de renda também né por que ter renda é saudável [...] (Ambar)

O processo saúde doença se configura como um processo dinâmico, complexo e multidimensional por englobar dimensões biológicas, psicológicas, socioculturais, econômicas, ambientais, políticas, enfim, pode-se identificar uma complexa inter-relação quando se trata de saúde e doença de uma pessoa ou de uma coletividade (DEGANI; CAMELO, 2009)

Acreditar que determinados comportamentos são saudáveis no sentido em que ajudam a manter a saúde, não implica necessariamente a escolha da prática

desses comportamentos, já que, em profundidade (culturalmente), se crê que o que ameaça a saúde é o modo de vida na sua totalidade, cujos efeitos perniciosos importam controlar (SILVA; ALVES, 2011).

O ter saúde, o se sentir bem e o adoecer são formas pelas quais a vida se manifesta. Correspondem a experiências singulares e subjetivas, impossíveis de serem reconhecidas e significadas integralmente pela palavra. A primeira não é objeto que se possa delimitar, não se traduz em conceito científico, da mesma forma que o sofrimento que caracteriza o adoecer (CZERESNIA; FREITAS, 2003).

Nessa concepção, ao se pensar a saúde é necessário refletir sobre as particularidades individuais, uma vez que o processo saúde doença está intrinsecamente ligado ao potencial que as pessoas têm de suprir suas necessidades para viver.

Sendo assim, acredita-se que a saúde é a habilidade que o indivíduo tem de superar incapacidades, utilizando o meio onde vive a seu favor, tendo a aptidão de responder satisfatoriamente a certas variações do mesmo (ROSA; CAVICHIOLLI; BRÊTAS, 2005).

Alguns informantes consideram o uso de substâncias psicoativas como algo que se contrapõe a saúde fazendo mais uma vez alusão aos fatores comportamentais como forma de ter e manter saúde.

Pra mim uma pessoa saudável é não usar mais nada igual como eu to, não usar nenhum tipo de droga, isso é ser saudável. (Ametrino)

Olha é uma pessoa que não usa nem um tipo de substância química seja ela licita ou ilícita isso pra mim é uma pessoa saudável (Kunzita)

Ah uma pessoa saudável é uma pessoa que não tem vícios que leva uma vida boa (Leopardita)

Olhar o uso de drogas de forma isolada, apenas a partir das propriedades farmacológicas estreitam as compreensões das diversas dimensões atribuídas ao seu uso.

Macrae (2010) afirma que é preciso compreender o consumidor como sujeito ativo, bem como suas motivações para o uso de substâncias e que este não é necessariamente dotado de uma identidade patógena, mas alguém que utiliza símbolos para se comunicar consigo e com o ambiente que o circunda.

Desta forma a substância química só se torna uma substância com efeitos negativos à saúde do indivíduo dentro de um determinado contexto de relações entre as atividades simbólicas do indivíduo e o ambiente. O efeito puramente fisiológico da droga pouco importa, já que se trata de compreender a interpretação que o indivíduo dá de seu estado, de sua motivação e de sua experiência que o impele a um consumo repetido da droga (MACRAE, 2010)

Assim, o processo saúde doença é o resultado das condições de vida dos sujeitos, ou seja, dos seus hábitos e estilo de vida, condições socioeconômicas, de sua cultura, bem como do meio ambiente em que esses sujeitos vivem e se relacionam (DIAS et al., 2007).

Quase sempre a saúde é expressa como a ausência de doença, enquanto a doença é uma condição de uma determinada parte do corpo, afetada por um evento que o prejudica. Assim, se percebeu em algumas narrativas, saúde com sentido de bem-estar e doença ligada à incapacitação ou disfunção permanente.

Alguém que fosse incapacitado de fazer algum trabalho alguma coisa (Unaquita)

Pessoa doente é aquela pessoa que tem uma doença que não tem cura, tipo HIV, o câncer esses troços assim (Kunzita)

É uma pessoa doente, com problema, problemas mentais, de nervos tipo esquizofrenia, isso é uma pessoa doente (Ametrino)

Ah uma pessoa doente é uma depressão, ah uma pessoa doente é complicado, uma pessoa doente pode ser uma pessoa problemática ou pode ser de nascença, pode ser uma pessoa que descobriu uma doença crônica [...] (Ambar)

Assim, a partir das entrevistas foi possível observar os cuidados com a saúde, hábitos de vida saudáveis e o bem estar biopsicossocial como fatores que autenticam as avaliações de saúde no sentido de saudável e as incapacidades físicas ou mentais, doenças crônicas e instabilidades emocionais como sinônimos de doença.

Algumas vezes, as condições desfavoráveis do meio influenciam diretamente na possibilidade de manutenção da saúde: “a saúde não é só a vida no silêncio dos órgãos, é também a vida na descrição das relações sociais (GANGUILHEM, 2006).

Existem pessoas com doenças crônicas que se consideram sadios e outros que “aparentando saúde”, vivenciam um problema de ordem pessoal, de tamanha relevância que arruína o seu bem-estar.

Doente me defino a mim mesmo entendesse? Como eu te disse com características físicas de uma pessoa saudável mas mentalmente impotente perante uma droga (Zircão).

Pessoa doente é isso perde tudo perde até a liberdade que é o meu caso hoje em dia eu tenho até medo de andar sozinho eu ando com meu pai e com a minha mãe por que eu tenho medo de recair (Leopardita).

Portanto, saúde depende também da capacidade individual de controlar a vida, sendo importante reconhecer que a concepção de saúde tem alto grau de subjetividade, posto que o indivíduo poderá se considerar com mais ou menos saúde a depender do momento e dos valores que atribuem a dada situação (REIS; SOARES; CAMPOS, 2010).

Outro elemento que recebe destaque no processo saúde doença é a enfermidade que pode representar apenas um detalhe para alguns. Uma pessoa pode estar enferma mesmo sem apresentar qualquer doença (VICINI, 2002). A doença é representada aqui como um conflito de necessidade do indivíduo consigo mesmo, que vai além de alterações no funcionamento normal do organismo.

Uma pessoa doente é uma pessoa que não sabe lidar com situações adversas com manias de doenças assim sabe? (Bronzita)

Pra mim uma pessoa doente é não ter controle de si mesma é a pessoa ter a capacidade de até querer vender um filho por causa da droga [...] (Apatita)

A transformação dos problemas advindos do uso de drogas em status de doença é constituída e reforçada socialmente. O status de doença se constitui a partir de toda uma estrutura de discurso que se encaixa numa situação criada a partir da relação do homem com uma dada substância (QUINDERÉ, 2013).

Nas falas destes dois informantes percebe-se um discurso que está no imaginário da sociedade e até mesmo de alguns profissionais e serviços de saúde em que o usuário busca por auxílio, de que o indivíduo é completamente submisso a droga e não tem mais poder sobre si, que a droga o domina por completo e tem

poder de direcionar suas ações, tornando a droga ou substância o “ser” mais importante do tratamento, deixando muitas vezes de ser levado em consideração as múltiplas dimensões do sujeito, a relação usuário com o serviço de saúde, profissionais, contexto de vida e com a própria substância.

Porém, a experiência do uso de substâncias não depende somente do efeito da substância em si. Aspectos relacionados às características individuais, aspectos sociais e culturais são indissociáveis da experiência que o indivíduo terá com o uso da substância (BECKER, 2008).

