

## Consultório na Rua: percepção de profissionais e usuários sobre redução de danos

Street Office: perception of professionals and users about harm reduction

Helizett Santos de Lima<sup>I</sup>  
Eliane Maria Fleury Seidl<sup>II</sup>

### Resumo

O estudo objetivou descrever ações de Redução de Danos (RD) desenvolvidas no Consultório na Rua (CR) do município de Goiânia, segundo relatos de profissionais e de pessoas atendidas. Participaram nove profissionais e quatro usuários de álcool e outras drogas em situação de rua. A metodologia foi qualitativa com roteiros de entrevista e utilização da análise de conteúdo. Categorias foram identificadas a partir de relatos dos profissionais: *o foco do CR é RD e não abstinência; CR e RD favorecem escuta e vínculo*. Quanto aos usuários foram identificadas categorias como: *reduziu o consumo de substâncias psicoativas; equipe acompanha e orienta sobre RD*. As contribuições direcionam-se ao aperfeiçoamento das políticas públicas para a atenção de pessoas usuárias em situação de rua.

**Palavras chave:** redução de danos; drogas; serviços de saúde pública; profissionais de saúde.

### Abstract

The study aimed to describe actions of Harm Reduction (HR), developed in the street office (SO) in Goiânia, according to reports from professionals and people served. Participants were nine professionals and four users of alcohol and other drugs on the streets. The methodology was qualitative with interview scripts and using content analysis. Categories have been identified from reports of professionals: *the focus of SO and HR is not abstinence; SO and HR favor listening and bonding*. Regarding users categories were identified: *reduced consumption of psychoactive substances; the team supports and advises on HR*. The research contributions are directed to the improvement of public policies to the attention of users of psychoactive substances on the streets.

**Keywords:** harm reduction; drugs; public health services; health personnel.

<sup>I</sup>Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, Estado de Goiás. Psicóloga da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde da Universidade de Brasília, Especialista em Saúde Mental e Saúde da Família.

<sup>II</sup>Universidade de Brasília. Psicóloga, Professora do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, Doutora e Mestre em Psicologia pela UnB, Especialista em Saúde Pública, Coordenadora de GT ANPEPP Psicologia da Saúde em Instituições e na Comunidade, Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq.

O uso de substâncias psicoativas (SPA) ocorre desde os primórdios da história da humanidade, mas tem se tornado tema recorrente em contextos diversos, motivo de novas políticas públicas e de mobilização social nas últimas décadas, em especial após o advento do crack. Pessoas que vivem em situação de rua e fazem uso e abuso de SPA, entre as quais o crack, estão cotidianamente vivenciando situações de vulnerabilidade, devido à falta de acesso a serviços de saúde e a equipamentos sociais, além de serem vítimas de exclusão social e preconceito (Neri Filho, 2010; Santos & Ferla, 2016; Simões, 2008).

Para atender a essa população foram criados os Consultórios na Rua (CR), com equipes multiprofissionais volantes para atendimento *in loco*, que atuam de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Redução de Danos. A primeira experiência brasileira relacionada ao CR foi o “Banco de Rua”, no município de Salvador, estado da Bahia, vinculado ao Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), na década

de 1990. E a partir dessa experiência, o Ministério da Saúde (MS) resolveu ampliar esse dispositivo para todo o território brasileiro (Boryssol, Conill, & Furtado, 2017; Correia, 2010; Neri Filho, 2010; Londero, Ceccim, & Bilibio, 2014).

A redução de danos (RD) não é uma estratégia recente, mas ainda há muita controvérsia quanto à prática de suas diretrizes e ações, bem como quanto à sua definição. Muitas vezes suas ações e intervenções são vistas de forma preconceituosa, tanto por profissionais de saúde e da justiça, como pela sociedade civil. As ações de RD ainda são confundidas e rotuladas como práticas de incentivo ao uso de drogas (Andrade & Friedman, 2006; Buning, 2006; Cruz, 2006; Souza et al, 2017).

A partir dessas considerações, são apresentadas algumas definições de RD. Uma delas destaca que a redução de danos abarca um conjunto de medidas e ações que visam minimizar riscos e danos de natureza biológica, psicológica, social e econômica provocados pelo uso e abuso de drogas, sem necessariamente requerer a redução do consumo ou abstinência dessas

substâncias, sendo pautada nos direitos humanos e no direito de consumir drogas (Andrade et al., 2001; Inciard & Harrison, 1999; Nardi & Rigoni, 2005; Pollo-Araújo & Moreira, 2008). Os princípios da redução de danos estão voltados para o respeito ao usuário de SPA, à valorização de sua participação na mudança de comportamentos individuais e grupais no contexto em que está inserido, a partir do uso de diferentes estratégias e ações, bem como a viabilização das medidas de proteção e promoção da saúde. Enfim, preconiza a minimização de riscos e danos sociais e à saúde que o uso de drogas pode acarretar, a partir de mudanças atitude do usuário, de modo que o consumo ocorra de forma menos arriscada e danosa, tanto do ponto de vista individual quanto coletivo (Andrade & Friedman, 2006; Dantas, Cabral, & Moraes, 2014; Delbon, 2006; Monteiro & Monteiro, 2010).

