

# REDUÇÃO DE DANOS: UM RESGATE AOS DIREITOS HUMANOS POR MEIO DOS CONSULTÓRIOS NA RUA

## HARM REDUCTION: A RESCUE TO HUMAN RIGHTS THROUGH STREET OUTREACH OFFICES

DANIELE TIEMI ANZAI<sup>1\*</sup>, ANTONIO ALEXANDRE PEREIRA JUNIOR<sup>2</sup>

1. Graduada em Psicologia pela Faculdade Ingá; 2. Graduado em Psicologia (UEM), especialista em psicopedagogia (UEM) e Mestre em Educação (UNESP). Professor do curso de Psicologia da Faculdade Ingá.

\* Rua Bogotá, nº543. Vila Morangueira, Maringá, Paraná, Brasil. CEP: 87033-120 [danieleanzai@gmail.com](mailto:danieleanzai@gmail.com)

Recebido em 02/09/2015. Aceito para publicação em 10/12/2015

### RESUMO

A partir de participações em feiras de saúde, especificamente em uma região com condições precárias de saúde da população em que se observou crianças fazendo uso de substâncias psicoativas, buscou-se compreender qual o modelo atual de intervenção e as políticas públicas de saúde voltadas às pessoas em vulnerabilidade social. Este estudo exploratório-qualitativo objetivou conhecer a atuação da equipe do Consultório na Rua de um Município do Estado do Paraná, no que se refere às ações de Redução de Danos. Esta, enquanto política pública de saúde visa minimizar os danos advindos do uso abusivo de substâncias psicoativas, preconizando a inclusão social, cidadania e respeito aos direitos humanos. O Consultório na Rua é um dispositivo criado como uma forma de fornecer cuidados de saúde à população em situação de rua. Utilizou-se de entrevista semi-estruturada como instrumento de coleta de dados, realizada com quatro profissionais. Concluiu-se que a equipe deste dispositivo tem se orientado pelas ações de Redução de Danos referentes a cuidados de saúde principalmente física, e sob uma perspectiva de saúde mental realiza um trabalho mais voltado à orientação, fazendo uso de ferramentas como vínculo, acolhimento e escuta qualificada, bem como incentivo a adoção de uma perspectiva de vida aos usuários.

**PALAVRAS-CHAVE:** Redução de danos, consultório na rua, usuários de substâncias psicoativas.

### ABSTRACT

From participation in trade fairs health, specifically in a region with poor health of the population in which it was observed children making use of psychoactive substances, we tried to understand what the current model of intervention and public health policies for people in social vulnerability. This exploratory study-qualitative, aimed to find out the performance of the team of the street outreach offices of a city of the Paraná State, as regards the actions of Harm Reduction. This, while public health policies, aims to minimize the damage caused by the abuse of psychoactive substances, advocating social inclusion, citizenship and respect for human rights. The street outreach

office is a device created as a way to provide health care to the population in a street situation. We used semi-structured interviews as a data collection instrument, performed with four professionals. It was concluded that the team of this device has been guided by the actions of Harm Reduction related to health care especially physics, and from the perspective of mental health performs a work more toward the orientation, making use of tools such as bond, reception and qualified listening, as well as encouraging the adoption of a perspective of life to users.

**KEYWORDS:** Harm Reduction, street outreach offices, users of psychoactive substances.

### 1. INTRODUÇÃO

O uso abusivo de substâncias psicoativas<sup>1</sup> configura-se em uma preocupação mundial devido à influência que exerce nos fatores externos, seja pelo consumo ou pelo tráfico, além de seus reflexos na saúde pública brasileira, passando a ser objeto de muitos estudos e determinante na criação de inúmeras e variadas políticas de atendimento.

A dependência de substâncias psicoativas e abordagem sempre estiveram atreladas à doença mental, devido ao estado em que o usuário se encontra quando do uso excessivo destas substâncias e suas consequências. Segundo Duarte (2013), as formas de intervenção e políticas voltadas aos usuários de substâncias psicoativas até o início do século XX desenvolviam-se no campo da justiça e segurança pública, já que a legislação vigente até 2006 era ainda a de 1976, ocorrendo a disseminação em todo o país de alternativas de atenção, sendo a maioria instituições filantrópicas, de cujo caráter era “total, fechado, baseadas em uma prática predominantemente psiquiátrica ou médica, ou ainda, de cunho religioso,

<sup>1</sup> Substâncias psicoativas são substâncias não produzidas pelo organismo, utilizadas com o objetivo de modificar o funcionamento do cérebro, podendo causar alterações nos estados mentais e provocar ou não dependência (LIMA, 2013, p.03).

tendo como principal objetivo a ser alcançado a abstinência.”<sup>2</sup>.

O modelo repressivo de intervenção, baseado no proibicionismo, compõe visivelmente o que se denominou de “guerra às drogas”. Segundo Machado & Boarini (2013, p. 582)<sup>3</sup> essa estratégia “prioriza a redução da oferta de drogas e relega a segundo plano a prevenção ao uso, tendo como principais pilares o modelo moral e criminal, que preconiza o enfrentamento das drogas pelo encarceramento dos usuários, e o modelo de doença”. Assim, rotula-se o usuário construindo estigmas, e tira-lhe o direito de escolha, pela justificativa dos danos à sociedade e à saúde<sup>4</sup>. Sobre o proibicionismo, Ramos (2012, p. 265)<sup>5</sup> expõe: “essa perspectiva normalmente ignora a grande heterogeneidade dos modos de consumo das substâncias psicoativas, assim como as razões, crenças, valores, estilos de vida e visão de mundo que os embasam”.

Identifica-se nestes moldes, ainda existentes na atualidade, conforme expõe Duarte (2013)<sup>4</sup>, a internação, a abstinência e a repressão, como meios de solução para o problema da dependência química, reforçados pelo imaginário social e por organismos públicos na comunidade e instituições públicas e privadas, como as comunidades terapêuticas, que tem forte conteúdo religioso e moralista: “[...] os espaços ditos de acolhimento apresentam-se na forma de restrição à liberdade, utilizando-se de protocolos assistenciais questionáveis e denunciados por torturas e maus tratos” (p.43).

No Brasil, movimentos como a Reforma psiquiátrica e Reforma sanitária brasileira, emergentes no início dos anos 70, impulsionaram um processo de estruturação e reformulação da assistência em saúde mental. Sob um sentido de democratização, previsto pela Constituição de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado, defendendo um modelo de atenção com princípios como equidade e integralidade, entre outros, passando a atender-se às pessoas em situação de vulnerabilidade social.

A partir do início do séc. XXI, as práticas de saúde voltadas aos usuários de substâncias psicoativas foram consolidando-se, tendo como auxílio à criação do Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas (sob a Portaria GM/816 de 30 de abril de 2002) instituído no âmbito do SUS (Sistema Único de Saúde) e adequado aos princípios da Reforma Sanitária.

