



ISSN: 1988-7833
Noviembre 2015

CUIDADO INTEGRAL À SAÚDE DE USUÁRIOS DE CRACK E OUTRAS DROGAS: AÇÃO DE REDE ENTRE CONSULTÓRIO DE RUA E ATENÇÃO BÁSICA

William Cristoffer de Souza¹
Ivana Moraes de Alencar²
Paulo Eduardo Ribeiro³

Resumo: O presente trabalho apresenta a construção da rede de atendimento à saúde para usuários de crack e outras drogas em situação de maior vulnerabilidade no município de Diadema. Consultório na Rua e Atenção Básica desenvolveram em conjunto estratégias para identificar, tratar doenças infectocontagiosas e acompanhar os casos. A parceria conferiu melhor qualificação das ações de identificação, orientação e encaminhamento das demandas de saúde às unidades básicas, aumentando o número de usuários encaminhados, bem como a adesão dos mesmos no tratamento num processo equitativo de construção de vínculos. Incluídas nos dados epidemiológicos do município, é preciso que haja investimento político-financeiro em ações Inter setoriais voltadas às populações mais vulneráveis que leve os princípios de universalidade, equidade, integralidade no cuidado à prática cotidiana do cuidado e garantia dos direitos humanos.

Palavras-chave: Usuários de crack; Consultório de Rua; Atenção Básica; Rede; Integralidade.

CAUTION INTEGRAL HEALTH TO USERS OF CRACK AND OTHER DRUGS: NETWORK ACTION BETWEEN STREET OFFICE AND PRIMARY CARE

Abstract: The present work shows the construction of the chain of health care for users of crack and other drugs in the most vulnerable situation in Diadema. Office Street and Primary Attention jointly developed strategies to identify, monitor and treat infectious diseases cases. The partnership gave better qualification of the shares of identification, guidance and routing demands basic health units, increasing the number of users referred, as well as the adhesion of the same treatment in due process of building links. Included in the epidemiological data of the municipality, there must be political and financial investment in intersectoral actions aimed at vulnerable populations that takes the principles of universality, equity, integrality of care in daily practice of care and ensuring human rights.

Key-words: Crack users; Office Street; Primary Attention; Network, Integrality.

¹ e-mail: wcristoffer@yahoo.com.br - Psicólogo - Pós-graduado em Intervenção Multidisciplinar e Dependência Química pela Universidade Nove de Julho - UNINOVE - São Paulo - Brasil.

² e-mail: ivanamor@uol.com.br - Mestre em Psicologia, professora do curso de Graduação do Departamento de Comunicação Social e Psicologia e do curso de Pós-graduação em Psicopedagogia Clínica e Educacional da Universidade Nove de Julho - UNINOVE - São Paulo - Brasil.

³ e-mail: p.eduardo.ribeiro@uol.com.br - Mestre em Psicologia da Saúde - Professor de Graduação e Pós Graduação da Universidade Cidade de São Paulo - Brasil.

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O presente estudo aborda a temática sobre o fenômeno do uso e abuso de drogas, no que se refere à assistência na área da saúde. Tal assistência foi realizada em conjunto, pelos equipamentos Consultório de Rua e Unidades Básicas de Saúde (UBS). Para contextualizar a referida ação, apresenta-se um breve resgate histórico das políticas de saúde mental, desde os movimentos revolucionários de reforma psiquiátrica, até a implementação da política brasileira de Redução de Danos.

Dessa forma, este trabalho tem por objetivo apresentar a atuação de rede entre Consultório de Rua e Atenção Básica com foco na oferta de cuidado integral à saúde de usuários de crack e outras drogas no município de Diadema/SP.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 DROGAS E SOCIEDADE

Drogas! Quando esta palavra é pronunciada, certamente gera impressões, pensamentos e emoções diversas e complexas nos mais variados estratos da sociedade. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) droga refere-se a qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas, produzindo alterações em seu funcionamento.

Segundo Araújo e Moreira (2005) as drogas são utilizadas há séculos, em diferentes culturas, assumindo um significado subjetivo específico em cada uma dessas, seja para obter contato com "divindades", ter "experiências com antepassados", como cura de doenças, entre outras manifestações. O prazer, em suas várias facetas também sempre esteve presente no uso das mesmas.

Conforme o avanço da ciência nas civilizações modernas, principalmente no século passado, identificou-se potenciais riscos à saúde frente ao uso indiscriminado (medicinal ou não) de muitas substâncias.

Aliados a desinformação, o crescimento da população não acompanhado de desenvolvimento econômico e educacional, aumento de problemas sociais, fortalecimento da cultura capitalista e hedonista (focada na obtenção de prazer como um valor humano), e o fraco controle do Estado sobre a produção e comercialização de tais substâncias, impulsionaram a busca pelos efeitos das drogas como paliativos de suas demandas clínicas, emocionais, afetivo-relacional, sociais, entre outras (Loureiro, 2005).

O uso abusivo e indiscriminado pode gerar adoecimento e constitui-se atualmente um grave problema social e de saúde pública.

A dependência química enquanto um quadro clínico e psiquiátrico caracteriza-se como uma doença relacionada ao agravamento decorrente do abuso de substâncias.

Além dos fatores biológicos relacionados aos mecanismos de ação específicos de cada substância, há multifatores biopsicossociais que interferem no desenvolvimento da dependência.

Dalgarrondo (2000) aponta para um conjunto de características que descrevem a dependência, como a perda do controle do uso de determinada substância psicoativa, padrão de uso repetido e excessivo, desenvolvimento de tolerância, abstinência física e/ou psíquica. Porém o autor ressalta também a importância de individualizar o olhar, pois é necessário se considerar as idiosincrasias do indivíduo, da droga e do meio.

Ou seja, nem todas as pessoas que fazem uso abusivo desenvolverão dependência e a mesma vai se manifestar de formas diferentes (tempo, gravidade, quantidade) em diferentes pessoas.

Olievenstein (1990) analisa o uso de substâncias psicoativas a partir do conjunto de três elementos: sujeito – substância – contexto sócio antropológico. Ressalta que, só a partir dessa equação é possível compreender os efeitos das drogas.

Ou seja, é preciso considerar a perspectiva biopsicossocial relacionada aos usos de tais substâncias, tanto no âmbito individual e subjetivo, quanto no social e coletivo. Isso se deve ao fato que os efeitos decorrentes do uso de determinadas substâncias psicoativas dependem não só de suas propriedades farmacológicas, mas, também, dos contextos nos

quais se formam as necessidades individuais, das épocas históricas e das várias culturas em que são utilizadas.

Podemos considerar que indivíduos que possuem frágil suporte social (família, amigos, rede pública de atendimento), têm maiores dificuldades em desenvolver vinculações saudáveis. Sabe-se que o contato com drogas representa subjetivamente um tipo de vinculação. Indivíduos que têm suporte social e afetivo mais consistentes têm mais comprometimento e adesão ao tratamento de dependência.

O contrário infelizmente é real. De acordo com o Conselho Federal de Psicologia (2010), quanto menos vinculações saudáveis, mais a droga assumirá significado emocional na vida da pessoa. Com a frequência do uso, associado a um autocuidado precário, a possibilidade do desenvolvimento da dependência é maior.

Soma-se tudo isso a um estilo de vida patológico que não prioriza o desenvolvimento de atitudes de bem estar e qualidade de vida. Por isso, trabalhar com dependência química é, sobretudo, intervir em mudança de estilo de vida, desenvolver vínculos saudáveis substitutivos a droga e aquisição de novos repertórios comportamentais.

O histórico das políticas públicas brasileiras que abrangem o enfrentamento da problemática relacionada ao uso de drogas evidencia um avanço no que se refere à superação de conceitos estigmatizantes e condução prioritária na defesa de direitos.

