

## REDUÇÃO DE DANOS, INSUMOS E EXPERIÊNCIA ESTÉTICA: UMA ANÁLISE DA PRÁTICA NO CONSULTÓRIO NA RUA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO \*

Harm Reduction, inputs and esthetic experience: an analysis of the practice in a office on the street of the county of Rio de Janeiro

Reducción de Daños, insumos y experiencia estética: un análisis de la práctica en la oficina en la calle en município de Rio de Janeiro

### Keronlay da Silva Machado

Terapeuta ocupacional do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ  
Programa de Pós-graduação da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, FIOCRUZ  
keronzita@gmail.com

### Rodrigo Silva Simas

Psicólogo  
Assessoria de Álcool e Drogas - SMSDC- Rio de Janeiro – RJ  
rodrigossimas@ig.com.br

### Resumo

O estudo a seguir apresenta a análise da prática de dois profissionais de uma equipe de Consultório na Rua (CnaR) atuando em cenas de uso de crack localizadas nas favelas do complexo do Lins de Vasconcelos, Rio de Janeiro, entre outubro de 2012 e abril de 2013. Descreve e contextualiza acontecimentos no território que contribuem para a compreensão do surgimento da *cena de uso* no local. Destaca a atuação da Equipe de Consultório na Rua como promotora de acesso e de cuidado continuado de forma itinerante no território, acompanhando pessoas em situação de rua (PSR) e usuários de drogas que frequentam as cenas de uso da cidade. Descreve e discute a oferta da experiência estética enquanto recurso para as práticas em Redução de Danos (RD) em contextos diversos e adversos. Considera a utilização destes recursos uma tecnologia sociocultural produtora de vínculo e de possibilidades para mediar o acesso e a produção de cuidado à PSR e aos usuários de drogas em contextos de vulnerabilidade. Diante das transformações socioculturais quanto ao uso de drogas no século XXI e dos desafios enfrentados pelos redutores de danos a partir do crescimento do consumo de crack nos grandes centros urbanos do país, a experiência estética aqui descrita coloca-se como possibilidade de insumo, como atividade mediadora do trabalho de aproximação, acompanhamento, apreensão das demandas e fortalecimento dos sujeitos individuais e coletivos, para os quais se direcionam as ações em Redução de Danos.

**Palavras-chaves:** Redução de Danos, Crack, Pessoas em Situação de Rua, Integralidade em Saúde, Arte, Cultura.

### Abstract

The following study presents the report of the work experience of two professionals from an Office on The Street (CnaR), working on scenes of crack use located in the favelas of the Lins de Vasconcelos complex, Rio de Janeiro, between October 2012 and April 2013. Describes and contextualizes events in the territory that contribute to the understanding of the appearance of scene of use in the place. It highlights the work of the Office on the Street Team as a promoter of access and continued care in an itinerant way in the territory, accompanying street people (PSR) and drug users who frequent the scenes of use of the city. Describes and discusses the offer of aesthetic experience as a resource for Harm Reduction (RD) practices in diverse and adverse contexts. It considers the use of these resources as a socio-cultural technology that provides the link and possibilities to mediate access and production of care for PSR and drug users in contexts of vulnerability. In view of the sociocultural transformations regarding the use of drugs in the 21st century and the challenges faced by the harm reductionists, due to the growth of crack consumption in the great urban centers of the country, the aesthetic experience described here is as a possibility of input, as an activity mediator of the work of approach, follow-up, seizure of the demands and strengthening of the individual and collective subjects, to which the actions in Harm Reduction are directed.