O programa organiza ações de promoção, prevenção, proteção à saúde e educação das pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas e estabelece uma rede estratégica de serviços extra-hospitalares para esta clientela, articulada à rede de atenção psicossocial e fundada na abordagem de redução de danos. (BRASIL, 2005, p.42-43)<sup>2</sup>.

Em meio a este contexto, a Redução de Danos destaca-se, sendo articulada à Política Nacional de Saúde

Mental e inserida pelo SUS em 1994, como um novo “paradigma” da política de álcool e outras drogas do Ministério da Saúde, através da Portaria nº 1.028, que define que estas ações devem estar voltadas a minimização dos danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, e que se desenvolvam por meio de ações dirigidas a usuários ou a dependentes que não podem, não conseguem ou não querem interromper o uso<sup>2</sup>. Posteriormente, a Redução de Danos foi regulamentada pela Lei nº 11.343/2006, como uma estratégia que se insere em instituições através das políticas centrais de saúde do SUS.

A Redução de Danos originou-se na Inglaterra, em 1926, propondo uma modificação na maneira de abordar o problema do uso de substâncias psicoativas no mundo, quando um grupo de médicos definiram no Relatório Rolleston, que “[...] a maneira mais adequada de tratar dependentes de heroína e morfina era realizar uma administração monitorada do uso dessas drogas”, assim os médicos poderiam prescrever legalmente opiáceos<sup>2</sup> em determinadas condições:

[...] como manejo da síndrome de abstinência, em tratamentos com o objetivo de cura; quando ficasse demonstrado que, depois de prolongadas tentativas de cura, o uso da droga não poderia ser seguramente descontinuado; e quando ficasse provado que o paciente apenas seria capaz de levar uma vida normal e produtiva se uma dose mínima de droga fosse administrada regularmente, mas que ficasse incapaz disso, quando a droga fosse inteiramente descontinuada. (FONSECA, p.12, 2012)<sup>6</sup>.

Este ato médico buscou atuar como um tratamento e não um incentivo ao uso. O objetivo era possibilitar ao usuário uma vida mais estável, produtiva e mais útil à sociedade. Através do reconhecimento de que o uso de opiáceos estava associado às características de vida dos usuários, e que muitas vezes a abstinência não era a melhor opção, não sendo efetiva nem mesmo na diminuição do uso, “[...] pela primeira vez na história moderna a dependência de drogas é vista de outra perspectiva, a qual trata a dependência como problemática complexa devendo ser abordada através de estratégias múltiplas e singulares.”<sup>6</sup>.

Contudo, as estratégias de Redução de Danos mantiveram-se silenciosas e sem importância até que, em meados de 1980, com a epidemia da AIDS, retoma-se esta perspectiva. Segundo Queiroz (2001)<sup>7</sup> as

<sup>2</sup>São substâncias oriundas do ópio que advém dos cortes na cápsula da papoula. Os opiáceos podem ser: naturais quando não sofrem nenhuma modificação, como por exemplo a morfina e codeína; ou semi-sintéticos ao resultarem de modificações realizadas em laboratórios como é o caso da heroína (CEBRID, 2012 apud PACHECO, 2013)<sup>8</sup>.

ações de Redução de Danos surgem por intermédio de quatro fatores fundamentais, sendo: a intensa infecção pelo vírus HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis, como as hepatites entre usuários de drogas injetáveis; a relação entre os casos de AIDS e o abuso de drogas acarretando em uma disseminação do vírus; o aumento do número de usuários/dependentes de drogas; a certeza de que as práticas interventivas baseadas na repressão e no proibicionismo têm sido meios ineficazes diante do “problema” ao longo de todo o período decorrido.

A estratégia de Redução de Danos é referida na literatura como uma nova abordagem, voltada ao usuário de substâncias psicoativas enquanto ser de direitos sociais e à saúde, preconizando o respeito, igualdade e equidade. De acordo com Reale (2005)<sup>9</sup>, é uma proposta às práticas do proibicionismo e medidas repressivas, bem como à abstinência vista como única solução para a dependência química. Além de propor uma reformulação no tratamento da dependência química, pauta-se na liberdade de escolha do indivíduo (e não no julgamento moral do mesmo) e nos direitos humanos.

A Redução de Danos passa a considerar a transição do conceito de comportamento de risco para o de vulnerabilidade, no que se refere ao fenômeno da droga, pois esta não é mais vista sob uma perspectiva individual, mas também engloba o âmbito social, econômico e político, sendo, portanto um advento multideterminado<sup>3</sup>. De acordo com Mann (1996)<sup>10</sup> a vulnerabilidade é consequência de uma omissão de apoio e respeito aos direitos humanos, identificados pela exclusão e estigmatização social. Desta forma, a estratégia de Redução de Danos passou a ser utilizada principalmente no desenvolvimento de ações preventivas e na promoção de saúde junto aos usuários de drogas, podendo inserir-se em espaços institucionalizados e abordagens de rua<sup>11</sup>.

A partir da criação do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em álcool e outras Drogas no Sistema único de Saúde – PEAD (2009-2010), o Ministério da saúde propôs a implantação do dispositivo Consultório de Rua, levando em consideração a experiência positiva desenvolvida em Salvador, entre 1999 a 2006, pelo professor Antônio Nery Filho, coordenador do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas- CETAD/Universidade Federal da Bahia. Tal experiência mostrou-se como uma estratégia viável para intervenção junto aos usuários de substâncias psicoativas em situação de rua<sup>12</sup>. A criação deste dispositivo considerava a magnitude do consumo de substâncias psicoativas, associada ao contexto de exclusão, vulnerabilidade e risco das pessoas em situação de rua, tendo em vista a lacuna existente entre esta população e os serviços de saúde.

O Consultório de Rua, assim denominado inicialmente, foi incorporado ao PIEC (Plano Integrado de

Enfrentamento do Crack e outras Drogas) em 2010 e incentivado pelo Ministério da Saúde, dispondo de equipe itinerante focada no atendimento a saúde mental que visava atuar junto aos usuários de substâncias psicoativas no local onde fazem uso, e muitas vezes habitam: as ruas. No entanto, a partir das Portarias 122 e 123, de 25 de Janeiro de 2012, este dispositivo passa por uma reformulação, em que, além da mudança de nomenclatura (Consultório De Rua para Consultório Na Rua), passou a ser uma modalidade de equipe de Atenção Básica da Rede de Atenção Psicossocial. A intenção dessa integração das coordenações da Atenção Básica e de Saúde Mental do Município, é a de que as equipes de Consultório na Rua atuem de modo a abranger as diversas necessidades de saúde da população em situação de rua, seja em decorrência de transtorno mental ou do uso abusivo de substâncias psicoativas.

A equipe de Consultório na Rua deve seguir os fundamentos e as diretrizes definidas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que considera a necessidade de um conjunto de ações em saúde, compreendendo sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral. Alguns princípios que orientam esta atenção básica são compatíveis aos do Sistema Único de Saúde, como: universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo e acompanhamento longitudinal, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social. Desta forma, o dispositivo de saúde Consultório na Rua visa atender toda a população em situação de rua, e deve adotar a Redução de Danos como estratégia prioritária no atendimento aos usuários<sup>13</sup>.