Da lei Nº 5.726 de 29 de Outubro de 1971, que tinha em seu escopo ações punitivas diante do uso e o porte de drogas, ao Plano Crack, é possível vencer (2012), diversos conceitos e ideologias foram debatidos por diferentes setores do Estado, instituições acadêmicas, organizações não governamentais e sociedade.

Dessa forma, avançou-se na construção de uma política mais condizente com os verdadeiros desafios impostos pela realidade brasileira diante dos multifatores que incidem sobre o fenômeno do uso de drogas.

2.2 A PROBLEMÁTICA DO CRACK E SUA INSERÇÃO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS

O Governo Federal aponta que o crack vem se disseminando na maioria dos centros urbanos do país, alcançando cidades do interior e mesmo as zonas rurais. De acordo com o CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas o crack é uma substância derivada da cocaína que se apresenta em forma de pedras e é feita a partir da mistura da pasta base com diversos produtos químicos.

É uma droga estimulante do Sistema Nervoso Central (SNC) que, quando fumada, atinge o cérebro em cinco a 10 segundos, provocando efeitos de intensa euforia, excitação, insônia, sensação de poder, além de causar desorientação, instabilidade emocional, mania de perseguição e fissura. Estes efeitos podem durar de 5 a 10 minutos.

Em recente pesquisa realizada com estudantes do ensino fundamental e médio, NAPPO et al. (2012), verificou que não houve um aumento significativo de usuários entre os anos de 2004 e 2010.

Pelo menos na supracitada população, pode-se sugerir que o termo “epidemia de crack” não é adequado, pois uma suposta “contaminação” e proliferação de usuários não foram constatadas, contrariando todo o apelo midiático em torno desta substância.

Pode-se afirmar que o consumo de crack tornou-se um problema de saúde pública, bem como um problema de políticas públicas devido o incômodo provocado pela sua visibilidade social e a inúmeras vulnerabilidades e violações de direitos pelos quais usuários de crack são/estão submetidos.

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

O uso de drogas é uma realidade em muitos países e está relacionado a um conjunto de fatores culturais, históricos, econômicos e sociais. A questão exige uma abordagem abrangente, considerando sua complexidade e a realização de ações articuladas, contemplando a prevenção do uso, o enfrentamento ao tráfico de drogas e, sobretudo, o

cuidado ao usuário.

É nessa perspectiva que o Governo Federal, a partir do lançamento do Plano Integrado de Enfretamento ao Crack e outras Drogas (PIEC/2010 decreto nº7179 de maio de 2010) integra suas diversas políticas públicas e chama a sociedade para se unir em torno do desafio de resgatar usuários e dependentes e conscientizar a população sobre os perigos do uso das drogas.

O Plano delinea ações que visam intervir nas causas e efeitos do consumo de álcool e outras drogas, oferecendo cuidados de atenção com base na perspectiva de redução de danos sociais e a saúde. O plano tem como meta o atendimento de usuários de crack nas questões de saúde, assistência social, educação e prevenção. Entre as propostas estão a criação em todo o país, de 308 Consultórios na Rua.

Segundo o Ministério da Saúde (2010), o Consultório de Rua é um dos dispositivos da reforma psiquiátrica e, de forma enfática do Plano acima citado. Consiste numa modalidade de atendimento extramuros, dirigida aos usuários de crack, álcool e outras drogas que vivem em condições de maior vulnerabilidade social e distanciados da rede de serviços de saúde e Inter setorial.

O trabalho visa a acessibilidade a serviços da rede institucionalizada, a assistência à saúde e promoção de laços sociais para os usuários em situação de exclusão social, possibilitando um espaço concreto do exercício de direitos e cidadania. A metodologia de trabalho baseia-se na Política de Redução de Danos, instituída desde o ano de 2003 como estratégia norteadora da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas.

Atualmente Redução de Danos é um conceito amplo, que se aprimorou ao longo da história das políticas públicas contemporâneas e se referem basicamente a três especificações: Estratégias de cuidado em saúde; Política Pública de Saúde; Abordagem teórico/prática/ideológica de atendimento a usuários de drogas. Para conceituá-las, se faz necessário referir o histórico das políticas de atendimento à saúde mental e de atenção a usuários de álcool e outras drogas.

2.3 HISTÓRICO DA LOUCURA NO MUNDO

Antes de se tornar um tema essencialmente médico, a humanidade convive com a loucura há séculos. De acordo com o Centro Cultural do Ministério da Saúde, frente ao temor do desconhecimento, a mesma foi interpretada de diversas formas pelo imaginário popular.

De dádiva dos deuses a possuído pelo demônio, o louco foi marginalizado por muitos anos por não se enquadrar nos preceitos morais vigentes. O louco é um enigma que ameaça os saberes constituídos sobre o homem.

Segundo Foulcalt (1979), a incapacidade ao trabalho levou os loucos, juntamente com mendigos, criminosos, velhos, agitadores e demais excluídos da sociedade a ocupar o lugar nos antigos leprosários; local que permaneceriam até a morte.

Este período corresponde a grande internação (século XVII e XVIII). No entanto, desde a Idade Média, os loucos são confinados em grandes asilos e hospitais destinados a toda sorte de indesejáveis – inválidos, portadores de doenças venéreas, mendigos e libertinos.

O autor afirma ainda que a hospitalização não possuía função médica, mas sim de reclusão, pois tinha como objetivo salvaguardar a ordem social. Não havia preocupação assistencial com os pacientes causando a animalização destes, que sem cuidados eram reunidos em um único espaço, o que provocava um movimento de reação interna contra estes internamentos, tais como agressividade, mortes, comportamentos bizarros.

Deste modo os loucos passavam a se distinguir dos demais por sua incapacidade para seguir ritmos de vida normatizada, reforçando ainda mais a necessidade de reclusão e exclusão (Foulcalt, 1979).

No século XVIII, Phillipe Pinel, considerado o pai da psiquiatria, revoluciona a cultura médica vigente propondo uma nova forma de tratamento aos loucos, libertando-os das correntes e transferindo-os aos manicômios, destinados somente aos doentes mentais. Várias experiências e tratamentos são desenvolvidos e difundidos pela Europa (RIBEIRO, 1999).

O tratamento nos manicômios, defendido por Pinel, baseia-se principalmente na reeducação dos alienados, no respeito às normas e no desencorajamento das condutas inconvenientes. Para Pinel, a função disciplinadora do médico e do manicômio deveria ser exercida com firmeza, porém com gentileza.

Segundo Ribeiro (1999), isso denota o caráter essencialmente moral com o qual a loucura passa a ser revestida.

No avançar dos anos, o tratamento moral de Pinel vai se modificando e esvazia-se das ideias originais do método. Permanecem as ideias corretivas do comportamento e dos hábitos dos doentes, porém como recursos de imposição da ordem e da disciplina institucional. No século XIX, o tratamento ao doente mental incluía medidas físicas como duchas, banhos frios, chicotadas, máquinas giratórias e sangrias (RIBEIRO, 1999).

Com o avanço das teorias organicistas, o que era considerado como doença moral paulatinamente passa a ser compreendido também como uma doença orgânica. No entanto, as técnicas de tratamento empregadas pelos organicistas eram as mesmas empregadas pelos adeptos do tratamento moral, o que significa que, mesmo com outra compreensão sobre a loucura, decorrente de descobertas experimentais da neurofisiologia e da neuroanatomia, a submissão do louco permanece e adentra o século XX (RIBEIRO, 1999).

A partir da segunda metade do século XX, inicia-se a segunda revolução assistencial, impulsionada principalmente por Franco Basaglia, psiquiatra italiano. Amarante (1998)¹⁶ salienta que o mesmo propõe uma crítica radical e transformação do saber, do tratamento e das instituições psiquiátricas. Esse movimento inicia-se na Itália, mas tem repercussões em todo o mundo e muito particularmente no Brasil.