**Keywords:** Harm Reduction, Crack, Homeless Persons, Integrality in Health, Art, Culture.

### Resumen

El estudio muestra la analise de la práctica de dos profesionales de un equipo de oficina en la calle (CnaR) actuando en las escenas de consumo de crack, situados en el complejo de barrios pobres Lins de Vasconcelos, Río de Janeiro, entre octubre 2012 y abril de 2013. describe y contextualiza los acontecimientos en el territorio que contribuyen a la comprensión de la aparición de la escena en el acto. Destaca el trabajo del equipo de oficina en la calle como el promotor del acceso y la atención continua de viajar por el territorio, que acompaña a la gente en la calle (GC) y los usuarios de drogas que frecuentan las escenas uso en la ciudad. En él se describe y analiza la oferta de la experiencia estética como un recurso para las prácticas en la reducción de daños (DR) y en diferentes contextos adversos. Considera el uso de estos recursos de una tecnología que producen sociocultural de bonos y posibilidades para mediar en el acceso y la producción de la atención a los usuarios de PSR y drogas en contextos vulnerables. A la vista de los cambios socio-culturales en el uso de drogas en el siglo XXI y los desafíos que enfrenta la reducción de los daños causados por el consumo de crecimiento de grietas en los grandes centros urbanos, la experiencia estética describe en este documento surge como una posibilidad para la entrada como la actividad mediador de los trabajos enfoque, seguimiento, incautación de las demandas y el fortalecimiento de los individuos y grupos, para los cuales las acciones directas en la reducción de daños.

**Palabras clave:** Reducción del daño, Cocaína Crack, Personas sin hogar, Integridad de la Salud, Arte, Cultura.

## 1 CONTEXTUALIZANDO A CENA

O objetivo deste estudo é apresentar e discutir outras possibilidades para abordagem e cuidado de pessoas que fazem uso prejudicial de drogas em *cenar de uso*, por meio da análise da prática de dois profissionais<sup>1</sup> que foram membros de uma equipe de Consultório na Rua (CnaR) e atuaram nas favelas do Complexo do Lins de Vasconcelos, zona norte do município do Rio de Janeiro, entre outubro de 2012 e abril de 2013. A entrega de insumos para redução de danos à saúde das pessoas em uso prejudicial de drogas como preservativos, gel lubrificante, manteiga de cacau e canudos de silicone para uso para cocaína inalada, mediava a aproximação dos profissionais da equipe, mas, tornou-se um impasse, a partir da recusa de algumas pessoas em recebê-los em uma das *cenar de uso*. A partir deste impasse a equipe foi convocada a pensar em outras possibilidades para mediar o encontro e o diálogo com seu público alvo. Neste estudo os autores buscam descrever como a equipe solucionou o impasse apresentado através do uso da experiência estética e discutir novas possibilidades de insumos em redução de danos a partir do conceito ampliado de saúde.

Sobre o termo "cena de uso", os autores da Pesquisa Nacional sobre o Uso de Crack<sup>1</sup>, esclarecem que:

A pesquisa de cenas sociais diversas vem norteando estudos etnográficos urbanos desde a década de 1920, na interface com o conceito (hoje bastante menos utilizado) de subcultura. O conceito de subcultura corresponderia a um determinado grupo social que partilha valores e atitudes, o que inclui, por vezes, usos particulares (gírias, sintaxe simplificada/alterada) da linguagem da sociedade onde o grupo/cena está inserido, além de regras de vestir e se comportar, e "códigos de conduta e valoração" relativamente específicos. Na etnografia e sociologia contemporâneas, o conceito de subcultura perdeu, em boa medida, sua capacidade explicativa em função de contextos urbanos cada vez mais complexos, dinâmicos e interconectados, que uma categoria conceitual relativamente estática e fechada não consegue descrever e analisar de forma adequada. Já a dimensão de contexto delimitável no espaço, materializado nas diferentes "cenas" (fala-se, por exemplo, em cena gay, cena rave, etc.), permanece como um elemento central dos estudos sobre as cidades contemporâneas, as culturas e os movimentos sociais urbanos. (Bastos, FI., Bertoni, N, 2014, p.13)

Foi, portanto a partir da dimensão deste contexto delimitável no espaço das *cenar de uso de drogas* que os autores deste estudo propuseram realizar a análise de sua prática nestes locais. A ocupação do território por pessoas que consumiam drogas em determinadas ruas e becos do Complexo do Lins de Vasconcelos foi efeito do deslocamento destas pessoas da

---

<sup>1</sup> Uma terapeuta ocupacional e um psicólogo.

Favela do Jacarezinho, localizada no Complexo do Jacarezinho, onde se aglomeravam ao longo da linha do trem, em região conhecida como Casa das Primas, aos fundos da Clínica de Saúde da Família que servia como base para a eCnaR. O deslocamento foi provocado por determinação do tráfico local que, em junho de 2012, proibiu a venda e o consumo de crack naquele território, às vésperas de uma ocupação por forças da polícia e do exército, ocorrida em outubro 2012, como “preparação” para a implantação da Unidade de Polícia Pacificadora (UPP)<sup>2</sup>, ocorrida em janeiro de 2013.