Para Santos (2007. p. 195) o rótulo “eu sou dependente” revela o que a sociedade criou no seu imaginário, através de tratamentos que reforçam a postura de impotência e de subserviência perante a droga. Um discurso que a própria medicina ajudou a construir colocando o uso de drogas no lugar de doença, engessando o discurso e supervalorizando a visão biológica do processo de dependência química.

A centralização no caráter negativo do uso desta substância agrega à sociedade uma visão negativa do consumo de drogas, dando-se ênfase à patologia do consumo e centralizando-se na substância como principal vilã. Isso também acarreta uma percepção patológica do uso de crack por parte dos profissionais de saúde distanciando-os dos usuários que também na maioria das vezes não buscam os serviços de saúde (CARNEIRO, 2008).

É necessário que a abordagem dos trabalhadores esteja vinculada às experiências dos indivíduos que usam crack, que intervenha através dos significados que estes usuários dão às suas experiências com o uso do crack e não a partir de significados que são construídos através de teorias pré-estabelecidas e pautadas em procedimentos curativistas e punitivos (MACRAE, 2010).

Pois há de se considerar que embora as campanhas preventivas divulguem que o uso de drogas é prejudicial e só trazem o mal, os usuários aprendem na prática que elas dão prazer, por isso, alguns podem ter mais dificuldade para se proteger dos efeitos negativos que estão associados ao uso abusivo, seja por não terem informações sobre os cuidados de saúde, seja por não terem informações de como fazer um uso menos danoso, pois somente são orientados a não usar.

O processo saúde-doença deve nos remeter também aos seus determinantes, já que é fruto condicional da estrutura político econômica, das

carências e da desigualdade social, dos fatores culturais, da percepção do indivíduo sobre saúde e doença e do imaginário coletivo (BUSS; PELEGRINI FILHO, 2007).

Para Arantes et al (2008), a saúde e a doença resultam também de um conjunto de determinantes e cita o ambiente, o estilo de vida (comportamento individual que afeta a saúde), a biologia humana e a organização dos serviços de saúde.

Dentre os determinantes sociais de saúde que surgiram nas falas dos informantes, os fatores individuais, como por exemplo, as características próprias do indivíduo e o uso de drogas lícitas ou não, assinalado como um determinante relacionado ao estilo de vida, foram considerados fatores interferentes no processo saúde doença de um dado indivíduo.

Não saber lidar com os problemas, pelo o que eu observei tudo que eu via na rua e na noite em lugares de rico e de pobre eu via gente em casebre tão feliz, e eu vou te dizer que eu aprendi assim, pra mim que o que manda mesmo é a cabeça foi o que eu tirei pra mim e a minha como não anda bem. (Bronzita).

Eu acho, o que interfere na saúde da pessoa é algum vício o cigarro, o álcool, isso eu acho que interfere por que pobreza eu acho que não interfere, por que ser pobre acho que não é problema por que hoje em dia de fome ninguém morre [...] (Kunzita)

Os depoimentos dos informantes manifestam as heterogeneidades das concepções do processo saúde-doença, incluindo também como os fatores interferentes neste processo: o biológico, o mental e o social, que em algumas falas aparecem associados e em outras completamente dissociados

Outros observaram como fatores determinantes do processo saúde doença os macrodeterminantes que estão relacionados as condições econômicas, de vida e trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a bens e serviços de saúde.

Ah tem vários fatores isso aí, as vezes não depende só da pessoa depende do poder aquisitivo dela se tem uma alimentação boa, depende de uma saúde pública boa pra detectar se ela tem uma saúde boa ou não então são vários fatores [...] (Ambar)

Eu acho que é a pobreza, eu acho, por que se tu não tem o que comer, o que vestir onde morar isso vai prejudicar a tua saúde, isso faz as pessoas sofrer e o sofrimento causa doença. (Ametrino)

[...] quem não tem emprego se deprime ou a família passa necessidade ou quem tem se estressa também com o trabalho (Unaquita).

Em alguns depoimentos é possível inferir que a situação financeira e ter ou não um trabalho remunerado, parece servir ao mesmo tempo, como um fator de proteção ou de risco do uso de drogas para aqueles que estão em tratamento. Contribuindo de forma favorável no processo saúde doença de alguns e de forma negativa para outros.

[...] mas a gente procura uma saída, eu procurei outra saída e hoje eu moro com a minha mãe, eu comprei vários negócios pra dentro de casa, moveis esses negocio assim, então eu to bem, trabalho, faço o que eu gosto de fazer (Ametrino)

No momento eu to sendo sustentado um mês eu acho nem isso, mas eu tenho que voltar a trabalhar [...] eu consegui esse beneficio do INSS paguei as minhas continhas, ajudei em casa [...], não posso tá explorando ninguém né eu tenho que ser útil eu tenho que ser produtivo (Ambar)

eu to lutando pra largar uma droga. é uma brigaçada dentro de casa e antes de cortarem o INSS eu já tava no décimo quinto dia sem usar sabe tava vindo pra cá já pra me fortalecer ai meio que desregulou aquela força que eu tava de aumentar bastante os intervalos sem usar isso me atrapalhou bastante ta atrapalhando ainda [...] (Bronzita).

Desta forma, essas falas trazem a tona a discussão a respeito da singularidade das respostas dos sujeitos frente aos fatores que condicionam ou determinam o processo saúde-doença. É difícil estabelecer um padrão que permita afirmar que determinado grau de exposição a certo fator de agressão seja causa definitiva de determinado agravo, já que a resposta individual a esta exposição sempre é diferenciada (WESTPHAL, 2008).

Identificou-se também nestas falas uma concepção de acordo com a produção social da saúde, que aproxima a condição de saúde à condição de vida dos indivíduos. A saúde é determinada pela organização social da população e são as circunstâncias sociais e econômicas desfavoráveis que afetam a saúde ao longo da vida (BUSS; PELEGRINI FILHO, 2007).

Desta forma há que se concordar com Canguilhem (2006) quando afirma que cada individuo tem sua própria concepção de saúde e a fronteira entre a saúde e a doença é imprecisa para indivíduos diferentes considerados simultaneamente, ela tão pouco é precisa para um único individuo considerado sucessivamente.

Em síntese, a concepção de saúde ultrapassa a definições restritas a esfera biológica, agregando a dinamicidade da sociedade a base do seu entendimento. Na definição da 8ª Conferencia Nacional de Saúde de 1986, a saúde não é um contexto

abstrato, define-se num contexto histórico de uma determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas diárias (BRASIL, 2008, p. 4).

6.2.2 O olhar sobre a própria saúde

Nessa categoria os informantes discorreram então, sobre sua situação de saúde, de como se percebem em relação a sua saúde e as estratégias utilizadas para preservá-la.

A percepção subjetiva do individuo funciona como elemento importante na avaliação do seu estado de saúde, apesar dos fatores biológicos apresentarem papel fundamental na qualidade de vida. A subjetividade faz alusão a como as pessoas sentem ou percebem suas vidas, sendo importante na avaliação do que faz da vida ser algo bom e desejável, porquanto os fatores objetivos sozinhos são insuficientes para explicar a experiência da qualidade de vida que tem direta influência da autopercepção de saúde (RABELO et al., 2010).

Ao relatarem sobre sua saúde, alguns informantes deste estudo referiram manter uma boa situação de saúde não apresentando nenhuma alteração avaliando-a de forma positiva.