Nesse sentido é que se inicia o movimento da Luta Antimanicomial que nasce profundamente marcado pela ideia de defesa dos direitos humanos e de resgate da cidadania dos que carregam transtornos mentais. Aliado a essa luta, nasce o movimento da Reforma Psiquiátrica que, mais do que denunciar os manicômios como instituições de violências, propõe a construção de uma rede de serviços e estratégias territoriais e comunitárias, profundamente solidárias, inclusivas e libertárias (AMARANTE, 1998).

2.3.1 Reforma Psiquiátrica Brasileira

No Brasil, tal movimento inicia-se no final da década de 70 com a mobilização dos profissionais da saúde mental e dos familiares de pacientes com transtornos mentais.

De acordo com o Ministério da Saúde (2005), o movimento emerge no contexto de redemocratização do país e na mobilização político-social que ocorre na época.

O fechamento da Clínica Anchieta, em Santos/SP, e a revisão legislativa proposta pelo então Deputado Paulo Delgado por meio do projeto de lei nº 3.657, ambos ocorridos em 1989, caracterizaram-se como importantes acontecimentos que impulsionam a Reforma Psiquiátrica Brasileira (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Em 1990, o Brasil torna-se signatário da declaração de Caracas a qual propõe a reestruturação da assistência psiquiátrica, e, em 2001, é aprovada a Lei Federal 10.216 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Dessa lei origina-se a Política de Saúde Mental a qual, basicamente, visa garantir o cuidado ao paciente com transtorno mental em serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, superando assim a lógica das internações de longa permanência que tratam o paciente isolando-o do convívio com a família e com a sociedade como um todo.

Promove a redução programada de leitos psiquiátricos de longa permanência, incentivando que as internações psiquiátricas, quando necessárias, se deem no âmbito dos hospitais gerais e que sejam de curta duração (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Essa política, conforme apresentado pelo Ministério da Saúde (2005) visa à constituição de uma rede de dispositivos diferenciados (tendo os CAPS como carro chefe) que promovam: redirecionamento da atenção ao portador de sofrimento mental ao seu território; institucionalização de pacientes de longa permanência em hospitais psiquiátricos e; execução de ações que permitam a reabilitação psicossocial por meio da inserção pelo trabalho, da cultura e do lazer.

2.3.2 Reabilitação Psicossocial

O conceito de reabilitação psicossocial amplia a gama de intervenções assistenciais e incorpora na prática a concepção de integralidade em saúde.

Segundo Saraceno (2001), a reabilitação é um processo que implica a abertura de espaços de negociação para o paciente, sua família e a comunidade ao qual pertence. Por meio da contratualidade, sendo esta a capacidade de engendrar contatos sociais, destina-se ao usuário a oportunidade de superação do processo de reclusão causado pelos efeitos da doença mental e da exclusão social.

O mesmo autor afirma que reabilitar é uma ação desenvolvida conjuntamente com todos os atores do processo saúde-doença, envolvendo assim, todos os usuários e a comunidade inteira, ampliando a rede de cuidados. Não se caracteriza como uma ação única, e sim num processo contínuo do exercício pleno de cidadania e, também, de plena contratualidade nos três grandes eixos: hábitat, rede social e trabalho com valor social. (SARACENO, 2001).

Podemos considerar também, ainda segundo Saraceno (2001), o processo de reabilitação psicossocial, assim como preconizado pelo princípio de equidade do SUS, implica em facilitar ao indivíduo com limitação visando a restauração do melhor nível possível de autonomia de suas funções na comunidade.

Destaca-se ainda que a reabilitação psicossocial mostra-se uma estratégia de saúde fundamental quando falamos de universalidade, integralidade e equidade como princípios norteadores do SUS.

Segundo Amarante (2007), a reabilitação implica vários profissionais no cuidado integral do paciente, somando os conhecimentos e intervenções de cada área, melhorando a qualidade da assistência. Tem como foco principal a promoção da saúde, indo além da doença, investindo nos potenciais pessoais, familiares e da rede de atendimento, superação de estigmas, visando o desenvolvimento da autonomia e exercício da cidadania.

Há de se afirmar também que, para que a reabilitação psicossocial ocorra de maneira fidedigna, é imprescindível a articulação com outros órgãos da rede Inter setorial, para além da saúde, como assistência social, educação, trabalho, cultura, esporte, etc.

2.4 HISTÓRICO DA REDUÇÃO DE DANOS

As primeiras sementes do conceito de “redução de danos” surgiram na Inglaterra em 1926.

De acordo com Davenport-hines (2004) um grupo de médicos definiu, no Relatório de Rolleston, que a maneira mais adequada de tratar dependentes de heroína e morfina era realizar uma administração monitorada do uso dessas drogas, de forma a aliviar os sintomas de abstinência.

O médico poderia prescrever legalmente opiáceos para os dependentes destas drogas, entendendo esse ato médico como parte do tratamento e não como uma gratificação da adição à droga.

Dessa forma, este procedimento constituiu-se como a primeira abordagem de tratamento a não exigir a abstinência total do paciente e objetivar a redução dos danos causados pelos sintomas de abstinência.

Cerca de cinco décadas mais tarde, Amsterdã, capital holandesa e considerada meca das drogas, mostra ao mundo um exemplo de cidadania ao democratizar as estratégias de intervenção sobre os problemas sociais e de saúde relacionados ao uso de drogas, principalmente de heroína injetável.

Segundo Buning (2005), na década de 70 elevou-se o número de usuários de drogas injetáveis (UDI) de heroína, tendo como consequência o aumento de infecção de Hepatites B e HIV entre a população UDI.

Associado a isto, a faixa de maior concentração de usuários pertenciam aos estratos sociais mais desfavorecidos economicamente, evidenciando outros problemas sociais como desigualdade de acesso a bens e serviços públicos de saúde, desemprego, ineficiência do poder público, entre outros.

Assim, o conselho da cidade e a secretaria de saúde municipal local, assumindo que a questão das drogas é um problema de saúde pública, definem ações para o enfrentamento da situação: entrar em contato com as pessoas que fazem uso; ouvi-las para entender quais problemas vivenciam e que tipo de ajuda precisam; desenvolver um sistema de registro para poder acompanhá-las e mapear as instituições de assistência, otimizando o uso das mesmas (BUNING, 2005).

A partir disso, três grandes intervenções são propostas:

1. Criação de programas de redutores de danos nas ruas, no qual se contratou ex-usuários ou usuários funcionais (aquele que faz um uso controlado mantendo uma vida produtiva e salutar apesar do consumo) para fornecerem intervenção nos momentos de crise, informação, suporte e encaminhamentos de dependentes à instituições de atendimento.
2. Terapia de substituição, sendo esta a administração de metadona (medicação da classe dos opiáceos) a pacientes usuários de heroína, visando a atenuação dos sintomas de abstinência, favorecendo a redução do consumo.
3. Programa experimental de troca de seringas para os UDI, lançado em 1984 com o objetivo de diminuir a exposição à contaminação de HIV e hepatites B devido compartilhamento de instrumentos de uso, como agulhas e seringas (BUNING, 2005).

Assim, à medida que os dados quanto à diminuição dos índices de prevalência de DTS, principalmente HIV e Hepatite B, entre os UDIs são apontados, em varias partes do mundo, a estratégia de redução de danos ganhou força, tornando-se um aliado no combate a esta epidemia.

Segundo Buning (2005), esta se transformou em um “importante ingrediente das políticas de drogas em todo mundo” (p.353), estando presente em mais de 184 países.

2.4.1 Redução de Danos no Brasil

A primeira tentativa no Brasil de implantação do programa de redução de danos ocorreu em 1989 no município de Santos (São Paulo), então considerada “capital da AIDS”.

Segundo Trigueiros e Haiek (2005) o programa tinha como objetivo diminuir a exposição aos vírus HIV e Hepatite C através da distribuição de equipamentos de uso de drogas injetáveis. Os números eram alarmantes, sendo que a infecção entre os usuários de drogas injetáveis (UDI) estavam em cerca de 70% desta população. Porém, o Ministério Público conseguiu impedir o fornecimento de equipamentos para os UDI alegando “incentivo” ao uso de drogas.