Visando a consolidação de um novo paradigma, alternativas foram apresentadas a partir da inserção de ações voltadas para a implantação da política de redução de danos no Brasil, ao promover uma mudança no modelo de atenção, com uma visão mais humanizada do usuário de substâncias psicoativas, buscando ainda formas inovadoras de aproximação e atendimento desses usuários (Andrade, 2011; Buning, 2006; Lima & Seidl, 2015).

### *Aspectos Históricos da RD*

Diante desse contexto, ocorreu em 1989, a primeira experiência em RD no Brasil, na cidade de Santos em São Paulo que apresentava altos índices de infecção por HIV, cujas ações incluíram a troca de seringas para usuários de drogas injetáveis. Essas ações foram interrompidas por determinação do Ministério Público, por serem entendidas como incentivo ao uso de drogas. No ano de 1994, a cidade de Salvador, capital do estado da Bahia, com apoio e financiamento do MS, iniciou o primeiro projeto de intervenção com usuários de drogas injetáveis na perspectiva da redução de danos, que se tornou referência para todo o país (Andrade et al., 2001; Siqueira, 2006).

O desenvolvimento das ações de redução de danos no Brasil, e as primeiras parcerias entre governo e sociedade civil, estão diretamente relacionados à epidemia do HIV/aids. Em 1996, o governo brasileiro implantou o acesso universal ao tratamento da aids, ampliando os serviços públicos de diagnóstico e tratamento, priorizando a ética profissional, o sigilo e a confidencialidade. Ações do Programa Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde (MS) foram relevantes para fortalecer estratégias de RD voltadas para a prevenção da infecção pelo HIV em usuários de drogas

injetáveis. Nessa perspectiva, Programas de Redução de Danos (PRDs) se estabeleceram em diversos municípios brasileiros, com financiamento do MS, desenvolvendo ações junto a usuários de drogas injetáveis no território, com estratégias que, além da troca de seringas, incluíam acolhimento e orientação sobre práticas sexuais seguras com base nas diretrizes da RD (Andrade, 2011).

No biênio de 1997 a 1998 ocorreu a criação de três Organizações Não-Governamentais (ONG), de alcance nacional e internacional, voltadas para as estratégias de redução de danos: a Rede Brasileira de Redução de Danos (REDUC), a Rede Latino-Americana de Redução de Danos (RELARD) e a Associação Brasileira de Redutores e Redutoras de Danos (ABORDA) (Brasil, 2001; Chaibub, 2009).

Dentre as três ONGs, merece destaque a ABORDA que tem como objetivo o resgate da cidadania e da rede de interação social do (a)s usuário (a)s de drogas, e também a implantação, valorização e respeito ao trabalho realizado pelos (as) redutores (as) de danos, preconizando a atuação por pares. Portanto, garantir os direitos dos usuários de drogas e reconhecer os redutores e redutoras de danos como profissionais da saúde são consideradas prioridades dentre as ações da ABORDA (Chaibub, 2009; Siqueira, 2006).

Nesse contexto, ocorreram alguns marcos importantes como a implantação da Política Nacional Antidrogas, do Programa Nacional de Atenção Comunitária a Usuários de Álcool e outras Drogas em 2002 e, no ano de 2003, da Política para Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas. Essas ações ocorreram sob a responsabilidade da Coordenação de Saúde Mental do MS e Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), em parceria com o Ministério da Justiça, bem como outras instituições governamentais e não-governamentais e a sociedade civil (Brasil, 2011; Chaibub, 2009; Domanico & MacRae, 2006).

Atualmente, em âmbito nacional, a Política Nacional de Redução de Danos (Portaria MS nº 1028/2005) está em vigência. Ela visa a atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas, não preconizando a abstinência e a cura como metas rígidas a serem alcançadas. Aponta para uma nova perspectiva no atendimento a essa população, com prioridade para a escuta, a formação de vínculo e o respeito aos direitos humanos. Outro aspecto dessa política é a busca da melhoria das condições de saúde, tratamento e reabilitação, qualidade de vida, resgate da cidadania, reinserção social e dignidade, enfim a inclusão social a que esta pessoa tem direito (Brasil, 2010b; César & Rodrigues, 2013; Dantas & Moraes, 2014).

Outra questão prioritária refere-se ao critério de sucesso no atendimento, conceito que na lógica da RD é totalmente diverso, pois trata-se de construir com a pessoa usuária algumas possibilidades, e ainda valorizar as mudanças nos padrões de uso, mesmo que pareçam imperceptíveis ou pouco importantes. Por isso é imprescindível que as ações de RD sejam realizadas em conjunto com os usuários de SPA, em seu local de moradia e/ou permanência, voltadas para o acolhimento, o vínculo e a corresponsabilização, ou seja, estratégias que privilegiarão a voz e vez do sujeito, bem como o seu território e horários estratégicos (Silveira, 2016).