De acordo com a Portaria Nº122, de 25 de janeiro de 2012, que define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua, os profissionais devem desempenhar suas atividades in loco, de forma itinerante, desenvolvendo ações integradas com as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e também com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos serviços de Urgência e Emergência conforme a necessidade do usuário. Sendo multiprofissional, são compostas por profissionais da saúde e dividem-se por modalidades, conforme a necessidade de cada município, sendo: psicólogo, enfermeiro, médico, assistente social, terapeuta ocupacional, agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal. Para o desenvolvimento de suas atividades e deslocamento da equipe, necessita de recursos móveis como peruas (vans) equipados, para abordagem e acolhimento das demandas, e tem a função de se constituir como referência para os usuários<sup>14</sup>.

Conforme expõe Oliveira (2009)<sup>15</sup>, o Consultório na Rua é um projeto implantado que se caracteriza pela participação ativa junto à população de rua, cuja equipe multidisciplinar visa assegurar a integralidade da assis-

tência, atuando de modo interdisciplinar no cuidado ao indivíduo. Segundo o autor, neste serviço os profissionais se configuram importantes atores na prática do cuidado e atenção à população em situação de rua e/ou usuários de substâncias psicoativas, pois:

“[...] O trabalho em saúde só se processa através dessa íntima relação trabalhador-usuário [...]. O cuidado à saúde dos usuários de drogas na rua exige propostas que levem em consideração o contexto e o modo de vida, buscando-se o resgate do valor da vida e da saúde, da cidadania e da dignidade humana [...]”. (p. 52-53).

Jorge & Corradi-Webster (2012)<sup>12</sup> assim como Campos (1997, apud Pacheco 2013)<sup>08</sup> enfatizam que a prática no espaço da rua deve voltar-se para o sujeito em atendimento enquanto ser singular e autônomo, devendo o profissional construir uma relação terapêutica baseada no vínculo, no acolhimento e escuta qualificada, considerando não somente o saber enquanto especialista, mas o usuário como ativo e atuante na produção de saúde.

No âmbito da atuação, as equipes podem promover articulações na rede intersetorial, por atender um público com especificidades complexas e variáveis, cujas demandas necessitam de suporte de outros setores, de forma a transpassar o isolamento do setor saúde por meio de parcerias efetivas diante das diversas necessidades da população<sup>14</sup>. Neste sentido, a intersetorialidade e interdisciplinaridade são essenciais para a efetividade deste serviço.

A clientela atendida pelo Consultório de Rua, pelos históricos de vida e pela dificuldade de acessar e ser acessada pela rede formal acumula problemas de saúde e relevantes questões pessoais e sociais. A sobreposição de problemas acumulados vai potencializar os riscos à saúde psicossocial destes indivíduos, de maneira que a oferta de ajuda do Consultório de Rua busca reduzir os danos em diferentes vertentes, favorecendo a melhoria da qualidade de vida<sup>14</sup>.

O presente estudo, seguindo a temática da Redução de Danos e substâncias psicoativas, objetivou compreender a atuação da equipe do Consultório na Rua no que se refere às ações de Redução de Danos de um determinado município do Estado do Paraná, que por motivo de sigilo ético, será preservada sua localização, tendo em vista que há somente um dispositivo no município e as profissionais ficariam expostas quanto às suas respostas.

Inicialmente, foi realizada uma descrição a partir da literatura existente e da legislação atual, a respeito da Redução de Danos e Consultório na Rua, e, partindo da formulação do problema: “Como a equipe do Consultório na Rua desenvolve as ações de Redução de Danos?”, esta pesquisa buscou, especificamente, conhecer o trabalho realizado pelos profissionais do Consultório na Rua, de modo a identificar quais as práticas de Redução

de Danos que fazem parte da atuação da equipe, bem como relacionando-as com a política proposta pelo Ministério da Saúde, e, a partir destas compreensões, enfatizar a atuação do psicólogo e sua importância no cuidado ao usuário de substâncias psicoativas.

Assim, propõe-se à área científica, por meio da apresentação de publicação, uma contribuição a respeito da temática sobre Redução de Danos e o desenvolvimento de tais ações no âmbito do Consultório na Rua, tendo em vista que, assim como Moraes (2008)<sup>16</sup> expõe:

[...] no atual contexto da atenção à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, marcado pela psiquiatria clássica e pelas formas alternativas de conceber e intervir nesse campo, os avanços das políticas públicas e a preconização de um modelo de atenção integral à saúde de usuários de drogas precisam ser compreendidos a partir de sua expressão na prática cotidiana das unidades (p.124).

Desta forma, ao desenvolver esta pesquisa, pondera-se que o conhecimento das ações realizadas ou a falta das mesmas, em consonância ao que propõe o Sistema Único de Saúde, a Reforma Psiquiátrica e a Redução de Danos podem possibilitar uma reflexão às equipes quanto ao seu trabalho, podendo ser um recurso para melhor atuação dos profissionais. Portanto, identifica-se a relevância deste estudo, que buscou compreender não somente as preconizações e políticas públicas, mas sua expressão na prática profissional.

## 2. MATERIAL E MÉTODOS

Com a finalidade de sanar os objetivos deste estudo foi realizada uma pesquisa exploratória, que segundo Gil (2002)<sup>17</sup>, visa possibilitar o conhecimento e familiaridade ao problema, de forma a explicitá-lo ou a construir hipóteses. Assim, estas pesquisas objetivam principalmente incitar o desenvolvimento e aprimoramento de ideias ou a descoberta de conteúdos implícitos, tais como intuições.

Através da elaboração de um projeto de pesquisa, que foi devidamente apresentado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com seres humanos da Faculdade Ingá, e pela Comissão Permanente de Avaliação de Projetos da Secretaria Municipal de Saúde (CECAPS), partiu-se inicialmente para o levantamento bibliográfico, cuja localização das fontes ocorreram principalmente por meio de bases de dados, em virtude da ampla disseminação de materiais bibliográficos em formato eletrônico, sendo: SciELO (*Scientific Electronic Library Online*) e Portal de periódicos CAPES. Os termos de busca utilizados foram: “redução de danos” e “consultório rua”. Foi realizada a leitura seletiva de artigos, teses e dissertações, periódicos científicos, anais de encontro científicos e resumos. Também foram utilizados para levantamento de dados, a legislação federal brasileira, incluindo

documentos oficiais, tais como decretos e portarias, bem como publicações do Ministério da Saúde relacionadas a temática.

Para coleta de dados, utilizou-se de entrevista semi-estruturada, que de acordo com Manzini (2013)<sup>18</sup>, foca-se em determinado assunto e é feito um roteiro com perguntas principais, podendo surgir informações de modo livre, em que as respostas não seguem um padrão específico. A coleta de dados ocorreu no CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial, Álcool e Drogas), conforme a preferência dos entrevistados, sendo este um local onde eles se encontram antes de se deslocarem às ruas e seguirem suas rotas.