As autoras contam ainda que, em 1990, uma organização não governamental denominada IEPAS (Institutos de Estudos e Pesquisa em AIDS de Santos), preocupados com a disseminação do HIV e, ignorando a posição do Ministério Público, foram para as ruas de forma clandestina, e realizaram um trabalho de distribuição de seringas limpas, sensibilização e orientação quanto ao uso de hipoclorito de sódio para a desinfecção de agulhas e seringas reutilizadas. Tal ação política ganhou força e ganhou apoio de Universidades e outras ONGs pelo país (TRIGUEIROS; HAIEK, 2005).

Em 1991, o PROAD (Programa de Orientação e Atendimento às Dependências), ligado à UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo), realizou na cidade de São Paulo/SP um trabalho pioneiro com *outreach workers*.

De acordo com Trigueiros e Haiek (2005), foi ministrado a pacientes atendidos pelo PROAD, um treinamento sobre redução de danos para que os mesmos distribuíssem hipoclorito de sódio e orientassem UDIs a desinfetarem suas seringas e não compartilhem materiais de uso com outros usuários.

O governo de Santos implantou em 1993 o primeiro projeto no Brasil que denominou a figura dos “redutores de danos” como agentes de promoção e prevenção em saúde. Este profissional ganhou destaque como protagonista nas ações de redução de danos por ser aquele que se aproxima do usuário e de sua vivência, adquirindo o vínculo e a confiança necessária para a sensibilização, conscientização sobre os processos de saúde e doença relacionados ao consumo de drogas.

Segundo a ONG Viva Rio (2011), os redutores de danos são pessoas próximas e

familiarizadas com o universo do uso, podendo ser estes: usuários funcionais e/ou ex-usuários, abertos à linguagem e às dimensões desta realidade; líderes comunitários com fácil inserção nos territórios/locais de uso.

Em Salvador, Bahia, surge no ano de 1995, o primeiro Programa de Redução de Danos (PRD) do Brasil a realizar troca de seringas, executado pelo CETAD (Centro de Estudos e Terapia de Abuso de Drogas) que em 1999 inauguraria o primeiro Consultório de Rua do Brasil. Depois deste, diversos programas e projetos de Redução de Danos são implantados em estados brasileiros, consolidando-a como uma estratégia de atenção aos usuários de drogas (TRIGUEIROS; HAIEK, 2005).

Em 1998 é sancionada no Estado de São Paulo a Lei 9.758, Decreto 42.927, de 13 de Março de 1998, conhecida como Lei Paulo Teixeira (em homenagem ao seu autor, o então Deputado Estadual Paulo Teixeira), sendo esta a primeira lei estadual que legaliza a distribuição e troca de seringas (TRIGUEIROS; HAIEK, 2005).

2.4.2 Política de Redução de Danos

Instituída em 2003 pela Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas¹², a Redução de Danos torna-se oficialmente a estratégia fundamental e prioritária no que se refere ao atendimento destas demandas, reconhecendo o Ministério da Saúde que a abordagem focada na abstinência total não dá conta dos problemas relacionados ao uso e abuso de drogas.

O foco dessa estratégia pública de saúde não se assenta exclusivamente sobre os Programas de Redução de Danos e as ações de trocas de seringas, mas sim na constituição de ações de redução de danos que transversalizam os serviços da rede assistencial do SUS, em especial, os serviços de saúde mental (como os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS) e os serviços de atenção primária à saúde (como a Estratégia Saúde da Família).

Três anos mais tarde, a divulgação e implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde (2006) veio reforçar as ações de atenção ao usuário de drogas. A intersetorialidade e a atenção integral são importantes elementos para a concretização desta política. Preconiza-se o desenvolvimento de iniciativas preventivas e de redução de danos pelo consumo de álcool e outras drogas que envolvam a co-responsabilização e autonomia da população.

Assim, a Redução de Danos ganha o status de abordagem clínico-política, pois assume caráter não apenas como “mudança comportamental”, mas também como ação no território, intervindo na construção de redes de suporte social, com clara pretensão de criar outros movimentos possíveis na cidade, visando avançar em graus de autonomia dos usuários e seus familiares, de modo a lidar com a hetero e a auto violência muitas vezes decorrentes do uso abusivo do álcool e outras drogas, usando recursos que não sejam repressivos, mas comprometidos com a defesa da vida.

Neste sentido, o lócus de ação pode ser tanto os diferentes locais por onde circulam os usuários de álcool e outras drogas, como equipamentos de saúde flexíveis, abertos, articulados com outros pontos da rede de saúde, mas também das de educação, de trabalho, de promoção social etc., equipamentos em que a promoção, a prevenção, o tratamento e reabilitação sejam contínuos e se deem de forma associada.

2.4.3 Evolução no Conceito de Redução de Danos

Analisando o histórico do Brasil e de outros países quanto à ampliação de significados e conceitos acerca da redução de danos parece ser possível afirmar que esta:

- Iniciou como ação estratégica para diminuir o contágio de doenças infectocontagiosas, especialmente HIV e Hepatite B;
- Ampliou-se como estratégia de cuidado integral à saúde ao perceber os benefícios oriundos do vínculo estabelecido entre usuário e redutor de danos;
- Transformou-se em política pública de saúde, incorporada pelo SUS;
- Atualmente representa uma posição ideológica de modelo de sociedade e postura de Estado frente a históricos e persistentes problemas de ordem social e programática.

2.4.4 Redução de Danos como Paradigma de Saúde Pública

A redução de Danos aborda o fenômeno do uso e abuso de drogas sob a ótica biopsicossocial considerando os aspectos histórico-político-cultural em torno da problemática. Nesse sentido prioriza-se no cuidado a melhoria da qualidade de vida, desenvolvimento de autonomia do usuário com o foco no cuidado integral à saúde do mesmo. Ou seja, a abstinência não se torna condição essencial para a aquisição de saúde.

A concepção da intervenção não se baseia na lógica: PARE DE USAR DROGAS = ORGANIZE SUA VIDA - e sim: ORGANIZE SUA VIDA = PERDA DO ESPAÇO DA DROGA. Nessa lógica, não necessariamente o indivíduo precisa parar totalmente o uso, mas adquirir um padrão de consumo menos abusivo e desenvolver estratégias de uso menos nocivos à saúde, lhe dando mais condições de resgatar a autoestima, reorganizar sua vida social, melhorar seu autocuidado, retomar projetos de vida, etc. Tal modelo é uma contraposição ao modelo focado na abstinência total.

A experiência dos efeitos da droga confere significado à vida do indivíduo, legitimado dentro de contexto social. Se no processo de tratamento deste o mesmo não identificar, e mais importante, legitimar os significados das propostas terapêuticas que lhe são impostas, de nada adiantará as intervenções. Por isso, tratamento é também mudança de significados da experiência. E para isso precisamos implicar o indivíduo num processo autônomo de escolha.

Enquanto as estratégias que pregam a abstinência total, tem como foco a droga, a Redução de Danos (RD) tem como foco a pessoa, considerando suas idiosincrasias e seu contexto de vida. Dessa forma algumas atitudes éticas são preconizadas pela RD:

- Respeito ao direito de escolha à permanência do uso e/ou a dificuldade da pessoa em parar o consumo de drogas;
- Diálogo sobre o consumo, contemplando a perspectiva de manutenção do mesmo;
- Objetiva a promoção de saúde e qualidade de vida;
- Fortalecimento da autonomia no autocuidado sob a perspectiva de cuidado integral em saúde;
- Enfatiza potenciais individuais e coletivos (rede de suporte social);
- Amplia as intervenções para além da área da saúde, promovendo acesso à direitos, inserção no território (rede) e exercício pleno de cidadania.