É imprescindível ressaltar que as equipes de saúde que atuam nessa área devem contar com os redutores de danos, que são agentes de saúde capacitados para o acolhimento e atendimento a usuários de SPA, geralmente vinculados a uma associação como, por exemplo, a ABORDA. Os redutores de danos muitas vezes foram ou são usuários de SPA, aspecto que pode ser vantajoso em sua atuação no campo, pois tendem a ter conhecimento dos locais e rituais de uso, da linguagem utilizada pelos usuários, além de serem conhecidos. O trabalho desenvolvido é baseado em ações como: visitas em campo/local onde há consumo de SPA; apresentação do redutor e da proposta de trabalho; disponibilização do kit de RD; troca e distribuição de seringas; ações de educação continuada com informações, diálogo e distribuição de materiais informativos, como folders e folhetos; acolhimento; aconselhamento; e encaminhamento para rede de saúde pública, a partir da demanda dos usuários (Haiek, 2008; Siqueira, 2006).

Por isso, é imprescindível ressaltar que na redução de danos todas essas ações devem ser realizadas por redutores e/ou por profissionais de saúde capacitados, comprometidos com esse novo olhar, novo paradigma e, principalmente, sensibilizados para o trabalho. É preciso salientar que essas ações devem ocorrer de forma multidisciplinar, com a atuação de diferentes profissionais como psicólogos, médicos, enfermeiros, assistentes sociais, dentre outros. Há necessidade ainda da articulação intersetorial, visto que o uso abusivo de SPA requer atenção de vários setores, como a saúde, a assistência social, a justiça, a educação, a cultura e a sociedade civil (César & Rodrigues, 2013; Dantas & Moraes, 2014; Souza *et al*, 2017).

### *Consultórios na Rua*

Os dispositivos consultórios na rua (CR) seguem os princípios do SUS: universalidade, integralidade da atenção à saúde e equidade. Ademais, norteiam suas

ações o respeito ao *modus vivendi* da população assistida, os princípios da promoção de direitos humanos, inclusão e reinserção social, enfrentamento do preconceito, combate ao estigma e resgate da cidadania, integrados com as políticas da área da saúde pública, e especialmente a política nacional de saúde mental, álcool e outras drogas. Os CR dispõem de uma equipe volante, multiprofissional, que se desloca em um veículo tipo kombi com identificação/logotipo, abastecidos com insumos para tratamento de situações clínicas comuns - como material para curativos e medicamentos, além de prevenção - como preservativos, cartilhas e folders informativos (Borysow & Furtado, 2017; Brasil, 2010c; Lima & Seidl, 2015).

Segundo relatório do Ministério da Saúde (Brasil, 2010):

*Os Consultórios na Rua constituem uma modalidade de atendimento extramuros dirigida aos usuários de drogas que vivem em condições de maior vulnerabilidade social e distanciados da rede de serviços de saúde e intersetorial. São dispositivos clínico-comunitários que ofertam cuidados em saúde aos usuários em seus próprios contextos de vida, adaptados para as especificidades de uma população complexa. Promovem a acessibilidade a serviços da rede institucionalizada, a assistência integral e a promoção de laços sociais para os usuários em situação de exclusão social, possibilitando um espaço concreto do exercício de direitos e cidadania (p. 10).*

Os profissionais que atuam neste dispositivo devem ser técnicos com experiência nas áreas de saúde mental, atenção básica e/ou assistência social, incluindo educadores sociais, oficinairos e redutores de danos que desenvolvem trabalho extramuros, nos locais em que se encontram as pessoas que vivem em situação de rua e fazem uso de substâncias psicoativas, prioritariamente a população jovem. O CR deve integrar a rede de saúde mental local, trabalhar com ações voltadas para a intra e intersetorialidade, possibilitar aos usuários o acesso a diversos serviços públicos existentes, articulados em rede, e de acordo com as demandas específicas da clientela atendida (Borysow & Furtado, 2017; Brasil, 2011; Valério & Menezes, 2010).

Essa nova estratégia de atendimento traz inúmeros desafios, como a busca do contato com o usuário *in loco*, na rua, bem como a identificação das necessidades e, demandas da clientela a partir de escuta da mesma. Esse conjunto de práticas tende a favorecer a

formação de vínculo com essa população, bem como a comunidade daquele território, podendo possibilitar até mesmo o contato com os traficantes da região. Seus principais objetivos são: minimizar a vulnerabilidade social, o sofrimento físico e mental; reduzir os riscos e danos à saúde; desenvolver ações de promoção da saúde e cuidados básicos no “espaço da rua”; bem como garantir o resgate da cidadania e respeito a essa população altamente estigmatizada (Borysow & Furtado, 2017; Brasil, 2011; Pacheco, 2014).

A presente pesquisa teve por objetivo descrever as ações de redução de danos desenvolvidas no cotidiano de trabalho do Consultório na Rua, segundo relatos dos profissionais e de pessoas atendidas pelo CR no município de Goiânia (GO).

## MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo de cunho exploratório com metodologia qualitativa.

### *Participantes*

Participaram da pesquisa nove profissionais, sendo três do sexo masculino e seis do feminino, com tempo de atuação no CR variando de um ano e seis meses a um ano e dez meses. A faixa etária foi de 24 a 39 anos, com média de idade igual a de 39 anos; quanto à escolaridade, três possuíam nível médio completo, seis tinham nível superior, sendo que três deles cursaram também especialização *lato sensu*. No que tange à experiência profissional anterior, os participantes atuaram em saúde mental, na assistência social com população em situação de rua, bem como em redução de danos.