Os participantes da pesquisa foram quatro profissionais do Consultório na Rua de um determinado município do estado do Paraná (o qual não será identificado em razão de sigilo ético para com os participantes), sendo: enfermeira, técnica de enfermagem e psicóloga, atuantes no dispositivo, e, ainda, a responsável técnica pelo dispositivo que também tem formação em psicologia e atua na coordenação do CAPS AD. Ao longo da análise e discussão dos resultados, as entrevistadas serão representadas através das siglas: E1, E2, E3 e E4. Vale ressaltar que a equipe do Consultório na Rua do Município é composta por estes profissionais e mais o médico, que não pôde participar desta pesquisa.

O roteiro de entrevista foi estruturado por questões de modo que pudessem suprir os objetivos específicos, através de questões sobre: a rotina de trabalho, dificuldades, facilidades e desafios, a importância atribuída por estes no que se refere ao trabalho interdisciplinar e seu conhecimento a respeito da política de Redução de Danos. Por fim, foram formuladas questões a respeito da efetividade destas ações no cotidiano dos profissionais e a importância atribuída à Redução de Danos como estratégia prioritária no atendimento, sendo solicitado a exemplificação de tais ações.

As entrevistas foram gravadas, com a autorização dos participantes, que leram e assinaram o Termo de consentimento livre e esclarecido. Após a coleta de dados foi realizada a transcrição das entrevistas. A partir das respostas dos participantes, deu-se prosseguimento à análise de conteúdo, que visa “[...] extrair generalizações com o propósito de produzir categorias conceituais que possam vir a ser operacionalizadas em um estudo subsequente”<sup>19</sup>. Utilizou-se da abordagem qualitativa, na qual, a interpretação dos dados não é realizada por meio de estatísticas e dados numéricos, podendo identificar informações não expressas em palavras, buscando desvelar conteúdos implícitos, contradições e aspectos silenciados<sup>17</sup>. Os dados relevantes foram selecionados conforme os objetivos da pesquisa, e também surgiram alguns aspectos considerados importantes para serem abordados, sendo reduzidos e estruturados nas seguintes categorias conceituais: 1) Características da atuação dos

profissionais junto às pessoas em situação de rua (incluem-se as subcategorias: 1.1 cotidiano; 1.2 dificuldades e desafios); 2) a interdisciplinaridade e intersectorialidade; 3) concepção sobre a Redução de Danos, 4) efetividade e práticas de Redução de Danos realizadas no âmbito do Consultório na Rua.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### Características da atuação dos profissionais

A atuação da equipe do Consultório na Rua pode ser compreendida a partir do relato dos profissionais, considerando seu cotidiano, as dificuldades e desafios existentes nesta prática, e a interdisciplinaridade e intersectorialidade como meios de atenção integral, conforme o proposto pelo Ministério da Saúde no que se refere ao Consultório na Rua e a Redução de Danos.

#### Cotidiano

Inicialmente, as profissionais relataram seu percurso, tendo o início no CAPS AD (Centros de Atenção Psicossocial, Álcool e Drogas) local em que se encontram, traçam a rota diária, e onde realizam reuniões. Partem, então, para um destino específico, seja para as ruas ou a outros centros de atendimento à população em situação de rua.

O trabalho da equipe do Consultório na Rua é realizado de forma itinerante, buscando deslocar-se para onde houver demanda, seja nas ruas e bairros, ou em instituições das quais tem parceria, tais como o CRAS, CREAS, Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Centro POP (Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua), locais onde costumam ser encaminhadas algumas pessoas em situação de rua ou que podem fornecer informações sobre demandas para o Consultório na Rua bem como insumos de saúde. Portanto, a equipe do Consultório na Rua não tem uma rotina fixa, pois varia conforme o surgimento de demandas.

#### Dificuldades e desafios

Todas as entrevistadas relataram sobre a dificuldade de acessar as pessoas em situação de rua, devido ao deslocamento destas para os abrigos intitulados “mocós”, segundo a linguagem usual da população em situação de rua, que por sua vez não revelam a localização destes abrigos para a equipe. Tal fato deve-se, segundo as profissionais, com exceção de E3 (responsável técnica) que não atua diretamente no Consultório, pela repressão da guarda municipal e um possível higienismo ainda existente na realidade social, que faz com que os usuários, que antes encontravam-se em praças na região central do município, se dirijam para seus “refúgios”.

*“Por conta de uma política, vamos dizer de higienização,*

*a gente não tá encontrando eles, porque antes eles ficavam concentrados nas praças, [...], e a guarda municipal tá fazendo um trabalho bem... bem repressivo mesmo” (E1).*

*“[...] tem várias ações, por exemplo, segurança, as câmeras e tudo, então eles não tão ficando muito ali, então a gente tem que sair mais pros bairros e o tempo que a gente fica não dá pra andar em todos os locais [...]” (E4). “Na realidade eles se espalham nos bairros, como eles chamam os mocós deles, que é difícil eles falarem onde que fica por causa da guarda mesmo, porque eles têm medo [...]” (E2).*

A concepção expressa na fala das profissionais entrevistadas remete ao modelo proibicionista, pois este, como aponta Duarte (2013)<sup>04</sup>, é baseado na repressão, reclusão e amedrontamento, pois preconiza uma “sociedade livre das drogas” contribuindo para um higienismo e práticas voltadas ao encarceramento e isolamento.

E1 e E2 apontaram a dificuldade de aceitação das Unidades Básicas, em atender essa população, embora possuam respaldo de algumas, devido ao fato de conhecerem profissionais que fornecem insumos de saúde para o cuidado no Consultório na Rua. E1 e E2 expõem ainda, dificuldades com o carro, apontando ser este inapropriado para o trabalho da equipe do Consultório na Rua, indicando a falta de investimento a este dispositivo, somado ao fato de que a equipe ficou aproximadamente dois meses sem veículo, segundo as profissionais, por não haver recursos para o conserto deste. Segundo Duarte, há “pouco investimento e incremento de fato na rede pública de atenção psicossocial do SUS, com serviços abertos, inclusivos, de base comunitária e com recursos humanos adequados” (p.46).

Conforme o exposto na Frente Nacional de Drogas e Direitos Humanos (2012), tem ocorrido uma concentração de investimento às comunidades terapêuticas, pois estas são uma das opções mais incentivadas para o acolhimento dos dependentes de substâncias psicoativas, acarretando em falta de recursos a outros serviços: “[...] O investimento financeiro feito em comunidades terapêuticas desvia os recursos de uma política pública financiada pelos princípios democráticos, de base comunitária, para equipamentos asilares”

Os desafios relatados referem-se à abordagem e conquista dos objetivos do Consultório na Rua, que, por se tratar de um serviço recentemente implantado, as particularidades desta população em situação de rua ainda afiguram-se um território inexplorado aos profissionais.