2.4.5 Redução de Danos enquanto estratégias de cuidado em saúde

Quando falamos de estratégias de Redução de Danos, referimo-nos às ações de informação, educação e aconselhamento que tem como objetivo o estímulo à adoção de comportamentos mais seguros no consumo de produtos, substâncias ou drogas que causam dependência, e nas práticas sexuais de seus consumidores e parceiros sexuais (conforme a Portaria Nº 1.028/GM de 1º de Julho de 200525). São conteúdos das ações de informação, educação e aconselhamento:

I - informações sobre os possíveis riscos e danos relacionados ao consumo de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência;

II - desestímulo ao compartilhamento de instrumentos utilizados para consumo de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência;

III - orientação sobre prevenção e conduta em caso de intoxicação aguda ("overdose");

IV - prevenção das infecções pelo HIV, hepatites, endocardites e outras patologias de padrão de transmissão similar;

V - orientação para prática do sexo seguro;

VI - divulgação dos serviços públicos e de interesse público, nas áreas de assistência social e de saúde; e

VII - divulgação dos princípios e garantias fundamentais assegurados na Constituição Federal e nas declarações universais de direitos. (Portaria Nº 1.028/GM de 1º de Julho de 2005, art. 4º, § 1º25).

De acordo com a Portaria acima referida, as ações de informação, educação e aconselhamento são acompanhadas da distribuição dos insumos destinados a minimizar os riscos decorrentes do consumo de produtos, substâncias e drogas que causem dependência.

Exemplos: Copos de água (descartáveis), preservativos (masculinos e femininos), gel lubrificante, canudos ou mangueiras, cartões, piteiras, seringas, hipoclorito de sódio, soro fisiológico, cachimbos de madeira, saches de mel, barras de cereal, protetor labial, pomada de guaçagonga, escova e pasta de dentes, material informativo.

2.5 ESTIGMA E PRECONCEITO

Mesmo com a evolução nas práticas inclusivas aos pacientes portadores de transtornos mentais, as pessoas que desenvolvem dependência por substâncias psicoativas ainda são tratadas com práticas manicomiais e violações de direitos. Atribui-se tal fato devido o forte estigma e preconceito presente na sociedade em torno do abuso e dependência de álcool e outras drogas. Apesar de semelhantes, e de estarem relacionados entre si, estigma e preconceito não são fenômenos iguais.

Estigmas, de acordo com Goffman (1988) referem-se a "marcas", "rótulos" que se arraigam no imaginário social e com frequência são incorporados de maneira subjetiva na identidade de muitas pessoas, gerando exclusão social, segregação, autoestima baixa, sofrimento, entre outros fatores de vulnerabilidades.

Preconceito, conforme conceituado por Jones (1973), refere-se à "pré-julgamentos" negativos sobre os membros de uma "raça", religião ou qualquer outro grupo social. Podemos inferir que, tal qual sua morfologia (pré-conceito), refere-se a um desconhecimento, uma ideia pré-concebida não condizente com a realidade ou natureza do fenômeno, situação ou pessoa. O ser humano tende a sentir medo, angústia, ódio, indiferença àquilo que desconhece ou não é capaz de dominar.

Sendo assim, é sabido por todos que o tema "drogas" mobiliza na sociedade diferentes opiniões e sentimentos justamente pelo desconhecimento e sentimentos polarizados acerca do fenômeno. Apesar de tantos estudos realizados na área, a maior parte da sociedade ainda vê o problema do consumo de drogas sob o aspecto apenas dos danos ocasionados pela substância, de maneira extremamente moral e pejorativa.

A pessoa que desenvolve dependência química ao apresentar os sintomas (uso compulsivo, desorganização de vida, conflitos nos relacionamentos pessoais, queda no desempenho de atividades laborais, problemas diversos de saúde) diante de sua comunidade, mobiliza nas pessoas sentimentos e reações diversas, tais como dó, raiva, medo, bem como concepções como "má índole, coitado, drogado, cachaceiro", desconsiderando todos os aspectos positivos da personalidade individual e social desta pessoa.

As generalizações em torno do tema, principalmente quando falamos de drogas ilícitas, também são estigmas potencialmente prejudiciais à melhora do quadro de dependência. O estigma, em uma última análise é uma violação de direitos, pois devido a ele, muitos direitos como saúde, segurança, educação, esporte, lazer, cultura, convivência familiar e comunitária, e principalmente à vida, tem sido negados pela sociedade e pelo Estado.

Devido à cultura proibicionista em torno das drogas ilícitas, um mito muito comumente difundido é o de que "todo usuário e traficante", de que "faz coisas erradas como roubar para conseguir a droga". Há uma parcela de pessoas que fazem uso de drogas que entram para o tráfico, cometem furtos, assaltos.

Porém tráfico, furto, assalto e outras violências urbanas existem na história da humanidade muito antes de "droga" existir enquanto conceito. A violência é um fenômeno humano, e acharmos que droga é a principal causadora da mesma. Esta concepção leva a sociedade a não identificar a multiplicidade de fatores que interferem na construção de uma sociedade mais justa e igualitária.

Acrescenta-se a essa cultura "estigmas sobre estigmas", principalmente quando se trata de vulnerabilidades sociais extremas. O usuário de drogas ilícitas, principalmente o crack, "inimigo público do momento", sofre muitos preconceitos são só pelo uso, mas por sua condição social.

Apesar de estar presente também na classe média e alta, o crack configura-se como a droga das ruas, devido a facilidade de acesso e rápido poder de absorção da substância pelo organismo, conseqüentemente gerando rápida produção de prazer. Somam-se então todos os estigmas presentes não só frente sua condição de usuário, mas também sua vivência de rua.

O Ministério da Saúde (MS), ao instituir em 2009 o Plano Emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em álcool e outras drogas (PEAD), define a seguinte diretriz:

Enfrentamento do estigma: deve haver uma dimensão política de enfrentamento do estigma associada a toda e qualquer ação proposta para a população usuária de álcool e outras drogas, haja visto que o acesso ao cuidado tem importantes barreiras sociais, oriundas de uma compreensão de que a estes cidadãos devem ser ofertadas somente políticas repressivas; o estigma se manifesta também pela desconfiança dos usuários em relação ao acolhimento e cuidado oferecido pelo Estado (Portaria Nº 1.190, de 4 de Junho de 2009, Art. 3º, item IV28).

Desta maneira, o próprio Ministério da Saúde reconhece que o estigma frente ao usuário de álcool e outras drogas configuram-se como uma barreira de acesso ao tratamento digno e necessário e propõe uma ação ampla e integrada envolvendo outros setores além saúde.

2.6 PRINCÍPIOS TÉCNICOS E ÉTICOS NORTEADORES DO CONSULTÓRIO DE RUA

O Consultório de Rua adota um modelo assistencial inovador no que tange a integralidade no cuidado. Considerando-se os aspectos específicos de uma população que vive em situação de rua, a interlocução se dá num ambiente conhecido destes usuários, a própria rua.

De acordo com Ministério da Saúde (2010) é uma modalidade de atendimento que depende da credibilidade, estabelecimento de vínculos e frequência da execução do trabalho.

O diálogo, a negociação e o respeito aos acordos entre profissionais de saúde e usuários é a base para o estabelecimento do vínculo. Estar atento às condições reais de vida e respostas aos problemas trazidos por estes usuários é fundamental no processo de acolhimento do mesmo, garantindo melhor qualidade na proposição dos encaminhamentos.

O acolhimento na assistência à saúde, segundo o Ministério da Saúde (2009)²⁹ diz respeito a uma postura ética do profissional. Acolher significa escutar o usuário e compartilhar suas angústias, saberes e possibilidades.

Nesse sentido, o acolhimento não é uma estratégia exclusiva a um ou outro profissional. Toda a equipe deve estar comprometida.