O único problema de saúde que eu tinha era o colesterol alto entendeu, mas isso ai eu já controlei [...] (Ametrino)

Minha saúde hoje por tudo que eu passei, por que tudo que eu usei e não foi pouco tempo de uso [...] eu não tenho nada, a minha saúde é perfeita [...] (Kunzita)

Outros referiram ter adquirido alguma doença devido ao uso de drogas e sentirem sua saúde prejudicada por outros fatores como o excesso de peso, depressão e a própria dependência química.

Eu to com hepatite C de tomar intravena né? De compartilha o mesmo recipiente no caso de puxar a droga então um vai passando pro outro [...] (Ambar)

Ah mais ou menos por que eu adquiri hepatite C por causa do uso, mas podia ta melhor [...] podia não ter adquirido essa doença que eu adquiri na drogadição (Leopardita)

Ah a minha saúde eu acho que tá prejudicada, assim, por que eu engordei muito né devido aos remédios e agora começou a me aparecer problema de pressão coisa que eu nunca tive na minha vida [...] (Apatita)

[...] diabetes, pressão alta, problema de coração {...} uma montanha de problemas tem vários problemas de doenças e eu me sinto bastante doente. Ah atualmente quando eu faço o uso do crack eu no outro dia eu fico bem indisposto sabe, nem saio da cama praticamente e quando dá a depressão ou algum problema sério eu passo praticamente na cama (Bronzita)

[...] me acho ainda doente e eu estou doente ainda, mas por causa da dependência outro tipo de doença nunca tive [...] (Zircão)

A autopercepção de saúde pode ser definida como a percepção subjetiva do impacto do estado de saúde, incluindo a doença e tratamento, o funcionamento físico, psicológico e social e o bem estar sendo uma construção multidimensional que inclui vários domínios, sendo os três principais: físico, psicológico e social (DACHS; SANTOS, 2006).

É necessário reconhecer que a compreensão de saúde tem alto grau de subjetividade e determinação histórica, na medida em que indivíduos e coletividades consideram ter mais ou menos saúde dependendo do momento, do referencial e dos valores que atribuam a uma situação. Pois como se pode observar alguns dos usuários consideram o uso de substâncias psicoativas como gerador dos seus problemas de saúde ou algo que tenha causado doença, quer pelos comportamentos de risco associado ao consumo de drogas quer pelos efeitos do uso a substância ou do tratamento.

Os informantes Bronzita e Zircão compreendem seu problema com o uso de crack como doença, enquadram o que sentem, ou seja, as reações físicas e as consequências sociais a partir do que lhes foi referenciado socialmente, seja a partir do seu contato com os serviços de saúde seja através do seu contato com instituições que constroem todo um quadro referencial sobre o seu problema.

O adoecer em função do uso de uma substância tem aspectos que ultrapassam o mero efeito farmacológico que esta droga tem no organismo humano. As substâncias psicoativas, as representações e os significados sociais que estas substâncias possuem, assim como as expectativas dos que a consomem, são de fundamental importância para o desenvolvimento dos agravos que possam vir a

ocorrer (QUINDERÉ, 2013). Ou seja, a experiência do sujeito com a droga, em um determinado contexto é que definirá seus efeitos e uma possível forma patológica dessa relação,

O uso de drogas aqui pode ser entendido não só a partir dos efeitos físico-químicos da droga, e sim construído a partir de dimensões sociais e individuais, ou seja, não é só os elementos químicos existentes na substância que promovem o processo desorganizativo na vida de algumas pessoas.

[...] mas tá difícil, por que a situação dentro de casa me deixa depressivo a depressão me leva a usar, uma coisa puxa a outra, depois de usar a depressão aumenta [...] (Bronzita)

Desta forma Bronzita atribui ao uso de crack um sentido de desligamento com a realidade, experimenta esse uso como forma de esquecer os problemas, como se fosse uma maneira de fugir da realidade dita como “tá difícil”, uma forma de amortecer o sofrimento cotidiano.

A droga, além de produzir prazer, supre uma necessidade, representando muitas vezes uma tentativa de conforto, de alívio da dor ou solução para as angústias. Isto significa que prevenção ao abuso de drogas se faz, principalmente, pelo estabelecimento do diálogo quanto aos fatores presentes na vida daqueles que vivenciam esse processo, seja na busca de alternativas para o enfrentamento dos desafios ou, pelo menos, para sua identificação.

Pensar o corpo como uma unidade orgânica é limitado, é observar apenas como biologicamente determinado. Este corpo é inscrito socialmente, é reflexo de uma sociedade, não cabendo conceber processos exclusivamente biológicos, instrumentais ou estéticos no comportamento humano. A este corpo aplicam-se sentimentos, discursos e práticas que estão na base da vida em sociedade. Neste sentido, para o estudo dos fenômenos que envolvem o indivíduo ou ser humano, este ser social, é imprescindível a compreensão deste no seu contexto sociocultural (FERREIRA, 1994).

Ao discorrerem sobre como se sentem em relação a sua saúde grande parte dos informantes relataram estar se sentindo bem, e alguns fazem referência ao uso de substâncias psicoativas, quer pela melhora observada no seu estado de saúde após deixarem o uso de drogas, quer pelas consequências negativas atribuídas ao consumo.

Há eu me sinto bem mesmo, parece assim que já vai fazer mais tempo, mas vai fazer 4 meses só que eu não uso crack então eu to me sentindo muito bem [...] e fisicamente também eu tava pele e osso, eu tô com 80 quilos. (kunzita)

Se eu fosse fazer um panorama hoje eu to me sentindo 50% bem, ótimo não sei se vou voltar a me sentir, assim, plenamente de saúde [...] (Zircão)

Eu podia tá melhor, eu tenho alguns lapsos de memória, de vez em quando eu guardo algumas coisas e não sei onde eu guardei e é da droga né? [...] (Leopardita)

De acordo com Bucher e Oliveira (1994), a discussão polarizada, unidimensional e reducionista da problemática relacionada ao uso de drogas traz mais malefícios do que benefícios, pois limita o campo de atuação e o foco do problema, direcionado apenas a um dos fatores do macro contexto envolvido: a substância. É atribuída a esta o grande flagelo da humanidade, mascarando diversos problemas de ordem social, econômica e política, formando uma visão mistificada, preconceituosa e com informações errôneas.

Para Campos (2007) um modelo de clínica mais condizente com as intervenções na área da saúde voltadas ao cuidado das pessoas que fazem uso de drogas seria o modelo de clínica ampliada, que possa atuar no sujeito como um todo e não de forma fragmentada e isolada. As intervenções devem atuar nos aspectos biológicos, nos aspectos subjetivos e nos aspectos socioculturais. Colocar este sujeito também como corresponsável no seu tratamento, incluindo intervenções nos agravos de saúde.

O engessamento das percepções sobre o modelo de tratamento da dependência química estabelece que o indivíduo seja um ser incapaz de transformar a sua realidade, precisa ser a todo custo distanciado do objeto o qual depende, como se esta ação possibilitasse a total possibilidade de cura.

Essa percepção reducionista do indivíduo que foca somente a substância, o motivo pelo qual procurou tratamento e a interrupção do uso acaba por dificultar outros aspectos que também são relevantes na qualidade de vida do indivíduo, como o abandono do tabagismo, conforme pode ser observado na fala a seguir:

Eu to bem né, eu fumo, até tem que esperar seis meses aqui no caps de tá em abstinência pra fazer o antitabagismo aquele do implante e eu quero fazer por que eu acho que o cigarro me faz mal e eu quero parar eu tenho que parar [...] (Unaquita)

Os discursos referentes aos dependentes químicos incorporados pela sociedade reforçam os comportamentos e atitudes de submissão dos indivíduos em relação à droga e ao mesmo tempo que reconhecem seu papel protagonista na busca pelo tratamento, de tão engessado que esse discurso está no imaginário social, os informantes deste estudo parecem incorporá-lo e passam a repercuti-lo como forma de justificarem os momentos de recaída e dificuldade de reestruturação.