*“[...] é um desafio né, você tentar.. é dia a dia você abordar uma pessoa e você conseguir criar esse vínculo com ela, [...], é você levar, melhorar a qualidade de vida, ter acesso a saúde, tem escuta, [...] e se a pessoa quiser, a gente proporcionar esses caminhos aí, igual esse menino*

*que a gente conseguiu que ele voltasse a estudar, que tenha perspectiva de vida, né que possa enxergar que ele tem essa possibilidade, isso é um desafio pra nós, é difícil ainda mais dependente de crack, acho que são os mais complicados [...]”E1*

Assim, a partir dos desafios relatados pelas profissionais, compreende-se que em suma, o principal desafio está relacionado à abordagem e vínculo com essa população em situação de rua, em que os profissionais demonstram um despreparo frente às características comuns desta população, embora não generalizadas, as quais ainda estão conhecendo e adaptando-se. Portanto, pode-se compreender este desafio como o do próprio profissional, de autoadaptação e de conseguir desenvolver uma postura empática e sem preconceitos<sup>15</sup>.

Por meio da experiência, os profissionais podem melhor compreender esta população em situação de rua, adquirindo não somente sua confiança, por meio do estabelecimento de vínculo, mas baseando-se em uma relação empática, de modo a possibilitar atendimento conforme o que o indivíduo realmente necessita<sup>14</sup>.

As profissionais entrevistadas também relatam sobre a dificuldade de aceitação de ações de Redução de Danos por grande parte de profissionais envolvidos na rede de atenção psicossocial. Isso demonstra a não aceitação ou a dificuldade de se olhar para os usuários de substâncias psicoativas e/ou pessoas em situação de rua considerando-os sujeitos de direitos assim como qualquer outro cidadão, ou seja, ainda há discriminação e preconceito, provocando uma omissão de apoio e respeito aos direitos humanos<sup>10</sup>.

Pode ser identificado neste Consultório na Rua que o principal objetivo se refere a cuidados de saúde (mental e física), porém, a equipe deste dispositivo muitas vezes se depara com desafios relacionados à imposição do setor de segurança pública e policial, que tem outro tipo de conduta muitas vezes contrária à da Redução de Danos preconizada pelo Consultório na Rua, restringindo o acesso da equipe à população atendida. Ou seja, o cuidado de saúde integral ofertado é prejudicado por ações de outros setores, ao invés de trabalharem em conjunto, conforme sugere E1.Furegato (2009) expõe desafios quanto a aumentar o diálogo entre os saberes científico e político e as práticas por eles subsidiadas e orientadas, possibilitando a compreensão e atuação frente às pessoas em sua diversidade, de forma ética e responsável.

### **Interdisciplinaridade e intersetorialidade**

Segundo Oliveira (2009)<sup>15</sup> em seu relato de experiência, os profissionais consideram a interdisciplinaridade para além da multidisciplinaridade, como essencial na clínica na rua.

A integralidade da atenção é assegurada pela multidisciplinaridade da equipe, que com seus olhares e saberes plurais pode acolher as demandas de ordem física, psíquica e social dos usuários<sup>14</sup>.

As profissionais entrevistadas referem-se às parcerias como essenciais no desenvolvimento de suas atribuições junto à população atendida.

E4: “[...] a gente procura fazer tudo isso junto e nos outros serviços também [...] por ser um trabalho novo ainda, é muito importante que a gente tenha boas parcerias [...]. O nosso trabalho no consultório na rua ele teria eficiência se a gente não tivesse a [...] ficaria muito prejudicado [...]”.

E3: “[...] a gente aciona toda uma rede que são as Unidades Básicas de Saúde [...] a gente já fez um trabalho em todas as unidades e com todos os serviços [...] na UPA (Unidade de Pronto Atendimento), na emergência psiquiátrica, no CRAS, no CREAS, Centro pop, então tudo isso a gente trabalha em rede [...] tem que ter essa proximidade com os outros serviços e a saúde”.

Em se tratando de trabalho interdisciplinar, principalmente as profissionais com formação em psicologia, em que E4 é atuante do Consultório na Rua e E3 a responsável técnica, demonstram valorizar a interdisciplinaridade no atendimento aos usuários, no sentido da necessidade de olhar o ser humano em seus diversos aspectos, segundo as mesmas, de maneira integral, e considerando o cuidado tanto físico como mental. O que não ocorreu com as profissionais E1 e E2 (enfermeira e técnica de enfermagem) que apenas se referiram ao fato de haver um bom entendimento com os demais profissionais e uma soma de saberes.

[...] a gente não vê o usuário ou só como o uso da droga ou só como a doença né, então a gente vê a pessoa como um ser humano integral [...] tem que ter esse princípio da vida da pessoa e dos direitos humanos de todos [...] (E3).

A partir desta fala de E3, representativa ao que também relata E4, nota-se que as profissionais de psicologia têm o diferencial de atentar-se ao ser humano, como ser singular e autônomo, compreendendo-o para além de suas atitudes, mas por seus sentimentos, emoções e conflitos, considerando seu olhar ao aspecto da subjetividade<sup>20</sup>.

As parcerias com instituições que também acolhem as pessoas em situação de rua facilitam o acesso para a equipe do Consultório na Rua a estas, como o Centro POP, bem como o vínculo com o CAPS AD, considerando o apoio que recebem. E4, ao relatar sobre tais

parcerias, inclui o respaldo também de algumas Unidades Básicas (UBS), e frisa: “[...] acho que de positivo em tudo isso é essa intersectorialidade que a gente tem, tá facilitando, [...] a gente tem uma boa receptividade das pessoas que estão envolvidas”. Desta forma, se mostra contrária a opinião de E1, que relata haver uma dificuldade de adaptação e aceitação dos profissionais das UBS diante do público atendido pelo Consultório na Rua.

No que diz respeito ao trabalho intersectorial no cuidado integral com o indivíduo, ao citar as parcerias, as profissionais referem-se a serviços de atenção psicossocial trabalhando em conjunto com o setor saúde mental, e atualmente, as Unidades Básicas de Saúde, devido ao matriciamento<sup>3</sup>. No entanto, seria a intersectorialidade entre a saúde mental, atenção psicossocial e atenção básica, suficientes para cumprir com os objetivos propostos pelo SUS e o Ministério da Saúde, tais como possibilitar uma atenção integral ao indivíduo, com base em seus reais direitos humanos? Seria a integração destes setores suficientes para suprir as demandas e proporcionar melhores condições de vida e de cuidado?

A promoção da saúde não constitui responsabilidade restrita do setor saúde, mas de uma integração entre os diversos setores do governo municipal, estadual e federal, os quais articulam políticas e ações que culminem com a melhoria das condições de vida da população e da oferta de serviços essenciais aos seres humanos. (p. 336).

Pode-se constatar que ainda é restrita essa intersectorialidade, uma vez que há outros setores tais como o da justiça, política, setor policial, médico-psiquiátrico, da educação, entre outros, que atuam de forma dissociada das políticas dos Ministérios da Saúde e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), assim como o que consta no Plano de Enfrentamento ao Crack (2010 e 2011), e que inviabiliza a atenção e integração de ações baseadas em princípios tais como os da Redução de Danos.