Pressupõe-se que o profissional da saúde tome para si a responsabilidade de responder às demandas das pessoas que procuram seus serviços, de modo universal, equânime e sem exclusões, com resolutividade e responsabilidade, tal qual preconizado pelo SUS. A humanização, a criação de vínculo entre o profissional de saúde e o usuário, atrelado a um cuidado especial auxiliam no diagnóstico e na adesão aos tratamentos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Por humanização, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (2008) compreende-se a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os principais valores norteadores são: Autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão.

O conceito de clínica ampliada também é incorporado na prática dos Consultórios de Rua. Esta pode ser definida como um compromisso radical e profundamente ético com o sujeito doente, vendo-o de modo singular, assumindo a responsabilidade sobre os mesmos considerando os limites dos conhecimentos das tecnologias empregadas pelo profissional da saúde, buscando ajuda em outros setores (Intersetorialidade) sempre que necessário (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

A Interdisciplinaridade também é uma das características fundamentais do Consultório de Rua, sendo condição essencial para o trabalho.

Técnicos de diferentes áreas (assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, entre outros) interatuam com redutores de danos que contribuem com seus conhecimentos oriundos das experiências próximas à realidade da vivência de rua, vulnerabilidades, uso e abuso de drogas.

Além disso, o perfil dos redutores que atuam nesses projetos evidencia talentos voltados à arte em suas várias expressões, como teatro, música, dança, artes plásticas, hip-hop, entre outras linguagens que facilitam, aproximam e garantem a apropriação de toda a equipe acerca demandas encontradas nas cenas de uso.

Com isso, não se pretende afirmar que o redutor de danos não se utilize de informações e posturas técnicas em seu fazer cotidiano, mas o mesmo encontra por meio de seus talentos e experiência de vida, uma forma de traduzir tal conhecimento técnico a uma linguagem acessível, interessante e significativa à vida dos usuários (OLIVEIRA, 2009).

Dessa forma, conhecimento técnico alia-se a conhecimento prático na elaboração de propostas terapêuticas da população atendida.

Nessa perspectiva, conforme explicitado por Gomes e Deslandes (1994), a interdisciplinaridade é vista como “um processamento funcional, uma tecnologia que pode garantir a expansão de práticas operatórias comprometidas com a transformação do real em objetividade, ou seja, garantindo assim a essência da ciência e de sua lógica de funcionalidade” (p.106)

Os autores complementam que a interdisciplinaridade no campo da Saúde Pública torna-se característica essencial diante da complexidade de fatores, tais como a situação de miséria, a alarmante concentração de bens e oportunidades e quase exclusão total de cidadania para imensa maioria da população brasileira.

Evidenciam assim, a necessidade de abordagens de saúde que sejam “eficazes, competentes e que tenham uma face humana” (p.112).

O trabalho do Consultório de Rua é de mediar os recursos existentes nos territórios, articulando uma rede de atenção psicossocial, a ser explorada e acessada pela população em situação de rua. Para tanto, se faz necessária a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), sendo este um projeto de ações e metas elaborado com o usuário para a melhoria de sua qualidade de vida.

De acordo com o Ministério da Saúde (2008), o PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário.

Foi bastante desenvolvido em espaços de atenção à saúde mental como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe valorizando outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação, no tratamento dos usuários.

Destaca-se ainda, que o projeto pode ser feito para grupos ou famílias e não só para indivíduos, além de frisar que o mesmo busca a singularidade como elemento central de articulação (lembrando que os diagnósticos tendem a igualar os sujeitos e minimizar as diferenças).

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O presente estudo se caracteriza, como uma pesquisa documental, de cunho qualitativo e quantitativo.

De acordo com Rampazzo (2005), a pesquisa documental utiliza-se de documentos de “fonte primária” provenientes de órgãos que realizaram as observações; configura-se como um tipo de pesquisa muito viável por fornecer dados de fontes ricas e confiáveis.

O autor ainda salienta que, por subsistirem ao longo do tempo, tornam-se a mais importante fonte de dados em qualquer pesquisa de natureza histórica.

Para abordar a questão atual da assistência à saúde ao usuário de drogas na atualidade, foi necessário um breve resgate histórico de como a “loucura” foi encarada ao longo da humanidade. Enfatizaram-se os processos de humanização na assistência, tanto em nível de Brasil, quanto no mundo.

Além disso, para a compreensão do termo Redução de Danos, também se fez necessário uma apresentação da evolução histórica do conceito, abordando-se a mesma, desde sua concepção, enquanto estratégias de cuidado de usuários de drogas injetáveis, até sua implementação, enquanto política pública de saúde.

Explicitaram-se também informações a respeito da característica do trabalho dos Consultórios de Rua, e mais especificamente, do projeto Em Cena, do município de Diadema/SP.

Foram levantadas informações presentes no banco de dados do Consultório de Rua de Diadema – Projeto Em Cena, fornecidas pela Secretaria de Saúde do município. Apresentaram-se dados quantitativos acerca de: número de usuários que foram atendidos pelo projeto e, dentre estes, o percentil de usuários afastados de rede assistencial; os números de usuários atendidos pela ação de rede entre CR e Atenção Básica, incluindo suspeita, confirmação de doenças infectocontagiosas, de pessoas que iniciaram e concluíram os tratamentos propostos.

A luz dos dados quantitativos realizou-se uma análise qualitativa da especificidade da ação executada pelos serviços (CR e UBS), enaltecendo as características de humanização e integralidade no cuidado.

4. ANÁLISE DOS DADOS E DOS RESULTADOS

4.1 Relato de Experiência: Projeto Em Cena – Consultório de Rua de Diadema/SP

O projeto Em Cena- Consultório de Rua de Diadema/SP foi aprovado pela seleção pública amparada expressamente na Lei 11.343, de 23 de agosto de 2006; na Portaria GM 1.059, de 04 de julho de 2005; no Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010); e no Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (PIEC) instituído pelo Decreto Presidencial nº 7.179 de 20 de maio de 2010 para execução no ano de 2011.

Seu objetivo principal é a ampliação do acesso ao cuidado integral para usuários de crack e outras drogas no município de Diadema. Tem como objetivos específicos: promover ações de abordagem em campo (locais de uso); qualificar a abordagem dos trabalhadores da rede de serviços da Secretaria Municipal de Saúde para o cuidado integral de usuários de crack e outras drogas; promover ações Inter setoriais para assegurar a inserção dos mesmos na rede de serviços de Diadema.

Assim como preconizado pelo Ministério da Saúde (2010)¹¹, o Consultório de Rua de Diadema atua em regiões tidas como locais de alta vulnerabilidade e risco social, onde há concentração de moradores de rua e uso abusivo de drogas, principalmente crack e álcool.

A escolha dos campos de trabalho deu-se a partir de um levantamento de possíveis locais de uso abusivo de drogas feito através de reuniões com a rede de serviços, dentre esta, equipamentos de Saúde (UBS e Centro de Referência DST/AIDS/Hepatites Virais), de Assistência Social (CRAS, CREAS e Centro Pop), Equipamentos de Esporte e Lazer (Ginásios Esportivos e Centros Culturais) e associações de bairros. Solicitou-se aos trabalhadores das unidades a indicação de locais de uso problemático nos territórios conhecidos pelos mesmos.

Após o levantamento, realizaram-se explorações de campo para a confirmação e escolha dos locais que demandavam maior necessidade de intervenção.

Durante o período de exploração, sete UBS se disponibilizaram a trabalhar de forma conjunta, na qual profissionais das equipes de PSF, NASF e Equipe de Saúde Bucal das unidades, entre eles, Agentes Comunitárias de Saúde, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Médicos, Psicólogos, Assistentes Sociais, Dentistas, realizaram visitas aos campos, abordagens e oficinas terapêuticas em parceria com os redutores de danos.

Foi possível perceber que a presença de Técnicos e Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) da UBS de referência presente no campo junto com os redutores, conferiu melhor qualificação das ações de identificação, orientação e encaminhamento das demandas de saúde às unidades básicas aumentando o número de usuários encaminhados, bem como a adesão dos mesmos ao tratamento.