O referido estudo contou com a participação de quatro usuários, duas pessoas do sexo masculino e duas do sexo feminino, sendo que todas referiram fazer uso de álcool e *crack*, e um era também tabagista. Os usuários tinham idade entre 23 a 37 anos e ensino fundamental incompleto; três pessoas viviam em união consensual, com companheiros que também estavam em situação de rua, e um era solteiro; duas participantes tinham filhos, sendo que uma delas estava grávida do quarto filho.

Os participantes foram designados com nomes de personalidades brasileiras ligadas a movimentos separatistas e à abolição. Assim, os nove profissionais receberam os nomes de Ana, Anita, Bárbara, Bento, Quitéria, Joana, Francisco, Garibaldi e Luisa. Os quatro usuários entrevistados foram nomeados Dandara, Cruz e Souza, Palmares e Veridiana.

### *Instrumentos*

Foram utilizados roteiros de entrevistas individuais semiestruturados. O roteiro para profissionais abarcou questões sobre a atuação com base em redução de danos. Foi perguntado se o profissional considerava que a atuação do CR tinha por base a RD ou não, sendo solicitado que justificasse, caso a resposta fosse positiva, negativa ou que a atuação adotava os preceitos da RD parcialmente.

Nas entrevistas com os usuários as seguintes perguntas foram feitas: se a prática de uso de álcool e outras drogas mudou após o atendimento do CR, com as seguintes alternativas: (1) se sim, por quê? (2) se não, por quê? Outra pergunta indagou se os atendimentos recebidos mudaram a vida do usuário na rua, com detalhes sobre o que mudou. As questões de ambas as entrevistas, além de contribuir para a identificação de eixos temáticos, também foram norteadoras do processo de análise dos dados.

Dados sociodemográficos foram obtidos mediante aplicação de questionários específicos.

### *Procedimento de Coleta de Dados*

O presente estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (Protocolo 169/11). Todos os participantes (profissionais e usuários) assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas com os profissionais foram realizadas no CAPS ad I Girassol e tiveram duração média de quarenta minutos. Quanto ao tempo das entrevistas realizadas com os usuários, a duração foi de vinte minutos em média e ocorreram na rua. Todas as entrevistas foram gravadas com o consentimento dos participantes.

### *Análise de Dados*

As entrevistas foram transcritas na íntegra e os procedimentos de análise de conteúdo (Bardin, 2009) foram utilizados. Primeiramente foi realizada a leitura flutuante dos relatos transcritos. Em um segundo momento procedeu-se à leitura mais detalhada, conforme os eixos temáticos norteados pelo roteiro da entrevista. Os relatos foram analisados e categorizados pelas duas pesquisadoras, de modo independente. Em seguida, estas levaram em conta a concordância de suas análises no que tange à identificação, nomeação e frequência das categorias. Trechos de relatos dos participantes foram selecionados para exemplificar as categorias identificadas.

## RESULTADOS

### *Entrevistas com Profissionais do CR*

No eixo *atuação com base em redução de danos* - que discuti a prática profissional no Consultório na Rua e a RD, em três possibilidades, segundo suas percepções: (1) se a atuação se dava com base na RD; (2) se seguia em parte a RD; (3) se a atuação não seguia as diretrizes da RD. Sete participantes concordaram com a primeira alternativa e dois afirmaram que a atuação adotava parcialmente as estratégias de RD. A partir dessa resposta, foi solicitado que justificassem sua escolha, o que permitiu a identificação de categorias.

No que tange à percepção de que o CR pauta sua atuação na RD foram identificadas oito categorias, a partir de relatos dos participantes que justificaram essa posição: *foco do CR é RD e não a abstinência; CR e RD propiciam acesso ao cuidado; CR e RD favorecem escuta e vínculo; CR e RD reduzem preconceitos; CR e RD minimizam sofrimento; CR e RD valorizam o respeito para com o outro; CR e RD precisam de rede de atendimento; CR e RD estão integradas às políticas de saúde mental; CR e RD precisam de educação permanente; e CR e RD precisam de insumos.*

A primeira categoria – *o foco do CR é RD e não a abstinência* – apareceu na fala de dois participantes ao descreverem que o trabalho do CR tem como foco as ações de RD e não a exigência de interrupção do uso de SPA, posição ilustrada em trecho do relato de Anita: *“se você chega ali numa atitude de exigência de abstinência, ou numa atitude mais moralista, mais punitiva, você continua jogando esse morador para essa marginalidade de cuidados”*.

Com relação à categoria *CR e RD propiciam acesso ao cuidado*, os relatos de três profissionais contribuíram com essa categoria ao ressaltarem as ações da equipe do CR voltadas para o diálogo com os usuários acerca da importância dos cuidados consigo mesmo, de forma diária, no contexto do uso e abuso de SPA e da vivência nas ruas, tal como mencionado por Luisa: *“tudo é relacionado a redução de danos, nosso foco não é a abstinência, é levar saúde, reduzir danos, fazer com que ela se cuide, possa se perceber, perceber que existem estratégias, outros caminhos, outras possibilidades”*.

Quanto a *CR e RD favorecem escuta e vínculo*, houve duas falas que relataram as estratégias de atuação do CR, voltadas para uma escuta diferenciada, bem como a formação de vínculo com a população atendida pela equipe e também as ações de RD, merecendo destaque o relato de Joana: *“a nossa proposta é de aos pouquinhos,*

*na medida em que a gente vai se aproximando, conhecendo o morador, adquirindo esse vínculo, depois que adquire essa confiança, falar um pouquinho da redução de danos”*.