### **Concepção dos profissionais sobre a Redução de Danos (RD)**

De acordo com o constante na publicação do material de trabalho para a II oficina nacional de “Consultório de Rua do SUS”, do Ministério da Saúde (2010)<sup>14</sup>, os princípios norteadores da prática dos profissionais deste

<sup>3</sup>Apoio matricial refere-se a uma proposta que articula os cuidados em saúde mental à Atenção Básica, ou seja, “constitui-se por ser um arranjo organizacional de suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento das ações básicas de saúde para a população”. (CAMPOS, 1999 apud PACHECO, p. 26, 2013)<sup>8</sup>.

dispositivo referem-se à: universalidade, integralidade, equidade, e não julgamento moral, em que o papel dos profissionais é justamente o de “[...] acessar um segmento que muitas vezes está à margem da rede de saúde e social por temer o estigma e a rejeição” (p.13). Tais princípios remetem à estratégia de Redução de Danos como prioritária no atendimento aos usuários, principalmente por esta voltar-se contra a adoção de condições rígidas para tratamento, a favor da construção de perspectivas de saúde, defesa dos direitos humanos e respeito às diferenças.

A Redução de Danos é uma perspectiva que pauta-se na liberdade de escolha do indivíduo, enfatizando as causas e consequências visando minimizá-las, julgando se um comportamento é seguro ou inseguro, e não a conduta da pessoa de usar droga, respeitando-se o direito de escolha de cada um sobre o seu próprio corpo. Busca oferecer cuidados de saúde de modo integral e universal, visando minimizar os danos e possibilitar melhores condições de vida ao usuário. A Portaria Nº 1028/GM de 1º de julho de 2005 do Ministro de Estado da Saúde, estabelece no Art. 9º:

[...] que as ações de redução de danos devem ser desenvolvidas em consonância com a promoção dos direitos humanos, tendo especialmente em conta o respeito à diversidade dos usuários ou dependentes de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência.

§ 1º Em todas as ações de redução de danos, devem ser preservadas a identidade e a liberdade da decisão do usuário ou dependente ou pessoas tomadas como tais, sobre qualquer procedimento relacionado à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento.

De acordo com as respostas, as entrevistadas demonstram conhecer as bases da Redução de Danos, pois segundo as mesmas, esta é uma estratégia essencial, na qual baseiam sua prática no atendimento aos usuários de substâncias psicoativas, sendo respeitado o direito de escolha de cada um com sua característica, sem julgamento moral, e o ser humano visto sob uma perspectiva integral, não somente como usuário de droga rotulando-o, mas respeitando o princípio dos direitos humanos de todos. Ainda, as profissionais do Consultório têm como concepção sobre esta política, o fato de ser uma prática que não visa a abstinência, mas oferece outros meios para diminuir os danos, possibilitando a melhora de condições de vida, e conseqüentemente, a possibilidade de o próprio sujeito optar por diminuir ou parar com o uso de substâncias psicoativas.

E1: “Acho fundamental, porque você tem que respeitar a característica do indivíduo, né, porque eu não posso

*chegar lá e falar assim: você tem que parar de fumar, você tem que parar de beber, então assim, você oferecer outras alternativas pra ele, pra diminuir [...] sem ser julgado e sem, por exemplo, tá fazendo tratamento, ‘ah, você tem que parar se não você não pode...’ igual as comunidades terapêuticas [...] não tem sucesso o modelo que se usa [...].”*

E1, ao citar as comunidades terapêuticas como um modelo contrário à Redução de Danos, em que se utiliza de meios impositivos que visam a abstinência como meio de tratamento, afirma não haver sucesso neste modelo, conforme consta em muitos estudos, que expõem o surgimento da Redução de Danos como uma proposta contrária ao paradigma da abstinência.

As comunidades terapêuticas são instituições privadas, grande parte baseadas em práticas religiosas [...] e muito financiadas pelo próprio Governo Federal. Essa política pública oferta o encarceramento como opção e não tem diálogo com a Rede de Atenção Psicossocial. [...] não se configuram como espaços de tratamento, mas sim de segregação, reeditando o conceito de “tratamento moral” do século XIX, combatido pela reforma psiquiátrica e presente na lei 10.216/01. (FRENTE NACIONAL DE DROGAS E DIREITOS HUMANOS (BRASIL), 2012)<sup>21</sup>.

E3: “[...] não tem como você trabalhar no Consultório na Rua sem pensar na Redução de Danos, na redução de agravos, então o princípio de todo trabalho é o cuidado mesmo e a redução de danos dessas pessoas, é trabalhar pra que eles fiquem melhor, pra que eles tenham mais saúde, então a Redução de Danos é importantíssima[...]então vamos cuidar, vamos acolher[...]e também mostrar outras formas pra ela [...] de como lidar com as situações ou melhorar a vida”.

E4: “[...]a gente tá estudando sobre a política de Redução de Danos, até porque a gente trabalha com isso[...]a orientação né, ela entra dentro da política de redução de danos, muitas vezes a inclusão, tudo isso a gente tá aprendendo que é também a Redução de Danos, mas a gente ainda tá engatinhando nessa questão.[...]a Redução de Danos ela vem no sentido de tá trabalhando dentro das possibilidades que essa pessoa consegue, porque as vezes uma coisa muito radical você chega você até afasta a possibilidade de mudança né, e a Redução de Danos ela vem de uma forma gradual você pode tá conseguindo, vindo, puxando, trazendo né, essa questão que eu acho que é fundamental, não dá pra falar em melhora, falar em Consultório na Rua sem falar da estratégia de Redução de Danos”.

Assim, em se tratando da importância atribuída pelas profissionais a respeito da Redução de Danos, foram unânimes as respostas afirmando ser esta uma estratégia fundamental em sua atuação junto aos usuários de subs-

tâncias psicoativas, pois por meio de uma postura do não julgamento, não imposição da abstinência, construção de vínculo, e a oferta de cuidados de saúde de forma que minimize os danos causados pelo uso abusivo de substâncias psicoativas, as profissionais relatam romper com a desconfiança e comportamentos arredios apresentados:

*“Você tem que criar um vínculo primeiro, pra depois você conseguir construir alguma coisa com eles, tem gente que a gente não consegue mesmo, tem uns que são super fechados né, são arredios, [...] mas tem outros, que gosta, que fica agradecido, é porque na verdade eles não sabem os direitos que eles tem, que eles tem direito a acesso a saúde, então eles não tem essa consciência, eles são os excluídos...” E1.*

Nota-se, assim, a atenção proporcionada pela equipe do Consultório a esta população em situação de rua, que por sua vez, é vítima de rótulos e preconceitos, muitas vezes de maus tratos, sendo excluídos ou rejeitados pela sociedade.