A compreensão da droga ilícita como encarnação do mal e a percepção do uso como doença para a maioria dos informantes podem ser observadas nos discursos quando relatam que a principal estratégia adota para preservar a saúde é manter-se abstinente e para isso procuram ficar privados em casa ou sempre sair acompanhado de um familiar para evitar recaídas.

A minha estratégia é ficar em casa eu não tenho amigos que não seja viciados, eu não tenho lugares pra ir que não seja boteco, eu não tenho vida social o meu serviço já é uma academia, se faz muita força martelando, puxando madeira [...] (Ambar)

Por enquanto eu não tenho estratégia nenhuma minha única estratégia é me manter limpa. Tudo que tu possa imaginar, eu evito tudo, eu evito lugares, eu evito pessoas, eu evito conversas, eu evito tudo e isso é uma forma de manter a minha saúde e me mantenho longe das drogas. (Kunzita)

Não sair de casa, eu saio de casa só acompanhado por que se eu sai sozinho, todas as vezes que eu sai sozinho a maioria das vezes que eu recaí foi por que eu saia sozinho, saia pra dar uma volta encontrava algum amigo de uso e usava de novo, então dessa vez eu não tô dando margem pra isso então a minha estratégia é assim (Leopardita)

Eu não saio de casa eu só venho aqui mesmo [...] e o fato de eu não sair de casa já é uma grande coisa também por que eu saia daí ia nos bares e tudo e começava com bebida e aí já usava droga então eu me preservo em casa, só que eu fico muito em casa eu dou um dedo pra não sair (Unaquita)

Eu procuro uma atividade eu procuro é jogar um futebol, atividade física eu gosto de fazer e me distrair também, mas ultimamente não tenho frequentado tanto por causa que aonde eu jogo tem uma copa, o pessoal termina o jogo, um calorão aí vai lá e toma uma rodadinha de cerveja então eu já prefiro evitar (Zircão)

Percebe-se que esses informantes vivem numa ambivalência, pois na busca pelos cuidados de saúde em que procuram se “libertar” do uso de drogas precisam estar reclusos e vigiados para se manterem abstinentes, visto que quando retornam ao cotidiano reconhecem a possibilidade de voltar ao uso. Desta forma será que essa estratégia utilizada para se manterem saudáveis e consequentemente longe das drogas ao invés de libertar, contribui para que efetivamente se sintam bem? E quando sai de casa sem a supervisão de alguém e recai não seria uma forma de dizer eu me libertei daquilo que dizia que iria me libertar? Uma ambivalência que merece ser pensada e analisada.

Da mesma forma o tratamento/aprisionamento também acontece com a excessiva medicalização dos usuários. O uso de medicações tem sido bastante utilizado como ferramenta de tratamento dos usuários de crack, principalmente aqueles que apresentam comprometimentos de ordem psíquica, ou apresentam forte compulsividade para o uso (QUINDERÉ, 2013), O tratamento/aprisionamento pode ser observado na fala a seguir:

Eu queria não tá sentindo isso por que a sensação que eu tenho é horrível né, eu tomo um monte de remédio [...] então isso aí chateia né chega um ponto que dá vontade de jogar tudo pra cima, mas eu não posso, eu me sinto como realmente eu estou, doente [...] então eu tomo dois diazepam de manhã, quatro de noite, se eu não tomo diazepam eu não durmo, carbamazepina mesmo eu tomo 600 mg por dia (Bronzita)

A utilização de medicamentos que visam inibir a compulsividade do uso traz a seguinte questão: eliminamos a compulsão por uma droga trocando por outra? Será que essa trará menos prejuízo? Ou será que por que esta substância é ministrada legalmente tem um potencial menor de desorganização social já que é referenciada positivamente na sociedade? (QUINDERÉ, 2013).

Embora se saiba que em alguns casos seria importante a abstinência do uso, muitos usuários não conseguem se abster e sentem-se frustrados por não conseguirem o que os deixa mais decepcionados e com a autoestima prejudicada.

É como eu te falei, atualmente de tudo que eu tava usando eu só to no crack e eu quero parar com ele, por que só falta esse pra eu parar com tudo [...] eu já vendi coisas pra compra droga até roupa eu já vendi eu tava parando com isso, então eu to vindo aqui pra ver se eu me valho né se eu paro de vez (Bronzita)

O bom andamento do tratamento na insistência da abstinência do uso e no comportamento cada vez mais dependente e passivo do usuário reforça sua passividade em relação a sua vida e sua passividade na relação com a droga. O jargão comumente difundido de admitir que é impotente perante a droga, reforça a passividade do usuário, referenciando-o como um ser completamente absorvido pela substância e que tem que largá-la a todo custo (BASTOS, 2010).

Caberia a esses atores sociais posicionar-se sobre a existência ou não de saberes e maneiras efetivas para se enfrentar os problemas de saúde, lidando de forma reflexiva e autônoma no que diz respeito à organização das ações e serviços de saúde, fazendo valer seus legítimos interesses e necessidades em saúde.

Para cuidar os profissionais de saúde precisam estar atentos para o outro, tentar identificar seus anseios e necessidades, e para isso o olhar do profissional deve ir além do motivo que fizeram os usuários procurarem o serviço de saúde. Ao adotar essa conduta no momento assistencial, assume-se que a saúde e a doença não são apenas objetos, mas na condição mesma de objeto, configuram modos de ser e andar na vida (AYRES, 2009, p. 63),

Pois o que tem se visto na prática é que os serviços de saúde não estão conseguindo se constituir de acordo como se apresentam as demandas, de se adequar aos perfis dos usuários aproveitando as potencialidades de cada momento destes usuários dentro do serviço. É sempre chegar e ter um cardápio pronto de atividades a ser seguido, que muitas vezes não é de interesse do usuário.

Para Merhy (2004) o acolhimento é uma necessidade de saúde e essas necessidades não se reduzem apenas a meras disfunções e intervenções no corpo biológico, o acolhimento é uma prática centrada no indivíduo e na sua demanda pelo serviço de saúde e construída no encontro dos trabalhadores de saúde com o usuário, em uma proposta de geração de mais viver, através do cuidado em saúde. Para tanto, o profissional na acolhida deste usuário no serviço de saúde deve estar comprometido com o enfrentamento das necessidades de saúde de sua clientela e com a promessa da produção de vida.

Os serviços de saúde, de maneira geral, podem viabilizar o protagonismo dos usuários, aproveitando os recursos apontados pelos próprios usuários como ferramentas para a construção de sua autonomia para que possam saber lidar com o seu cotidiano e com todo o contexto de vida que lhes acompanha, o protagonismo do usuário pode ser estimulado e instituído em alguém que chega a procura de uma

solução imediata para o seus problemas, ou seja, não apenas lhe oferecer o que se tem e sim possibilitar que seja construído junto.