A categoria *CR e RD reduzem preconceitos* apareceu no relato de Ana, que em sua fala trouxe a importância da redução de danos voltada para minimizar preconceitos direcionados à população atendida pelo CR, bem como a valorização desses usuários como sujeitos, cidadãos e principalmente seres humanos:

*porque ele descobriu com a nossa maneira de tratá-lo, que é visto, e merece ser visto do seu melhor lado e que tem este lado (...) vamos respeitá-lo, vê-lo de verdade, ao invés de olhar e ficar julgando, está errado, isso não pode, eu estou certo. Enxergar alguém como ser humano é redução de danos, agora ter a coisa pré-concebida, se isso está errado ou está certo, isso se faz, ou não se faz, é preconceito.* (Ana, comunicação pessoal, sem data)

No que tange à categoria *CR e RD minimizam sofrimento*, o relato de Francisco foi ilustrativo, ao falar sobre a necessidade da redução de danos ser mais conhecida, pois propicia a minimização do sofrimento de usuários de SPA em situação de rua: *“toda ação do Consultório de Rua é baseada na redução de danos, que precisa ser bastante discutida, se tornar conhecida de todo mundo, e principalmente todos que atuam no sentido de minimizar danos, sofrimento e acolher o outro”* (Francisco, comunicação pessoal, sem data).

A categoria *CR e RD valorizam o respeito para com o outro* apareceu na fala de Ana, com a descrição do trabalho do CR baseado na RD com foco no respeito ao usuário:

*a redução de danos fala que vamos lidar com essa pessoa, respeitando-a, estudando com ela o que pode fazer, e não tirando dela algo que está ali com uma função (...). Redução de danos é respeito, e nós vamos respeitá-la, vamos vê-la de verdade, é enxergar alguém como ser humano.* (Ana, comunicação pessoal, sem data)

*CR e RD precisam de educação permanente* foi uma categoria que emergiu na fala de Garibaldi, ao mencionar que o trabalho do CR com base na RD, necessita de educação permanente:

*a questão das capacitações, tem que ser um processo permanente, fazer parte da estrutura*

*de toda Secretaria, todo tipo de governo, com o envolvimento de alguma unidade específica que trate sobre as capacitações. Então isso tem que fazer parte, não tem mais como trabalhar sem a perspectiva da redução de danos.* (Garibaldi, comunicação pessoal, sem data)

A categoria *CR e RD precisam de insumos* foi evidenciada no relato de Bento, que ressaltou a necessidade de insumos para a realização do trabalho com foco em RD:

*a gente depende de insumos (...) se você usar o cachimbo vai queimar os lábios, se dividir o cachimbo pode adquirir ou transmitir uma doença infectocontagiosa. Então tem alternativa, como fazer um cachimbo com um copo de água, porque o vapor inalado vem menos quente, prejudica menos os pulmões, os brônquios, com risco menor de queimadura, mas às vezes a gente não tem o copinho de água nem para beber.* (Bento, comunicação pessoal, sem data)

No que tange à afirmação de dois profissionais que referiram que a atuação do CR adotava parcialmente as estratégias de RD, a partir do discurso de um participante foi evidenciada uma categoria: *atuação é parcial, pois faltam insumos*. É importante ressaltar que o outro entrevistado não justificou sua resposta. O relato de Bento destacou a importância das orientações e divulgações de materiais impressos acerca de redução de danos e ressaltou que a falta de insumos compromete a realização do trabalho do CR:

*acho que é em parte, por questões que às vezes fogem do nosso alcance, porque a gente procura fazer orientação, divulgação das alternativas só que em algumas situações (...) não há o folheto do município, então é em parte, mas não por quem está atuando, porque se tivéssemos tudo na mão, faríamos tudo, mas não temos.* (Bento, comunicação pessoal, sem data)

#### *Entrevistas com Usuários Atendidos pelo CR*

Dois eixos temáticos e suas categorias são apresentados, exemplificados com trechos de relatos dos participantes: *mudança da prática de uso de SPA após atendimento no CR* e *mudança da vida na rua após atendimento no CR*.

No primeiro eixo, que investigou se a prática do uso de álcool e outras drogas mudou após o atendimento do CR, três entrevistados responderam afirmativamente, sendo que um deles relatou que mudou um pouco. No que se refere aos motivos para as mudanças nesse uso, foram identificadas seis categorias a partir dos relatos daqueles que afirmaram que houve mudanças: *por causa da consulta com o dentista; reduziu o consumo de SPA e fez substituição do crack; passou a ter alimentação mais saudável e fazer ingestão de doce; porque a equipe acompanha e orienta sobre RD; porque eles ajudam a gente a sair da rua; e para evitar o sofrimento de ficar internado*.