#### **Efetividade e ações de Redução de Danos**

No que se refere às ações de Redução de Danos realizadas pela equipe do Consultório na Rua, todas as entrevistadas relatam sobre os cuidados de saúde, tais como: vacinação, fornecimento de preservativos, orientações a este respeito, tanto da importância do cuidado com o próprio corpo e consigo, como relacionado a possibilitar que as pessoas atendidas tenham consciência de seus direitos de acesso à saúde e outros serviços. Primam pelo resgate da autoestima e por possibilitar a adoção de perspectiva de vida junto aos usuários de substâncias psicoativas.

*E1: “a gente leva camisinha, fala a questão do cuidado, mostrar pra pessoa que é importante ela cuidar dela mesma, do corpo dela [...]. A gente procura no nosso dia a dia nunca falar pra pessoa que ela tem que parar [...]”.*

*E4: “[...] dentro [...] das nossas possibilidades a gente fala da questão das doenças transmissíveis [...] a gente trabalha nessa orientação, a gente faz os testes rápidos dos HIV, sífilis, hepatite, a gente procura trabalhar a questão da política de RD nesse sentido, de estar minimizando, porque eles ficam muito vulneráveis [...] trabalhar a qualidade de vida, dentro do que eles podem ter [...] também a questão da autoestima [...]”.*

*E3: “[...] tem muitas pessoas com tuberculose, DST, AIDS, eles são encaminhados para tratamento, [...] esse menino que tinha uma ferida na perna enorme que já tá cicatrizada, já tá tentando ir pro Jovem Aprendiz, então quer dizer, é um resgate desse ser humano mesmo [...] ele não tinha perspectiva nenhuma, cuidado nenhum, as vezes tá no crack ele começa a sair do crack e começa a*

*ter uma outra droga mais leve, e assim ele vai tomando consciência daquilo tudo que tá acontecendo com ele [...] começa resgatar essa autoestima dessa pessoa e ele começa a evoluir bem, isso é um trabalho maravilhoso eu amo esse trabalho”.*

O exemplo acima referenciado é representativo ao que todas as entrevistadas relataram, sendo um caso que superou as expectativas da equipe do Consultório na Rua. Trata-se de um jovem que foi “resgatado” tanto quanto a seus direitos de acesso à saúde, quanto aos direitos enquanto cidadão. Este parou com o uso de crack, partindo para uma droga mais leve, como a maconha, e em seguida para o cigarro, até não consumir mais nenhuma substância psicoativa. Segundo as profissionais, tudo partiu do próprio rapaz, a equipe apenas o incentivou, viabilizaram não somente o acesso à saúde, mas à educação, de modo que voltou a estudar e posteriormente se incluiu no programa “Jovem Aprendiz”.

Com a orientação, apoio, acompanhamento e tendo em vista o vínculo positivo estabelecido, e com embasamento na estratégia da Redução de Danos, a equipe possibilitou a este jovem não apenas a interrupção ao uso com o uso de drogas, mas a adoção de uma perspectiva de vida, havendo a transição de “excluído” para “incluído” na sociedade. Em todo momento foram respeitados seus direitos de escolha sobre si mesmo, praticando o cuidado de modo integral, pois sua debilidade física inicial devido aos maus tratos que havia sofrido não foi o único foco da atuação da equipe, que além de operar de modo multidisciplinar e interdisciplinar, contou com o apoio de outros setores, tal como a educação, assim como o programa Jovem Aprendiz, que por sua vez, oportuniza aos jovens, emprego e vivência profissional em parceria com empresas.

#### **4. CONCLUSÃO**

São diversas formas de tratamento e abordagens que têm atuado frente ao uso de drogas e aos usuários, tendo influência dos âmbitos: político, policial, judiciário, médico-psiquiátrico e principalmente religioso. Questões morais e socialmente construídas, formas de estigmatizar e rotular comportamentos, atitudes e imposições frente a condutas que “fogem à regra”, como no caso do uso de substâncias psicoativas, inviabilizam a liberdade da pessoa enquanto cidadão, com direitos humanos e de escolha sobre si mesmo, conforme defende a Redução de Danos, em que estigmas e preconceitos existentes no meio social que associam o uso de drogas à violência e marginalidade afiguram-se um empecilho à implementação de tal estratégia.

No entanto, apesar das dificuldades e desafios com que se deparam os profissionais do Consultório na Rua pesquisado, é possível concluir que além da Redução de

Danos ser uma maneira de orientação quanto à conduta do profissional, tem possibilitado mudanças e melhorias nas condições de vida da população atendida, conforme os relatos de experiências exitosas, embora este Consultório na Rua tenha sido recentemente implantado, sendo ainda uma prática em construção.

No discurso dos profissionais foram encontrados elementos em defesa da prática de Redução de Danos, uma vez que a equipe do dispositivo tem embasado sua atuação junto à população em situação de rua e/ou usuários de substâncias psicoativas, a partir de alguns princípios da Política Nacional de Redução de Danos, e Política Nacional de Atenção Básica, tais como: a humanização, a não imposição de abstinência ou julgamentos sob a conduta de usar drogas e sob o cidadão, sendo estes orientados sobre cuidados, meios preventivos e possibilidades de viver uma vida relativamente saudável, por meio da acessibilidade e coordenação do cuidado integral, vínculo e acolhimento, bem como orientação sobre os direitos do acesso à saúde.

Constata-se a necessidade, para além da preconização de uma atenção integral a todos os sujeitos como pessoas de direitos humanos, de ações e políticas condizentes e integradas diante dos transtornos associados ao uso abusivo de substâncias psicoativas, sendo implantada a intersetorialidade a fim de que os diversos âmbitos atuem sobre a mesma perspectiva.

Os profissionais, em sua atuação, carecem de saberes não somente relacionados à orientação das ações as quais devem se embasar, como os princípios constantes na Política Nacional de Atenção Básica, e ao conhecimento aprofundado da estratégia de Redução de Danos. É preciso considerar a prática como uma construção de conhecimento, pois o profissional tem seu lugar construído “a partir do momento em que se coloca no contexto do trabalho”<sup>14</sup>.

Para tal, é importante reconhecer contradições, ideologias, preconceitos e reais possibilidades baseadas na efetividade frente às diversas problemáticas advindas da população, principalmente no que diz respeito ao tratamento e abordagem ao usuário de substâncias psicoativas. Este estudo incita a necessidade de serem realizadas pesquisas baseadas em observações no cotidiano destas equipes, a fim de se confrontar os dados da realidade com os discursos dos profissionais, como também investigar a ótica dos usuários do serviço.

A psicologia, sendo uma das áreas fundamentais na perspectiva da equidade e igualdade, assim como é uma práxis comprometida com os ideais humanitários, tem papel especial no Consultório na Rua, devendo atuar de modo a garantir o acesso ao cuidado integral frente às diversas formas de vulnerabilidade e risco, pautando-se na estratégia de Redução de Danos, em que se destaca o estabelecimento e fortalecimento de vínculo, acolhimento e a escuta terapêutica como principal ferramenta.