Avisos impressos foram espalhados por toda a comunidade, alertando aos usuários sobre a proibição da venda da droga (Figura 1). Por meio da análise do conteúdo transmitido pelos impressos e da exposição exagerada das *cenários de uso* pelas mídias, houve um entendimento descrito por agentes comunitários de saúde (ACS's) da Clínica de Saúde da Família onde era a base de apoio da equipe CnaR e por moradores da Favela do Jacarezinho de que os usuários de drogas que ali se encontravam atraíam a atenção da mídia e as operações policiais para o local, o que interferiu de forma prejudicial na rotina do tráfico de drogas e motivou a ordem dos traficantes de proibir a venda e o consumo de crack no local.



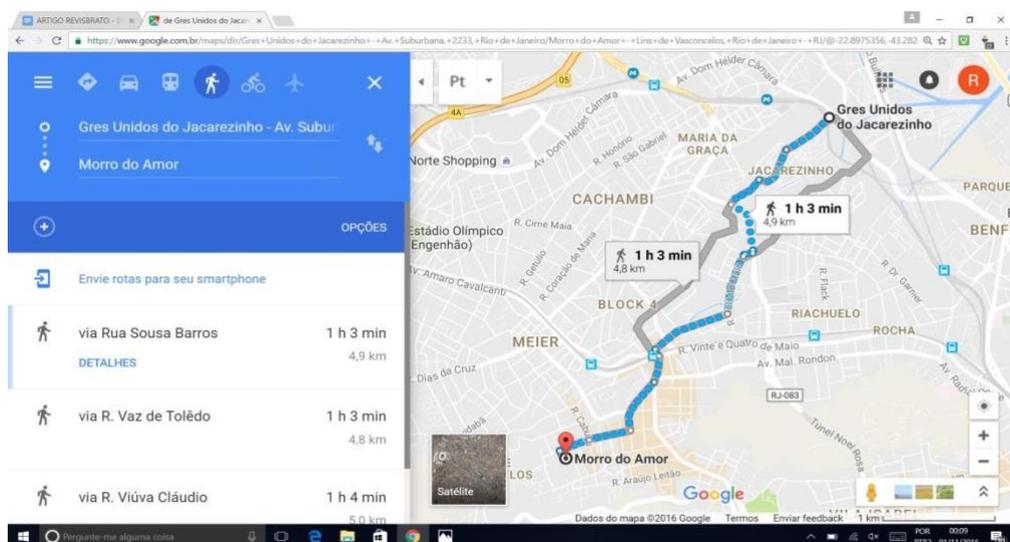
(Figura 1) Fonte: Jornal O Dia. 20/06/2012. Versão digital. Acesso em 13/02/2016.

No período relatado, a Secretaria Municipal de Assistência Social realizava ações de recolhimento compulsório de pessoas em situação de rua, usuárias ou não de drogas que

<sup>2</sup> Programa de segurança pública implantado pela Secretaria de Segurança Pública do Rio de Janeiro a partir de 2008. (fonte: <http://www.upprj.com>)

ocupavam as ruas da cidade do Rio de Janeiro. Estas ações de recolhimento também aconteceram no território do Jacarézinho, local de atuação da equipe de CnaR. Devido às abordagens violentas das equipes da assistência, caracterizadas pela ausência de uma proposta de cuidado e de caráter higienista, a prática do recolhimento compulsório foi combatida por órgãos de direitos humanos e pela justiça. Era evidente o interesse em preparar a cidade do Rio de Janeiro para os grandes eventos da Copa do Mundo em 2014 e das Olimpíadas em 2016.

A partir do cenário exposto, a equipe de CnaR implantada naquela área programática de saúde em abril de 2012 acompanhou a movimentação da população em situação de rua (PSR) do Jacarezinho ao Lins (Figura 2), e a desconstrução de uma cena para a criação de uma nova, para possibilitar oferta de cuidado continuado àqueles sujeitos. Alguns já possuíam vínculo com a equipe CnaR devido aos atendimentos realizados anteriormente na linha do trem.