A primeira categoria *por causa da consulta com o dentista* apareceu nos relatos de dois participantes, que falaram acerca da necessidade de não usar SPA um dia antes da realização do atendimento odontológico, bem como os cuidados e orientações da equipe acerca desse fato, o que pode ser exemplificado na fala de Veridiana:

*uai, nós tava mesmo, a um tempo atrás, engatado, o dia que era pra mim ir no dentista, fazer um exame, alguma coisa. Então ele (profissional do CR) falava: Veridiana amanhã você tem dentista, então começa hoje, não bebe, nem usa droga, não fuma. Então eu ficava com aquilo na cabeça, hoje não vou fumar, não vou beber que amanhã tenho dentista. Eu não usava, porque eles tinham pedido pra mim, que tinha dentista.* (Veridiana, comunicação pessoal, sem data)

Com relação a *reduziu o consumo de SPA e substituição do crack* os quatro participantes fizeram menções a essa categoria, com descrições de ações e estratégias de RD relacionadas às suas práticas de consumo de SPA, bem como a substituição do uso de crack por outras substâncias, exemplificada nos seguintes relatos: *“Diminuiu, eu durmo demais (...) mas é a verdade, quando a gente não usa (crack) dá sono”* (Dandara, comunicação pessoal, sem data); *“tem dia que eu uso, fumo só a maconha, que fuma, dorme, come”* (Veridiana, comunicação pessoal, sem data); *“Graças a Deus eu não bebo, as drogas eu reduzi muito, estou me alimentando melhor, não to dormindo mais de madrugada, não tem pesadelo, nem tem que acordar cedo, por causa de polícia”* (Palmares, comunicação pessoal, sem data).

Quanto a *passou a ter alimentação mais saudável e fazer ingestão de doce*, essa categoria pode ser evidenciada no relato de Veridiana, que valorizou a necessidade de ingestão de doce, bem como de uma alimentação mais nutritiva:

*eu não passei mal pela barra de chocolate, (...) uma carne de porco que assaram mal e eu passei mal de manhã, (...) nós comeu, uma barra de chocolate mesmo, eu, meu bem e mais o outro que trouxe. Então a alimentação, graças a Deus é bem certinha* (Veridiana, *cunicação pessoal*, sem data).

Na categoria *porque a equipe acompanha e orienta sobre RD* houve relatos de dois participantes que destacam as orientações da equipe acerca da RD durante as abordagens/atendimentos: *“melhorou bastante, agradeço mesmo é ao Consultório de Rua, as orientações deles, tudo”* (Cruz e Souza, *cunicação pessoal*, sem data); *“eu pensava assim, vou fazer o que eles estão pedindo, e não usava. Nós passava uns três dia desandado, mas passava uns três dia já dormindo e comendo”* (Veridiana, *cunicação pessoal*, sem data).

Quanto a *porque eles ajudam a gente a sair da rua*, Cruz e Souza relatou a importância das orientações da equipe sobre a possibilidade dos usuários saírem da rua: *“porque eles que ajuda a gente a sair daqui (da rua), né, dá muito conselho sair das drogas, né, sair da bebida”* (Cruz e Souza, *cunicação pessoal*, sem data).

A categoria *para evitar o sofrimento de ficar internado* foi identificada no relato de Palmares, que falou sobre o seu sofrimento quando ficou internado por causa do abuso de SPA: *“eu fiquei internado oito dias, no hospital, tomando injeção, era uma seis hora da manhã e uma de noite, ai eu falei, desse jeito eu num guento não”* (Palmares, *cunicação pessoal*, sem data).

Quanto às modificações de comportamento no uso de SPA do participante que respondeu que mudou um pouco, foi identificada uma categoria: *reduziu, mas usa SPA quando está com raiva*. Palmares afirmou que houve redução do consumo e a melhoria em sua alimentação, mas que quando tem sentimentos de raiva faz uso de SPA: *“assim, um pouco, maneirei um pouco (...) tomo suco, refrigerante, eu tô tomando demais (...), só quando eu tô com raiva, eu penso que é o remédio (a droga), mas não é o remédio”*.

O eixo *mudança da vida na rua após atendimento no CR* procurou investigar a relação entre o atendimento e o acompanhamento do CR e possíveis mudanças na vida dos usuários de SPA no contexto da rua. Quando perguntados se os atendimentos mudaram sua vida na rua, dois não responderam e dois afirmaram que houve mudanças, o que permitiu a identificação de uma categoria: *os atendimentos mudaram tudo na minha vida*. A fala de Veridiana é ilustrativa ao afirmar que os atendimentos realizados pelos profissionais do CR mudaram

sua vida no contexto de rua: *“tudo que eu falei pra você, eles mudaram tudo na minha vida”*.

## DISCUSSÃO

No que tange às ações de redução de danos e possíveis mudanças na relação entre equipe e população atendida, pode-se perceber, segundo os relatos dos profissionais, que estes compreenderam e descreveram de forma abrangente a concepção de RD, aliando teoria e prática. Portanto, os profissionais relataram ações e intervenções cotidianas com base em RD, de forma integrada entre os membros da equipe e também com a participação dos usuários. Esse objetivo do estudo apareceu nas categorias *CR e RD propiciam acesso ao cuidado; CR e RD favorecem escuta e vínculo; CR e RD precisam de educação permanente; e CR e RD precisam de insumos*.