Atribui-se isso ao processo equitativo de construção de vínculos e trabalho de busca ativa em que o serviço de saúde chega até o usuário e não o contrário.

No total foram identificados 220 locais de uso de drogas. Destes, a equipe deu inicio ao processo de exploração que consiste em ir aos locais, realizar observação à distância do local e primeiros contatos com frequentadores do local e entorno.

A exploração é o momento que antecede a intervenção em campo. Consiste em promover uma aproximação dos profissionais com a cena de uso, incluindo assim, o espaço físico e os usuários que circulam pelo local.

É nesta fase que identifica se o local é um campo de trabalho, caracterizado necessariamente por quatro critérios:

1. Local onde há concentração de um grupo de usuários (cinco ou mais);
2. Uso abusivo (não recreativo, com potencial de gerar graves problemas sociais e de saúde) de drogas “pesadas” (substâncias psicoativas com forte potencial para abuso e dependência tais como álcool, cocaína, crack e solventes);
3. Situação de alta vulnerabilidade social e de saúde;
4. Possibilidade de acesso ao local (segurança e acessibilidade aos profissionais).

4.2 Composição da equipe do Consultório de Rua e prática do trabalho

A equipe do Consultório de Rua constituiu-se em quatro profissionais de nível superior, sendo estes: assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional e educador físico, bem como doze Redutores de Danos de nível médio.

Como já citado, a composição interdisciplinar foi fundamental para melhorar tanto a qualidade técnica das abordagens e leitura dos fenômenos, quanto garantir a linguagem necessária para aproximação e criação de vínculo com os usuários.

Dessa forma, foram identificadas e problematizadas demandas sociais e de saúde, relacionadas a aspectos:

- Higiene pessoal e do ambiente;
- Alimentação;
- Higiene bucal;
- Cuidado de ferimentos/ lesões de pele ocasionadas pelo uso de drogas ou traumas, entre outros;
- Exposição a doenças infectocontagiosas (DST/ HIV/ Aids/ hepatites virais e tuberculose);
- Documentação pessoal e benefícios sociais;
- Vivências de violência.

A partir da identificação destes aspectos, realizaram-se encaminhamentos e orientações sociais e de saúde, priorizando a aquisição de estratégias pessoais, dentro do contexto de vida da pessoa, em que a mesma possa exercer a autonomia sob seu autocuidado e cidadania. Ex.: Auxiliar um usuário em situação de rua para que organize a rotina de seu dia para fazer a higienização pessoal, elencando possíveis locais que disponibilizam a oferta de banho, como equipamentos da rede socioassistencial, tais como igrejas, associações de bairros, entre outros; acompanhar usuário a serviços que disponibilizem a aquisição de segunda via de documentos pessoais e benefícios sociais.

Após a identificação de demandas de saúde, especialmente àquelas relacionadas a suspeita de doenças infectocontagiosas, realizou-se um trabalho de inserção do usuário em equipamentos da rede de saúde, principalmente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) visando:

- Realizar exames e avaliação médica para confirmar as suspeitas de doenças, principalmente infectocontagiosas, identificadas a partir da observação e relato de sinais e sintomas;
- Iniciar tratamento e construir projeto de acompanhamento do caso em conjunto com equipe do Consultório de Rua, garantindo a adesão e conclusão dos procedimentos;
- Realizar vacinação essencial e profilaxia de doenças.

4.3 Problemática da cidade e ações propostas

De acordo com dados fornecidos pela Secretaria de Saúde de Diadema (2012), após seis meses de execução de Consultório de Rua na cidade, identificou-se um grande número de

suspeitas de doenças infectocontagiosas, entre elas Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)s e Tuberculose.

A grande maioria dos usuários atendidos estava afastada da rede de saúde, sendo que 69% não acessavam um serviço de saúde há mais de um ano. Viu-se então a necessidade de priorizar como meta de trabalho identificar, promover cuidados e acompanhar população em maior vulnerabilidade com doenças infectocontagiosas.

Estabeleceu-se com as unidades básicas de saúde, um protocolo de atendimento à população em situação de rua que prioriza o cuidado integral de sua saúde, garantindo desde a inscrição do usuário no Sistema Único de Saúde até a realização dos exames necessários. Nos casos de confirmação ou suspeita, realiza-se a profilaxia de emergência.

Os redutores de danos acompanham as primeiras consultas, principalmente nas unidades em que não há profissionais realizando abordagens em conjunto.

A ausência de documentos pessoais, bem como a dificuldade da obtenção da segunda via dos mesmos (devido a problemas na justiça, cartório de origem pertencer a outros estados, entre outros) configurou-se inicialmente como uma barreira de acesso para a solicitação de exames que necessitavam do número do SUS.

Após discussão com Coordenação de Atenção Básica, Laboratório de Análises Clínicas Municipal e Consultório de Rua, estabeleceu-se que os profissionais indicariam nas guias dos exames coletados a sigla "Pop Rua", o que autoriza o laboratório concluir a análise dos mesmos.

Após a inserção dos usuários nas UBS, com exames realizados e analisados, passou-se para a etapa do tratamento.

Diante da dificuldade de adesão aos procedimentos e retornos no equipamento, estabeleceu uma estratégia de monitoramento caso a caso, realizado em conjunto com as equipes de referência das unidades de saúde e a equipe do Consultório de Rua.

Esta última recebe informações sobre os resultados dos exames (respeitando-se todos os aspectos éticos), procedimentos necessários quanto a formas de tratamento e datas de retorno, compartilhando a responsabilidade de acompanhar o andamento do tratamento junto ao usuário.

Semanalmente o Redutor de Danos faz o monitoramento, reforçando orientações dadas pelos técnicos das unidades, identificando motivos de faltas ou mesmo uso inadequado de medicações, orientando e auxiliando a organização da rotina do usuário que agora, inclui-se o acompanhamento a rede de saúde.

Estabeleceu-se também, como estratégia de acompanhamento e formação continuada, a participação do Consultório de Rua nos Matriciamentos em Saúde Mental na Atenção Básica e discussões de casos e campos em reuniões de miniequipes das unidades, aproximando conceitos acerca da natureza do trabalho, visão política sobre SUS e Redução de Danos, postura ética e profissional, etc.

4.4 Resultados

Segundo dados fornecidos pela Secretaria de Saúde de Diadema (2012), desde o estabelecimento do primeiro campo de trabalho do Consultório de Rua, em Junho de 2011 até o final de Junho de 2012, foram estabelecidos 12 campos, tendo como referência nove UBS. Foram cadastradas pelo projeto 276 pessoas abordadas.

A partir do trabalho de identificação de demandas, contabilizam 92 pessoas (33,3%) com suspeita de DST e 23 (8,3%) suspeitas de tuberculose. Dos casos de suspeita, 58 pessoas (21% do total de pessoas abordadas) realizaram exames e testes diagnósticos nas UBS (42 suspeitas de DST (45,6% dos casos de suspeita de DST) e 16 de tuberculose (69,5 % das suspeitas de tuberculose).

Em relação aos resultados de DST, foram identificados 25 casos positivos (entre as doenças, 14 resultados de Sífilis e oito de HIV), representando quase um terço das suspeitas de DST (27,1%). Iniciaram tratamento 19 pessoas (76% dos casos confirmados), sendo que sete (28%) estão em tratamento e quatro (16%) concluíram o processo.

Em relação às ações específicas de erradicação da sífilis congênita, o trabalho com as

gestantes usuárias de crack recebeu um atendimento priorizado e equitativo. Foram no total, seis gestantes atendidas (2,1% do total de pessoas abordadas), sendo que todas foram acompanhadas por redutores de danos até as unidades básicas de referência.

Dentre estas, três (50% das gestantes) foram diagnosticadas com sífilis e todas (100%) iniciaram tratamento antes da gestação. Apenas uma completou o tratamento. Um destes casos, o bebê faleceu durante a gestação.