Para Quinderé (2013) a patologização do consumo de drogas reforça modelos que colocam os usuários numa posição passiva em relação ao seu tratamento. Os usuários são entendidos como pessoas acometidas por uma doença (dependência química) que tem de passar por um tratamento o qual o objetivo (cura) é abster-se da substância. Um modelo biologicista que entende o consumo da droga como doença e atribui todos os problemas na vida do indivíduo ao consumo da substância e aos efeitos que esta causa nas suas dimensões físicas, psíquicas e sociais.

Desta forma o processo saúde doença de pessoas que fazem uso de drogas precisa ser repensado e readequado as novas necessidades de saúde e de vida das pessoas, ser valorizada as diferentes escolhas, independente do uso de qualquer que seja a substancia e que haja valorização do ser, das suas condições de vida, sua historia, cultura e também serem valorizadas no momento do encontro entre profissional de diferentes serviços de saúde e os usuários, pois por si só quando uma pessoa procura um serviço de saúde, já passa a ser considerada doente, e o processo saúde doença é humano, complexo e multifacetado.

Considerações Finais

Diante do propósito de analisar a percepção de pessoas que fazem uso de crack e outras drogas sobre o processo saúde doença dentro da perspectiva dos determinantes sociais de saúde, os resultados encontrados nesta pesquisa, embora limitados a um grupo de pessoas atendidas em um serviço de atendimento a pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas da cidade de Pelotas/RS, evidenciaram que o processo saúde doença é um fenômeno complexo que sofre a influência de múltiplos fatores e a percepção deste processo é subjetivo e irá depender da cultura, contexto e a forma de encarar a vida.

A apresentação individualizada das características sociodemográficas dos participantes e a forma como estão envolvidos com as drogas, situação de uso e tratamento atual foram adotadas para ressaltar que embora elas convivam em um contexto social semelhante e compartilhem do mesmo desejo de abandonar o uso de substâncias psicoativas, apresentam especificidades que merecem ser consideradas para uma assistência adequada à saúde. As especificidades estão relacionadas a idade, aos tipos de drogas utilizadas e tempo de uso, as motivações para início e manutenção do consumo, ao contexto e vínculos familiares, inserção social, sentimentos sobre si e situação de saúde.

Na construção deste trabalho foi possível observar as várias concepções do processo saúde doença dos participantes deste estudo. Há aqueles que reproduzem o discurso biomédico que está inscrito na fala dos profissionais de saúde, que saúde é sinônimo de hábitos de vida saudáveis e será determinada pela forma que o indivíduo conduz sua vida.

O estudo demonstrou também nas falas dos informantes a dicotomia e a visão reducionista do processo saúde doença, em que para alguns ter saúde é ter o corpo saudável sem nenhuma disfunção ou evento que prejudique o seu bem estar e para outros ter saúde ou ser saudável é estar psicologicamente estruturado, é a ruptura do corpo e mente.

Porém foi possível observar alguns usuários com uma visão mais integral de saúde fazendo referencia há outros fatores importantes à saúde do individuo e não só as questões biológicas do processo saúde doença, associando o bem estar físico, psíquico e social como fatores importantes neste processo.

O uso de drogas também foi indicado como um agravante do processo saúde doença, sendo considerado por alguns informantes como uma patologia na sua própria vida e para outros como doença na vida “dos outros”.

Dentre outros determinantes que condicionam o processo saúde doença, na perspectiva de pessoas que fazem uso de crack e outras drogas, foram assinalados também as condições de vida, moradia, trabalho e acesso a bens e serviços de saúde e não somente as características próprias do individuo, estilos de vida e fatores comportamentais, mas também fatores que estão alheios a vontade do sujeito e que são determinados pela forma de existir das sociedades.

A percepção do próprio estado de saúde também é uma questão dotada de subjetividade e a concepção do individuo sobre a própria saúde parece influenciar na percepção do processo saúde doença e irá depender do momento que o individuo está vivenciando, pois a maioria dos participantes relatou apresentar algum problema de saúde ou se sentirem doentes e atribuírem esta situação ao uso de drogas.

Percebe-se nas falas dos participantes uma vitimização em relação ao uso de drogas e as constantes recaídas se colocando como reféns do consumo e completamente submisso a substância, discurso este que já está impregnado no imaginário social de que o crack é uma droga devastadora e a ela é atribuída todos os problemas associados ao uso sem levar em conta todos os fatores envolvidos neste processo, como os econômicos, políticos, sociais e a relação com a substância.

A percepção do uso de drogas como doença pelos participantes deste estudo levou-os a adotar a abstinência e a reclusão como estratégia de se manterem saudáveis e preservarem a saúde, havendo uma contradição de sentimentos e ações, pois na busca pela libertação acabam se tornando prisioneiros do próprio medo de recair ficando reféns de si mesmo e institucionalizados na própria casa ou no serviço de saúde que estão buscando tratamento.

Isto faz refletir sobre como o problema relacionado em torno do consumo de drogas vai além do efeito físico-químico da substância sustentando o pressuposto

que concepção que o indivíduo tem sobre o crack e outras drogas é resultado da sua experiência com substância que poderá influenciar no seu uso e de como interpreta e responde a seus efeitos, reforçando a tese de que as experiências de uso são construídas a partir das histórias de vida de cada pessoa, do momento existencial de cada um.

A entrevista como técnica de produção de dados empíricos, a aproximação da teoria da determinação social do processo saúde doença e dos resultados alcançados nesta pesquisa favoreceram a reflexão sobre o planejamento e execução das ações em saúde voltadas aos usuários de substâncias psicoativas, possibilitando um novo olhar sobre essas pessoas. Essas ações devem não somente olhar o consumo feito por eles, mas também avaliar o contexto de vida e motivações para uso e manutenção deste consumo.

A complexidade do objeto de estudo permitiu identificar a necessidade de intervenções em saúde que não estejam pautadas apenas nos efeitos da substância no organismo humano e sim estejam ancoradas nas vivências de cada indivíduo enquanto ser social, procurando intervir na melhoria das condições de uso através de estratégias que minimizem os riscos da relação do usuário com a droga.

Acredita-se que os serviços de saúde, quando se organizam com foco nas necessidades da população, podem ou tendem ser mais eficientes, no sentido de apresentar maior capacidade de escutar e atender as necessidades em saúde. Em se tratando de uma população singular como pessoas que fazem uso de drogas, as ações e práticas de saúde devem também serem amplas e singulares, dadas as especificidades do consumo e a diversidade da pessoa humana.

Referências

ALMEIDA, R.B.; CALDAS; M.T. As dificuldades e sucessos no tratamento do crack. **Neurobiologia**, v. 74, n. 2, abr – jun, 2011.

AYRES, J.R.C.M.; CALAZANS, G.J.; SALETTI H.C.; FRANCA-JUNIOR I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos GWS, Minayo M.C.S, Akerman M, Carvalho Y.M.C, organizadores. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; 2006, p.375-417.

AYRES, J.R.C.M. **Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva**. Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2009, 282p. (Coleção Clássicos para Integralidade em Saúde).

Arantes, R.C, et al. PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E PROMOÇÃO DA SAÚDE: ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS **Rev. APS**, v. 11, n. 2, p. 189-198, abr-jun, 2008

AZEVEDO, D. M.; MIRANDA, F. A. N. Práticas profissionais e tratamento ofertado nos CAPSad no município de Natal-RN: com a palavra a família. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 56-63, 2010

AZEVEDO, R.C.S; BOTEAGA, N.J; GUIMARAES, L.A.M. Usuários de crack, comportamento sexual e risco de infecção pelo HIV. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.29, n.1, p 26-30, 2007.