A partir do discurso dos entrevistados, é possível concluir que a equipe realiza o trabalho com base em ações e intervenções baseadas nos princípios norteadores da Política Nacional de Redução de Danos. A PNRD preconiza o respeito ao usuário de SPA, a minimização de riscos e danos à saúde, atenção em saúde integral ao usuário de álcool e outras drogas, não preconiza a abstinência e a cura como os únicos objetivos do atendimento/tratamento. Ademais, prioriza a realização de ações em campo, tais como: troca de seringas, disponibilização de kit de RD, ações de educação em saúde, diálogo, acolhimento e aconselhamento, tal como destacado na literatura (Haiek, 2008; Siqueira, 2006).

A PNRD recomenda, em suas diretrizes, prioridade para a escuta, formação de vínculo, visão flexível e não preconceituosa acerca do uso e abuso de SPA, bem como a necessidade de ampliação e integração com a rede de saúde pública, para que a equipe possa melhorar a cobertura em sua área de abrangência. Ressalta, também, a ênfase na melhoria das condições de saúde, não exigência de abstinência, possibilidade de tratamento e reabilitação, a partir do desejo e motivação do usuário. Por isso foi incluída a investigação sobre a mudança na prática do uso de SPA após o atendimento no CR, que gerou categorias como *por causa da consulta com o dentista; porque ocorreu a redução do consumo de SPA e substituição do crack; porque a equipe acompanha e orienta sobre RD*. É possível concluir que as mudanças ocorridas estão diretamente relacionadas às diretrizes da PNRD, sendo aceitas pelos usuários e incorporadas no contexto do uso de SPA, bem como viver em situação de rua (Borysow & Furtado, 2017; Pacheco, 2014).

A categoria *os atendimentos mudaram tudo na minha vida* é uma forma de avaliar as mudanças ocorridas após o atendimento e acompanhamento do CR. É importante ressaltar que a partir do momento que a equipe acessa os usuários, consegue a formação do vínculo e oferece cuidados baseados na demanda da clientela atendida, bem como na escuta, diálogo e respeito aos direitos humanos, os profissionais conseguem levar algo além dos cuidados de saúde, pois ofertam a possibilidade de iniciar uma mudança de vida em todos os aspectos e, principalmente, o resgate desse ser humano, de sua dignidade e cidadania (Pacheco, 2014; Siqueira, 2006).

Os resultados deste estudo foram norteadores para algumas constatações importantes, dentre elas: a legislação e políticas públicas no Brasil estão voltadas para a prioridade da atenção integral e humanista do usuário de SPA; existem serviços como os CR que atuam, em sua prática rotineira e cotidiana, de acordo com os princípios da PNRD e da Política Nacional de Saúde Mental; o trabalho realizado em equipe multidisciplinar se torna essencial nessa área; o vínculo da equipe com a clientela atendida é imprescindível; e os usuários precisam estar inseridos e se fazer reconhecer na construção do processo de atenção integral, priorizando o diálogo, a escuta e as suas demandas.

## REFERÊNCIAS

- Andrade, T., Lurie, P., Medina, M.G., Anderson, K., & Dourado, I. (2001). The opening of South America's first needle exchange program and an epidemic of crack use in Salvador, Bahia-Brazil. *Aids and Behavior*, 5, 51-64. doi:10.1023/A:1009559405477
- Andrade, T.M. (2011). Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4665-4674. doi: 10.1590/S1413-81232011001300015
- Andrade, T.M., & Friedman, S. R. (2006). Princípios e práticas de redução de danos: interfaces e extensão a outros campos da intervenção e do saber. In D. X. Silveira & F. G. Moreira (Eds.), *Panorama Atual de Drogas e Dependências* (p. 395-400). São Paulo: Atheneu.
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Borysow, I. C., Conill, E. M., & Furtado, J. P. (2017). Atenção à saúde de pessoas em situação de rua: estudo comparado de unidades móveis em Portugal, Estados Unidos e Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, 879-890. doi: 10.1590/1413-81232017223.25822016
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST/Aids (2001). *A contribuição de estudos multicêntricos frente à epidemia de HIV/Aids entre UDI no Brasil: 10 anos de pesquisa e redução de danos*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (2010a). *Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas*. Brasília: SENAD.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental (2010b). *Legislação em Saúde Mental – 2004 a 2010*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental (2010c). *Consultórios de Rua do SUS - Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (2011). *Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007/2010*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Buning, E. (2006). Vinte e cinco anos de redução de danos: a experiência de Amsterdã. In D. X. Silveira & F. G. Moreira (Eds.), *Panorama Atual de Drogas e Dependências* (pp. 345-354). São Paulo: Atheneu.
- César, E.A.F., & Rodrigues L.B. (2013). Os CAPS AD, as Comunidades Terapêuticas e o “usuário de drogas”: polêmicas e paradoxos. *A Cor das Letras – UEFS*, 14, 209-220. doi:10.13102
- Chaibub, J. R. W. (2009). “Entre o mel e o fel: drogas, modernidade e redução de danos”. *Análise do processo de regulamentação federal das ações de redução de danos ao uso de drogas*. Tese de doutorado, Universidade de Brasília, Brasília, DF.
- Correia, L. C. (2010). *Marco legal e institucional sobre substâncias psicoativas no Brasil: conhecer para cuidar*. In A. N. Filho & A. L. R. Valério (Eds.), *Módulo para capacitação dos profissionais do projeto Consultório de Rua* (pp. 61-71). Salvador: Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas – CETAD/ Universidade Federal da Bahia – UFBA.
- Cruz, M. S. (2006). Considerações sobre possíveis razões para a resistência às estratégias de redução de danos. In O. Cirino & R. Medeiros (Eds.), *Álcool e outras drogas: escolhas, impasses e saídas possíveis* (pp. 13-24). Belo Horizonte: Autêntica.
- Dantas, S., Cabral, B., & Moraes, M. (2014). Sentidos produzidos a partir de experiências de bad trip: drogas,