Dos três bebês que nasceram, dois foram encaminhados a instituições de acolhimento pela vara da infância, e o outro não obtivemos informação, pois não encontramos mais a mãe em campo. Dois casos ainda estão em período gestacional.

Quanto aos casos de tuberculose, o município oferece duas possibilidades de tratamento a esta população: A internação em hospitais especializados em tratamento de tuberculose para pessoas em situação de rua em Campos do Jordão, ou a assistência por meio de medicação assistida junto à unidade.

Foram diagnosticados quatro casos confirmados de tuberculose (17,3% dos casos de suspeita): Três foram comunicados e iniciaram tratamento (75% dos casos positivos), e o outro não foi encontrado em campo.

Apenas um usuário foi encaminhado à Campos do Jordão. O mesmo evadiu do local, interrompendo seu tratamento após cinco meses de internação.

Somente uma pessoa (25% dos casos positivos) concluiu o tratamento conforme os critérios estabelecidos pelo órgão de vigilância, por meio de acompanhamento contínuo de rede (Consultório de Rua e UBS de referência) no qual estabeleceu-se uma Agente Comunitária de Saúde de referência para ir todos os dias ao local de permanência entregar a medicação ao paciente e consultas clínicas mensais.

A inconstância de encontros com os usuários, devido a grande rotatividade dos mesmos pelos territórios, mostrou-se como o maior entrave no tratamento de doenças infectocontagiosas que demandam intervenções medicamentosas contínuas, repetição de exames, etc.

Em relação aos processos de trabalho na atenção básica, o trabalho contribuiu para a quebra de estigmas dos profissionais entre os mais variados níveis, e também da população do entorno que observa a unidade como atuante no território, sendo a concentração de pessoas usuárias de drogas uma das demandas coletivas que mais aparecem nos fóruns e conselhos populares de saúde; demandas historicamente negligenciadas ou tratadas por meio de ações repressivas quando deveriam ser tratadas com prioridade no Sistema Único de Saúde (SUS).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho desenvolvido em rede teve como resultado a criação de uma estratégia para identificar, tratar agravos à saúde e doenças infectocontagiosas, bem como acompanhar populações mais vulneráveis e de difícil manutenção de tratamento.

A partir da realidade complexa dos usuários, adaptaram-se protocolos e procedimentos visando à equidade no atendimento, universalidade e quebra de barreiras de acesso. Permitiu o favorecimento da autonomia e o aumento da procura espontânea pelo serviço por parte do usuário.

Os dados mostram a necessidade de aprimorar as estratégias de acompanhamento dos usuários portadores de DST e tuberculose, visando a finalização do tratamento, uma vez que o número de pessoas que concluem ainda são baixos.

A realidade de sobrevivência desta população evidencia a dificuldade de permanecer num mesmo local/território por longos períodos devido a vários fatores, entre eles ações higienistas de órgãos de segurança pública, pressão da comunidade, conflitos com o tráfico, etc.

Portanto, as estratégias de acompanhamento deverão ser flexíveis para se adaptar a realidade da pessoa, e ao mesmo tempo, capaz de garantir que os procedimentos essenciais para a efetividade do tratamento sejam executados conforme as diretrizes e protocolos estabelecidos pelos órgãos de Vigilância.

Apesar das dificuldades e complexidades envolvidas neste processo, a riqueza do

trabalho desenvolvido está justamente na parceria de rede entre Consultório de Rua e Atenção Básica, sendo estes serviços distintos, mas complementares.

A construção coletiva de estratégias de identificação, tratamento e acompanhamento de doenças infectocontagiosas em populações mais vulneráveis propiciou a visibilidade de tais demandas, incluídas agora nos dados epidemiológicos do município.

Por isso é preciso que haja investimento político-financeiro em ações Inter setoriais, interface entre as diversas Secretárias e/ou Órgãos Municipais e Estaduais, que leve os princípios de universalidade, equidade, integralidade no cuidado à prática cotidiana do cuidado e garantia dos direitos humanos.

Aos profissionais de saúde recomenda-se a atitude de identificar os próprios preconceitos em relação à realidade do uso de drogas e todas as vulnerabilidades envolvidas neste fenômeno. Cabe a estes a reflexão do quão prejudicial são os olhares e atitudes preconceituosas frente àqueles que por direito adquirido, temos enquanto sociedade, a obrigação de cuidar e garantir a vida em sua plenitude.

6. REFERÊNCIAS

AMARANTE P. **Loucos pela vida. A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998

_____. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Temas em Saúde.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007

ARAÚJO M. R.; MOREIRA F. G. **História das drogas.** In: Silveira DX, Moreira FG (org.). Panorama atual de drogas e dependências. São Paulo: Atheneu; 2005

BUNING E. **Vinte cinco anos de redução de danos: a experiência de Amsterdã.** In: Silveira DX, Moreira FG (org.). Panorama atual de drogas e dependências. São Paulo: Atheneu; 2005

BRASIL - PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 5.726 de 29 de Outubro de 1971. Dispõe sobre medidas preventivas e repressivas ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica e dá outras providências. [Internet]. Brasília, DF; 1971.

_____. - MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Nacional de DST/Aids. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde; 2003

_____. - 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. Brasília: OPAS; 2005

_____. - MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Nº 1.028/GM 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. Brasília: Ministério da Saúde; 2005

_____. - MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política nacional de promoção da saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006

_____. - MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. Série B. Textos Básicos de Saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008

_____. - MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Nº 1.190, de 4 de Junho de 2009. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. Brasília: Ministério da Saúde; 2009

_____. - MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços

de urgência. Série B. Textos Básicos de Saúde Brasília: Ministério da Saúde. 2009

_____ - MINISTÉRIO DA SAÚDE. 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

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Subjetividade do consumo de álcool e outras drogas e as políticas públicas brasileiras.** Brasília: CFP; 2010

DALGALARRONDO P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais.** Porto Alegre: Artes Médicas; 2000

DAVENPORT-HINES R. **The pursuit of oblivion: a global history of narcotics.** New York: Wnorton; 2004

FOULCALT M. **Microfísica do Poder.** Org. e trad. Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal. 28ª reimpressão (2010), 1979

GOFFMAN E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.** 4. ed. Rio de Janeiro: LTC; 1988

GOMES R.; DESLANDES S. F. **Interdisciplinaridade na saúde pública: um campo em construção.** Revista Latino-americana de Enfermagem. 1994

JONES J. M. **Racismo e Preconceito.** São Paulo: Universidade de São Paulo; 1973

LOUREIRO, C. S. **O prazer no fenômeno das dependências.** In: Silveira D. X.; Moreira F. G. (org.). Panorama atual de drogas e dependências. São Paulo: Atheneu; 2005

NAPPO S. A et al. **Is there a crack epidemic among students in Brazil? Comments on media and public health issues.** Cadernos de Saúde Pública. 2012

OLIEVENSTEIN, C. **A clínica do toxicômano.** Porto Alegre: Artes Médicas; 1990

OLIVEIRA M. G. P. N. **Consultório de Rua: relato de uma experiência.** Dissertação (Mestrado). Universidade Federal da Bahia. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva; 2009

ONG VIVA RIO. **Diminuir para somar: cartilha de Redução de Danos para agentes comunitários de saúde.** Rio de Janeiro: Prefeitura do Rio de Janeiro; 2011

RAMPAZZO L. **Metodologia científica para alunos dos cursos de graduação e pósgraduação.** 3 ed São Paulo: edições Loyola; 2005

RIBEIRO P. R. M. **Da psiquiatria à saúde mental: esboço histórico.** Rio de Janeiro: J. Bras. Psiq. 1999

SARACENO B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia; 2001

TRIGUEIROS D. P.; HAIEK R. C. **Estratégias de redução de danos entre usuários de drogas injetáveis.** In: Silveira DX, Moreira FG (org.). Panorama atual de drogas e dependências. São Paulo: Atheneu; 2005