AMARANTE, P.; SOUZA, L.E. **Crack, cuidar e não reprimir**. 2013. Disponível em http://www.abrasco.org.br/noticias/noticia_int.php?id_noticia=1160> Acesso em: 06 Jan. 2014.

ARANTES, R.C. et al. Processo saúde-doença e promoção da saúde: Aspectos históricos e conceituais. **Revista de Atenção Primária de Saúde**, v. 11, n. 2, p. 189-198, abr-jun, 2008.

BACKES, M.T.S. et al. Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. **Revista de Enfermagem** [da] Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 111-117, 2009.

BARATA, R.B. Epidemiologia social. **Revista Brasileira de Epidemiologia** [online]. v. 8, n.1, p. 7-17, 2005.

BASTOS, F. et al. É virus / síndrome da imunodeficiência adquirida da imunodeficiência humana diminuindo entre os usuários de drogas injetáveis no Brasil? Recentes descobertas e como interpretá-las. **Mem. Inst. Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, v. 100, n.1, fev, 2005.

BASTOS, I. F.; MESQUITA, F. Estratégias de redução de danos em uso de drogas e HIV/AIDS. In: SEIBEL, S. D. (Cols.) **Dependência de Drogas**. São Paulo: Atheneu. 2010. p 961-974.

BATISTELLA, C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. A. (Org). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988: atualizada até a Emenda Constitucional nº 39, de 2001**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **O crack: como lidar com este grave problema**. Brasília, DF, 2009

BRASIL. Ministério da Saúde. Promoção da Saúde. **Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá**. Brasília, D.F, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução n.466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprovam diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BÜCHELE, F.; COELHO, E.B.S; LINDNER, S.R. A promoção à saúde enquanto estratégia de prevenção ao uso de drogas. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. v. 14, n. 1, p.267-273, 2009.

BUCHER, R; OLIVEIRA, S. R. M. O discurso do "combate às drogas" e suas ideologias. **Rev. Saúde Pública**. v. 28, n 2, p. 137-145. 1994.

BUSS, P.M. O conceito de promoção da saúde e os determinantes sociais. Disponível em < <http://www.bio.fiocruz.br/index.php/artigos/334-o-conceito-de-promocao-da-saude-e-os-determinantes-sociais> > Acesso em 20 nov. 2013.

BUSS P. M.; FILHO, A. P. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 77- 93, jan – abr, 2007.

CAMPOS, G. V. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23. n.2, p. 399-407, 2007.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6. ed. rev. Trad. Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas; trad. Pós-fácio de Pierre Macherey e apresentação de Louis Althusser, Luiz Otávio Ferreira Barreto Leite. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

CAPONI, S. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud'. **História, Ciências, Saúde**, v. 4 n. 2 p. 287-307, jul-out, 1997.

CARLINI, E.A.; NAPPO, S.A.; GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO, A.R. Drogas psicotrópicas - o que são e como agem. **Revista IMESC**, Maranhão, n.3, 2001.

CARNEIRO, H. Autonomia e heteronomia nos estados alterados de consciência. In: LABATE, B. C.; GOULART, S. L.; FIORE, M.; MACRAE, E.; CARNEIRO, H. (Org). **Drogas e cultura: novas perspectivas**. Salvador: EDUFBA. 2008. p. 65-90.

CARRANZA, D. V. V.; PEDRÃO, L. J. Satisfacción personal del adolescente adicto a drogas em el ambiente familiar durante la fase de tratamiento em um instituto de salud mental. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.13, p.836 - 844, 2005.

CARVALHO. M.E.G.; CARAVLHAES., F.F.; CORDEIRO, R.P. **Cultura e subjetividade em tempo de AIDS**. Londrina, ALIA, 2005.

CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país : 2005 / E. A. Carlini (supervisão) [et. al.], -- São Paulo : CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2007.

CHAVES, T.C.; SANCHES, Z.M.; RIBEIRO, L.A.; NAPPO, S.A. Fissura por crack: comportamento e estratégias de controle de usuários e ex-usuários. **Revista de Saúde Pública**. head of print, pp. 0-0. Epub Set, 2011.

COELHO, D. M.; FONSECA, T. M. G. As mil saúdes: para quem e além da saúde vigente. **Revista Psicologia & Sociedade**, v. 19, n. 2, p. 65-69, 2007.

COFEN. **Resolução COFEN nº 311/2007**, de 08 de fevereiro de 2007. Dispões sobre o código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em:

<http://www.portalcofen.gov.br/Site/2007/materias.asp?ArticleID=7323§ionID=37>>

Acesso em: 14 Dez. 2013.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS). **Carta aberta aos candidatos à Presidência da República**. Set, 2006.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **As causas das iniquidades em saúde no Brasil**. Relatório. Rio de Janeiro, 2008.

Cruz M. et al. Comparing Key characteristics of young adult crack users in and out-of-treatment in Rio de Janeiro, Brazil. **Substance, Abuse, Treatment, Prevention, and Policy**, v. 9, n.2, 2014.

CZERESNIA, D. ; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

DACHS, J.N.W.; SANTOS, A.P.R. Auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/2003. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v 1, n 4, p. 887-894, 2006

DEGANI, G.C.; CAMELO, S.H.H. Percepções dos enfermeiros de unidades de saúde da família sobre o processo saúde-doença. **Cienc Cuid Saude**, v.8, n.2, p.213-219, abr- jun, 2009.

DIAS, G.; et al. Life in their eyes, heart in their hands: conceptions and representations of women in the process of health and disease. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.779-800, July-Sept. 2007.

DOMANICO, A. **“Craqueiros e cracados: bem vindo ao mundo dos nórias”**. Estudo sobre a implementação da estratégia de redução de danos para usuários de crack nos cinco projetos-piloto do Brasil. 2006. 220f. Tese (Doutorado). Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal da Bahia.

DOWBOR, T. P. **O trabalho com determinantes sociais da saúde no programa saúde da família do município de São Paulo**. 2008. 254 f. Tese (Doutorado). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. .

DUALIBI, L.B.; RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. Profile of cocaine and crack users in Brazil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 24, n. 4, p. 545-557, 2008.

EGRY, E. Y. **Saude coletiva: construindo um novo metodo em enfermagem**. São Paulo: Icone, 1996. 144 p.

EGRY, E.Y.; SHIMA, H. (Coord.). Integração docente assistencial como referencial teórico metodológico para o ensino e pesquisa da assistência em enfermagem em saúde coletiva. In: **Universidade de São Paulo. Integração docente assistencial**. São Paulo. Escola de Enfermagem da USP, 1992, p. 75-155.

FERREIRA, P.E.M.; MARTINI, R.K. Cocaina: lendas, histórias e abuso. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 23, n.2, p. 96-99, jun, 2001.

FERREIRA, J.F.N. et al. Apontamentos sobre promoção da saúde e biopoder. **Saude e Sociedade**. São Paulo, v. 18, n. 3, set. 2009.

FERREIRA, J. O Corpo sígnico. In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. S. (Org). **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 1994. p. 101-112.

FILHO, A.P. Compromisso com a ação. **Radis**, n. 47, p.12-14, jul. 2006.