- prevenção e redução de danos. *Saúde em Debate*, 38, 539-550. doi: 10.5935/0103-1104.20140050
- Delbon, F. (2006). Redução de danos aplicada ao tratamento da dependência de drogas: achados de uma intervenção em grupo. In D. X. Silveira & F. G. Moreira (Eds.), *Panorama atual de drogas e dependências* (pp. 387-394). São Paulo: Atheneu.
- Domanico, A., & MacRae, E. (2006). Estratégias de redução de danos entre usuários de crack. In D. X. Silveira & F. G. Moreira (Eds.), *Panorama atual de drogas e dependências* (pp. 371-379). São Paulo: Atheneu.
- Haiek, R. (2008). Redução de danos para drogas injetáveis. In M. Niel & D. X. Silveira (Eds.), *Drogas e redução de danos: uma cartilha para profissionais de saúde* (pp. 21-28). São Paulo: Universidade Federal de São Paulo-UNIFESP.
- Inciard, J. A., & Harrison, L.D. (1999). *Introducción: the conception of harm reduction*. In J. A. Inciard, & L.D. Harrison, (Eds.), *Harm reduction: national and internacional perspectives* (pp. vii-xix). California: Sage Publications.
- Lima, H. S., & Seidl, E. M. F. (2015). Consultório na Rua: atenção a pessoas em uso de substâncias psicoativas. *Psicologia em Estudo*, 20, 57-69. doi: 10.4025/psicolestud.v20i1.24697
- Monteiro, L. F., & Monteiro, A. M. C. (2010). A clínica de rua: pressupostos teóricos-clínicos para uma intervenção no âmbito do Consultório de Rua. In A. N. Filho & A. L. R. Valério (Eds.), *Módulo para capacitação dos profissionais do projeto Consultório de Rua* (pp. 34-42). Salvador: Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas – CETAD/Universidade Federal da Bahia – UFBA.
- Nardi, H.C., & Rigoni, R.Q. (2005). Marginalidade ou cidadania? A rede discursiva que configura o trabalho dos redutores de danos. *Psicologia em Estudo*, 10, 273-282. doi: 10.1590/S1413-73722005000200014
- Neri Filho, A. (2010). Apresentação CETAD. In A. N. Filho & A. L. R. Valério (Eds.), *Módulo para capacitação dos profissionais do projeto Consultório de Rua* (pp. 9-10). Salvador: Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas – CETAD/Universidade Federal da Bahia – UFBA.
- Pacheco, M. E. A. G. (2014). Políticas públicas e capital social: o projeto consultório de rua. *Fractal*, 26, 43-58. doi: 10.1590/S1984-02922014000100005
- Pollo-Araújo, M.A., & Moreira, F. G. (2008). Aspectos históricos da redução de danos. In M. Niel & D. X. Silveira (Eds.), *Drogas e redução de danos: uma cartilha para profissionais de saúde* (pp. 11-19). São Paulo: PROAD/ UNIFESP.
- Santos, F.F., & Ferla, A.A. (2017). Saúde mental e atenção básica no cuidado aos usuários de álcool e outras drogas. *Interface (Botucatu) – Comunicação, Saúde, Educação*, v.20, Interface (Botucatu), ahead of print Epub 23-Fev-2017. doi: 10.1590/1807-57622016.0270
- Silveira, R. W. M. (2016). Redução de danos e acompanhamento terapêutico: aproximações possíveis. *Revista do NUFEN*, 8(1), 110-128.
- Simões, J. (2008). Prefácio. In B. C. Labate, S. Goulart, M. Fiore, E. McRae & H. Carneiro (Eds.), *Drogas e cultura: novas perspectivas* (pp.13-22.). Salvador: EDUFBA.
- Siqueira, D. J. R. (2006). *Convivência numa sociedade com drogas. Maldito cidadão numa sociedade com drogas*. São Caetano do Sul: King.
- Souza, D. R., Oliveira, M. A. F., Soares, R. H., Domanico, A., & Pinho, P. H. (2017). Resistências dos profissionais da atenção psicossocial em álcool/drogas à abordagem de redução de danos. *Journal of Nursing and Health*, 7, 16-24.
- Valério, A. L. R., & Menezes, A. C. C. (2010). A Rede de Atenção ao usuário de SPA em contexto de rua. In A. N. Filho & A. L. R. Valério (Eds.), *Módulo para capacitação dos profissionais do projeto Consultório de Rua* (pp. 54-60). Salvador: Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas – CETAD/Universidade Federal da Bahia – UFBA.

**Endereço para correspondência:**

Helizett Santos de Lima  
 Rua Cristovão Colombo, Qd.136 Lt. 08  
 CEP: 74705130 – Setor Palmito, Goiânia/GO.  
 E-mail: helizettlima@gmail.com

Recebido em 09/06/2017

Aceito em 11/08/2017