A compreensão dos diversos fenômenos existentes e da subjetividade de cada um torna a psicologia essencial não somente enquanto área da ciência, mas junto à área das políticas públicas, pois segundo Silveira *et.al.* (2007)<sup>20</sup>, o psicólogo tem uma maior compreensão frente à rede complexa de inter-relacionamentos que possuem participação direta do ser humano, com seus pensamentos, sentimentos, emoções e conflitos, criando uma relação de forças e inserindo o indivíduo no protagonismo social.

Entretanto, esse olhar, não somente do psicólogo, mas da equipe que atua com esta população, voltado aos sujeitos, o acolhimento de suas necessidades, e principalmente a atenção sentida por estes, fazem com que a prática das ações de Redução de Danos no âmbito do Consultório na Rua, se configure importante estratégia junto aos usuários de substâncias psicoativas, contribuindo com a atuação dos profissionais, de forma a favorecer para estes, conforme seus relatos, um status especial e único de gratificação.

## REFERÊNCIAS

- [01] Lima HS. Consultório na rua em Goiânia: atenção a pessoas em situação de rua e em uso de substâncias psicoativas. 2013. xi, 84 f. Dissertação (Mestrado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde) — Universidade de Brasília, Brasília, 2013. Disponível em <<http://hdl.handle.net/10482/13044>>. Acesso em 14 Julho 2014.
- [02] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.
- [03] Machado LV, Boarini ML. Políticas sobre drogas no Brasil: a Estratégia de Redução de Danos. Universidade Estadual de Maringá. Rev. Psicologia: Ciência e Profissão. 2013; 33(3): 580-95.
- [04] Duarte MJO. Saúde mental, drogas e direitos humanos: por intervenções cidadãs aos usuários de drogas em contexto de internação compulsória. Saúde em debate – Rio de Janeiro. 2013; 37(especial):39-48.
- [05] Ramos RCBM. O ideário higienista nas questões do álcool e outras drogas. In: BOARINI, M. L. (org.). Higiene mental: ideias que atravessam o século XX. Maringá: Eduem, 2012.
- [06] Fonsêca CJB. Conhecendo a Redução de Danos Enquanto uma Proposta Ética. Psicologia & Saberes. 2012; 1(1).
- [07] Queiroz IS. Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas. Psicol. Cienc. Prof. Brasília. 2001; 21(4).
- [08] Pacheco MAAG. Política de redução de danos a usuários de substâncias psicoativas: práticas terapêuticas no Projeto Consultório de Rua em Fortaleza. 2013. Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Estudos Sociais Aplicados, Fortaleza, 2013. Disponível em <[http://www.uece.br/politicasuece/dmdocuments/disserta%20C3%A7ao\\_Eniana.pdf](http://www.uece.br/politicasuece/dmdocuments/disserta%20C3%A7ao_Eniana.pdf)>. Acesso em 08 Nov.2013.
- [09] Reale D. (2005). Drogas, redução de danos e direitos humanos: transitando com Winnicott. Revista Urutúgua,

- n.06. Maringá, PR: Departamento de Ciências Sociais – Universidade Estadual de Maringá (DCS-UEM). Disponível em: <<http://www.urutagua.uem.br/006/06reale.htm>>. Acesso em out.2013.
- [10] Mann J. Saúde pública e direitos humanos. Revista da Saúde Coletiva. 1996; 6(1).
- [11] Niel M, Silveira DX. Drogas e redução de danos: uma cartilha para profissionais de saúde. São Paulo: Ministério da Saúde. 2008.
- [12] Jorge JS, Corradi-Webster CM. Consultório de rua: contribuições e desafios de uma prática em construção. Saúde & Transformação Social. 2012; 3(1):39-48.
- [13] Brasil. Ministério da Saúde. Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica– Brasília: Ministério da Saúde. 2012.
- [14] Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental. Consultórios de Rua do SUS. Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Brasília: Ministério da Saúde/EPJN-FIOCRUZ. 2010. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/consult\\_ua17\\_1\\_11.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/consult_ua17_1_11.pdf)>. Acesso em 06 Nov.2013.
- [15] Oliveira MGPN. Consultório de rua: um relato de experiência. 2009; 146 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2009.
- [16] Moraes M. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. Rev. Ciência e Saúde Coletiva. 2008; 3(1):121-33.
- [17] Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª ed. São Paulo: Atlas. 2002.
- [18] Manzini JE. Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros. Depto. de Educação Especial, Programa de Pós Graduação em Educação, Unesp, Marília. Disponível em: <<http://www.sepq.org.br/Isipeq/anais/pdf/gt3/04.pdf>>. Acesso em 07 Nov. 2013.
- [19] Marconi MA, Lakatos EM. Fundamentos de Metodologia Científica. 6ª ed. São Paulo: Atlas. 2006.
- [20] Silveira AF, *et al.* Caderno de psicologia e políticas públicas. Curitiba : Gráfica e Editora Unificado. 2007.
- [21] Brasil. Carta de apresentação da Frente Nacional de Drogas e Direitos Humanos. Brasília. 2012. Disponível em: <<http://drogasedireitoshumanos.org/2012/06/25/cartadeapresentacao-da-frente-nacional-drogas-e-direitos-humanos/>>. Acesso em 10 de maio 2014.
- [22] Brasil. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde. 2004.
- [23] Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012. Define as diretrizes de organização e financiamento das Equipes de Consultório na Rua. Brasília: Presidência da República. 2012. Disponível em: <[http://bvsm.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122\\_25\\_01\\_2012.html](http://bvsm.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html)>. Acesso em 06 Nov.2013.
- [24] Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.028, de 1º de julho de 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. Disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1028.html>>. Acesso em 29 Out. 2013.
- [25] Conte M, *et al.* Redução de Danos e Saúde Mental na perspectiva da Atenção Básica. Boletim da Saúde – Porto Alegre. 2004; 18(1).
- [26] Furegato ARF. Políticas de saúde mental do Brasil. Rev. Esc. Enferm. USP. 2009; 43(2):258-9.
- [27] Maciel SC, *et al.* Anais do I Congresso Brasileiro sobre Saúde Mental e Dependência Química: Pesquisa, prevenção e intervenção às drogas e seus desafios no mundo contemporâneo – João Pessoa: Editora da UFPB, 2013; 254p.
- [28] Matos JC. Drogas e Direitos Humanos. Anais do Seminário de Extensão Universitária-semex, 2012; 1(5).
- [29] Paes PCD. Ensino aprendizagem na prática da redução de danos. 2006. Tese (Doutorado). Universidade Federal de São Carlos, São Carlos. Disponível em <[http://www.btd.ufscar.br/htdocs/tedeSimplificado/tde\\_arquivos/8/TDE-2006-05-18T07:24:07Z-1028/Publico/TesePCDP.pdf](http://www.btd.ufscar.br/htdocs/tedeSimplificado/tde_arquivos/8/TDE-2006-05-18T07:24:07Z-1028/Publico/TesePCDP.pdf)>. Acesso em 08 Nov.2013.