GONÇALVES, C.C.M. **Atuação sobre os determinantes sociais da saúde em uma iniciativa de Campo Grande - MS: uma projeto viva seu bairro**. 2010, 263f. Tese (Doutorado). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

GRANJA, E. Crack, pânico social e desafios atuais. Organizadores: MORAES, M.; CASTRO, R.; PETUCO, D. In: **Gênero e drogas: contribuições para uma atenção integral a saúde**. Recife, 2011. Instituto PAPAI/Gema/UFPE.

Guerriero I.C.Z. **Gênero e vulnerabilidade ao HIV um estudo com homens na cidade de São Paulo**. Dissertação (Mestrado).2001. Universidade Católica de São Paulo.

HORTA, N.C. et al. A prática das equipes de saúde da família: desafios para a promoção de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 4, ago. 2009.

KESSLER, F.; PECHANISKY, F. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 30, n. 2, p. 96-98, 2008.

LARANJEIRA, R. et al. **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas: o uso de cocaína e crack no Brasil**. São Paulo: INPAD; 2013.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **Promoção de saúde: a negação da negação**. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2007.

MACRAE, E. Antropologia: Aspectos Sociais, Culturais e Ritualístico. In; **Dependência de drogas** , SEIBEL, S. D; TOSCANO JR., A., São Paulo, Editora Atheneu, 2001, p. 25-34.

MACRAE, E. Antropologia: aspectos sociais, culturais e ritualísticos. In: SEIBEL, S. D. (Cols.) **Dependência de Drogas**. São Paulo: Atheneu. 2010. p 27-37.

MACRAE, E. **Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD)** – Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, 2003.

MARTINS, E. R.; CORRÊA, A. K. Lidar com substâncias psicoativas: o significado para o trabalhador de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, p. 398-405, 2004.

MELOTTO, P. **Trajetórias e usos de crack: estudo antropológico sobre trajetórias de usuários de crack no contexto de bairros populares de São Leopoldo – RS**. 2009. 94f. Dissertação (Mestrado). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

MENDONÇA, L.O.M. Crack, o refúgio dos desesperados, á luz do Programa Nacional de Combate as Drogas. **Revista da Seção Judiciária do Rio de Janeiro**, n. 29, 2010.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12.ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 407p.

NICHIATA, L.Y.I, et al. A utilização do conceito 'vulnerabilidade' pela enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 16, n. 5, 2008.

NONTICURI, A.R. **As vivências de adolescentes e jovens com o crack e suas relações com as políticas sociais protetoras neste contexto**. 2010. 144 f. Dissertação (Mestrado). Universidade Católica de Pelotas.

OLIVEIRA, L.G.; NAPPO, S.A. Caracterização da cultura do crack na cidade de São Paulo: Padrão de uso controlado. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p. 664-71, 2008

PAGOTTO, V; NAKATANI, A.D.K; SILVEIRA, E. A. Fatores associados à autoavaliação de saúde ruim em idosos usuários do Sistema Único de Saúde. **Caderno de Saúde Pública**, v. 27, n. 8, p. 1593-1602, ago. 2011.

PASSOS, E.H; SOUZA, P.T. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de "guerra às drogas". **Psicologia e Sociedade**. v. 23, n. 1, p. 154-162, 2011.

PRATTA, E.M.M; SANTOS, M.A. O processo saúde-doença e a dependência química: Interfaces e evolução. **Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa [da] Universidade de Brasília**. v. 25, n. 2, p. 203-211, abr./jun. 2009.

QUEIRÓZ, V.M.; EGRY, E.Y. Bases metodológicas para a assistência de enfermagem fundamentada no materialismo histórico dialético. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.41, n.1, p. 26-33, 1998.

QUINDERÉ, P.H.D. **A experiência do uso de crack e sua interlocução com a clínica: dispositivos para o cuidado integral do usuário**. 2013. 232f. Tese (doutorado). Centro de Ciências da Saúde. Universidade Estadual do Ceará.

RABELO, D. F.; LIMA, C.F.M.; FREITAS, P.M.; SANTOS, J.C. Qualidade de vida, condições e autopercepção da saúde entre idosos hipertensos e não hipertensos. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 13, n. 2, p. 115-130, nov. 2010.

RAPHAEL, D, (org). **Social determinants of health: Canadian perspectives**. Canadian Scholars, Press; Toronto, 2004.

RAUPP, L.M. **Circuitos do uso do crack nas cidades de São Paulo e Porto Alegre: cotidiano, práticas e cuidado**. 2011. 212f. Tese (Doutorado). Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo.

RAUPP, L.; ADORNO, R.C.F. Circuitos de uso de crack na região central da cidade de São Paulo (SP, Brasil). **Ciência e Saúde Coletiva**, v.16, n.5, p.2613-2622, 2011.

REIS, A.M; SOARES, C.B; CAMPOS, C.M.S. Processo Saúde-Doença: concepções do movimento estudantil da área da saúde. **Saúde Soc. São Paulo**, v.19, n.2, p.347-357, 2010.

ROSA, A. S.; CAVICCHIOLI, M. G. S.; BRETÃS, A. C. P. O processo saúde-doença-cuidado e a população em situação de rua. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n.4, p. 576-582, 2005

SÁNCHEZ, A.I.M; BERTOLOZZI, M.R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p.319-324, 2007.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007

SEVERINO, A.J. **Metodologia do trabalho científico**. 23ª Ed. São Paulo: Cortez, 2007. 304p.

SILVA, C.R. ; KOLLING, N.M. ; CARVALHO, J.C.N. ; CUNHA, S.M. ; KRISTENSEN, C.H. Comorbidade psiquiátrica em usuários de cocaína/crack e alcoolistas : um estudo exploratório. **Aletheia [on line]**, n. 30, p. 101-112, 2009.

SILVA, K.L, et al. Educação em enfermagem e os desafios para promoção de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 62, n. 1, p. 86-91, jan-fev, 2009.

SILVA, L.F.; ALVES, F. Compreender as racionalidades leigas sobre saúde e doença. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1207-29, 2011.

SOUZA, J; KANTORSKI, L.P. Embasamento político das concepções e práticas referentes às drogas no Brasil. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas [online]**, v.3, n.2, p. 00-00, 2007.

TEIXEIRA, P.F.; VAZ, F.A.C.; CAMPOS, F.C.C.; ALVARES, J.; AGULAR, R.A.T.; OLIVEIRA, V.A. Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.13 (sup 2), p. 2115-2122, 2008.

TOSCANO Jr., A. Um breve histórico sobre o uso de drogas. In: Seibel. S; Toscano Jr. A (org). **Dependência de drogas**. São Paulo: Atheneu, p. 07-23, 2001.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais** – A pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 2008.

WESTPHAL. M. E. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: Campos GWS, Minayo M.C.S, Akerman M, Carvalho Y.M.C, organizadores. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; 2006, p. 635-667.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Constitution*. 1946. (Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States – Official Records of the World Health Organization, n.2, p. 100 – and entered into force on 7 April 1948)

Organização Mundial da Saúde. Secretaria da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde. **Ação sobre os determinantes sociais da saúde: aprendendo com experiências anteriores**. Genebra, 2005.

ZALAF, M.R.R.; FONSECA, R.M.G.S. Uso problemático de álcool e outras drogas em moradia estudantil: conhecer para enfrentar. **Revista da Escola de Enfermagem [da] Universidade de São Paulo**. v. 43, n. 1, p. 132-138, 2009.

ZENI, T.C; ARAÚJO, R.B. Relação entre o craving por tabaco e o craving por crack em pacientes internados para desintoxicação. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. v. 60, n. 1, p. 28-33, 2011.

Apêndices

APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Universidade Federal de Pelotas

Faculdade de Enfermagem

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Mestrado em Enfermagem

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, **Suélen Cardoso Leite**, enfermeira, mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), estou desenvolvendo a pesquisa **“O PROCESSO SAÚDE DOENÇA NA PERSPECTIVA DE USUÁRIOS DE CRACK E OUTRAS DROGAS”** a qual é um recorte da pesquisa **“PERFIL DOS USUÁRIOS DE CRACK E PADRÕES DE USO”**, sob a orientação da Profª Dra Michele Mandagará de Oliveira. O referido estudo tem como objetivo compreender a percepção de usuários de crack e outras drogas sobre o processo saúde doença.

A sua colaboração será de maior importância para a realização deste estudo, motivo pelo qual solicito a sua participação. O seu consentimento em participar da pesquisa deve considerar que esta pesquisa se justifica pela necessidade de conhecer a percepção do usuário de crack e outras drogas sobre o processo saúde doença para que seja possível desenvolver práticas de promoção da saúde de acordo com as reais necessidades das pessoas que fazem uso de drogas.

A coleta de dados será realizada através de entrevista que será gravada e posteriormente transcrita e lhe será permitido ouvi-lá e bem como ter acesso a transcrição e posteriormente aos resultados, caso seja de seu interesse. Os dados serão armazenados em CD-ROOM e ficarão sob o poder da pesquisadora e arquivados na sala do Núcleo de Pesquisas da Faculdade de Enfermagem da UFPel por um período de cinco anos e após serão descartados. A sua participação é voluntária, tendo a liberdade de desistir em qualquer fase da pesquisa, mesmo após a coleta de dados, caso venha a desejar, sem risco de penalização. Será garantido o seu anonimato quando da divulgação dos resultados e guardado sigilo de dados confidenciais.

Os benefícios da pesquisa para os participantes será a contribuição para práticas de cuidados integrais as pessoas que fazem uso de crack e outras drogas de acordo com as suas necessidades e disponibilidade de mudanças, bem como para o fortalecimento do conhecimento científico acerca do uso do crack e desmistificação do discurso midiático em relação ao uso e usuários de drogas. Os riscos da pesquisa se relacionam a constrangimentos e desconfortos emocionais que possam ser gerados à medida que questionamentos forem feitos para responder aos objetivos da pesquisa, mobilizando sentimentos pesados e algum tipo de sofrimento.

Este documento será preenchido em duas vias, sendo que uma delas será entregue ao Sr (a) e a outra será arquivada pela pesquisadora. Caso seja de seu interesse participar do estudo, autorize a assine o consentimento abaixo.

Pelo presente consentimento livre e esclarecido, declaro que fui informado (a) de forma clara, dos objetivos, da justificativa, dos instrumentos utilizados na presente pesquisa. Declaro que aceito voluntariamente participar do estudo.

Fui igualmente informado (a) da garantia de: solicitar resposta a qualquer dúvida com relação aos procedimentos, do livre acesso aos dados e resultados; da liberdade de retirar meu consentimento em qualquer momento do estudo; do anonimato.

Enfim, foi garantido que todas as determinações ético-legais serão cumpridas antes, durante e após o término desta pesquisa.

LOCAL/DATA: _____

ASSINATURA DO PARTICIPANTE _____

ASSINATURA DA PESQUISADORA _____

OBS: Caso sinta necessidade de contatar a pesquisadora, em qualquer momento da pesquisa, poderá fazê-lo pelo telefone (53) 84271299 ou Email: suellehn@gmail.com
Mestranda: Suélen Cardoso Leite
Orientadora: Prof.^a Dr.^a Michele Mandagará de Oliveira
Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas
Rua Gomes Carneiro, nº 01. Bloco B, 2º Andar, Bairro Centro. Pelotas. RS. CEP: 96010-610. Telefone/Fax: 53-39211525
Home Page: <http://ufpel.edu.br/feo>

APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista

Pesquisa: O processo saúde-doença na perspectiva de usuários de crack e outras drogas

Orientanda: Enf^a Mestranda Suélen Cardoso Leite

Orientadora: Prof^a Dr^a Michele Mandagará de Oliveira

Dados de Identificação dos Suetos

Entrevistado: _____

Sexo: (0) Feminino (1) Masculino

Qual a sua idade? _____

Qual seu estado civil? _____ Companheiro (a)? _____

Até que série você estudou? _____

Exerce alguma atividade profissional? _____

Qual a sua principal fonte de renda? _____

Qual sua renda no último mês? ---,---,--- e da família?

Que tipo de moradia você tem atualmente? _____

Quem mora com você hoje e como você se relaciona com estas pessoas? _____

Você tem filhos? _____

Se sim, quantos? _____ Moram com você? _____ Se não Por quê? _____

Como eram as condições financeiras e de estudo de sua família de origem?

1. Descreva como você define uma pessoa saudável
2. Descreva como você define uma pessoa doente
3. Na sua opinião o que interfere na sua saúde? (o que faz uma pessoa ter saúde ou doença)

Explorar: você acha que a pobreza, o desemprego, a falta de acesso a educação de qualidade influenciam no processo de adoecimento da população? Por quê? (caso a pessoa não coloque)

4. Como eram suas condições de vida quando começou a usar drogas?

Explorar: estudava, trabalhava, vivia com alguém?

5. Você tem alguém na família que fez ou faz uso de drogas?

Explorar: Quando começou esse uso, antes ou após o seu envolvimento com drogas

6. Sempre que precisa de ajuda você pode contar com quem?

7. Fale sobre sua saúde (História, antecedentes, co-morbidades)

8. Você utiliza alguma estratégia para preservar sua saúde? Qual?

Explorar: laser, esportes, trabalho, convívio familiar

9. Fale sobre suas condições de vida nesse momento.

10. Como você se sente em relação a sua saúde hoje?

Anexos

ANEXO A- Carta de aprovação do Comitê de Ética

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

PARECER N ° 301/2011
Prof.^a Dr.^a Michele Mandagará de Oliveira

PARECER PROJETO DE PESQUISA

Senhora Pesquisadora:

Após a análise do seu projeto por este comitê, considerando a realização dos ajustes solicitados, informamos que o projeto sob sua responsabilidade, intitulado: **"Perfil dos usuários de crack e padrões de uso"** foi **APROVADO**.

Protocolo interno N ° 063/2011

Pelotas, 26 de agosto de 2011.


Prof.ª Dr.ª Marilu Correa Soares
Coordenadora CEP-FEN-UFPEl
COREN-RS 21885

ANEXO B - Autorização de utilização dos dados da pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS FACULDADE DE ENFERMAGEM PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Declaração

Pelotas, 25 de Setembro de 2013

Declaro para os devidos fins que **Suélen Cardoso Leite**, mestranda do Programa de Pós Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas está autorizada a utilizar parte dos dados qualitativos da pesquisa **Perfil dos usuários de crack e Padrões de Uso**, que conta com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Edital MCT/CNPq nº 041/2010, sob minha coordenação, para elaboração de seu trabalho de mestrado intitulado: **O processo saúde-doença na perspectiva de usuários de crack: contribuições para práticas de promoção da saúde.**

Ressalto que esta dissertação faz parte dos produtos oriundos da pesquisa e que a mestranda está ciente do compromisso de publicação dos resultados em parceria com a coordenadora da pesquisa.

Profª Dra Michele Mandagará de Oliveira
Coordenadora do Projeto de Pesquisa