(Figura 2): Distância percorrida no deslocamento entre Jacarezinho e Lins. Fonte: Google Maps. Acesso em 26/10/2016

## 1.2 Consultório na Rua e Integralidade em Saúde

Em 2011, após algumas experimentações isoladas de cuidado à PSR e aos usuários de álcool, crack e outras drogas em alguns municípios do Brasil, seja no âmbito da saúde mental (Consultório *de* Rua) ou da atenção básica (Programa de Saúde da Família sem domicílio), o Ministério da Saúde adotou o Consultório *na* Rua (CnaR) como um serviço estratégico da

Atenção Básica, fazendo a composição entre os dispositivos da Saúde Mental e da Saúde da Família. Insere-se nas redes de saúde e intersetorial, na intenção de produzir uma terapêutica singular para cada pessoa/coletivo em situação de rua.<sup>2</sup>

As equipes CnaR foram instituídas em 2011 pela PNAB - Política Nacional de Atenção Básica<sup>3</sup> e integram o componente “atenção básica” da rede de atenção psicossocial, prevista pela portaria MS 3088 também de 2011.<sup>4</sup> Suas diretrizes de organização e funcionamento foram definidas em janeiro de 2012, pela portaria MS 122 do Ministério da Saúde e são pautadas nos princípios e diretrizes do SUS.<sup>7,6</sup> O Manual Sobre o Cuidado à Saúde Junto à população de Rua caracteriza os consultórios na rua como sendo formados por equipes multiprofissionais que prestam atenção integral à saúde de uma referida população em situação de rua *in loco*. As atividades são realizadas de forma itinerante desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às equipes das unidades básicas de saúde (UBS), centros de atenção psicossocial (CAPS), serviços de urgência e emergência e de outros pontos de atenção da rede, de acordo com as demandas e necessidades do usuário.<sup>7</sup>

Também em 2011, devido à disseminação do uso do crack nos grandes centros urbanos do Brasil, houve incentivo à ampliação dos CnaR por parte do Governo Federal por meio do programa “*Crack, é possível vencer*”<sup>8</sup>, coordenado pelo Ministério da Justiça em parceria com os Ministérios da Saúde e do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Seus objetivos são prevenir o uso de drogas e promover a atenção integral às pessoas em uso problemático de drogas, bem como enfrentar o tráfico. Conta com três eixos de atuação: prevenção, cuidado e autoridade. No eixo cuidado, o programa desenvolve ações para estruturar redes de atenção à saúde e de assistência social para o atendimento das pessoas em uso problemático de drogas e em situação de vulnerabilidade.

Os problemas decorrentes do uso de drogas envolvem múltiplas dimensões, para além da saúde, que podem ter graves consequências para os indivíduos e para a coletividade. Dutra<sup>9</sup> ao se referir ao uso do crack defende que os indivíduos mais atingidos pela marginalização social e pela consequente privação de recursos correm mais riscos de serem afetados pelos efeitos físico-químicos nocivos proporcionados pelo uso abusivo. Evidências indicam que muitas pessoas não deixarão de consumir drogas e que a atitude mais racional e eficaz para minimizar as consequências adversas do seu uso problemático— drogas lícitas ou ilícitas — está no desenvolvimento de políticas de saúde pública que possibilitem o consumo em condições com o menor nível de riscos e danos, tanto ao indivíduo consumidor, como à sociedade.

No acolhimento a usuários de drogas que se encontram em uma cena de uso a equipe de CnaR se depara com demandas que não são apenas de saúde. Sobre demanda e necessidade de saúde Cecílio<sup>10</sup> diz que:

[...]a demanda é o pedido explícito, a “tradução” de necessidades mais complexas do usuário. Na verdade, demanda, em boa medida, são as necessidades modeladas pela oferta que os serviços fazem. As necessidades de saúde (...) podem ser a busca de algum tipo de resposta para as más condições de vida que a pessoa viveu ou está vivendo, a procura de um vínculo (a) efetivo com algum profissional, a necessidade de ter maior autonomia no modo de andar na vida, ou, mesmo, ter acesso a alguma tecnologia de saúde disponível, capaz de melhorar e prolongar sua vida. Está tudo ali, na “cestinha de necessidades”, precisando ser, de alguma forma, escutado e traduzido pela equipe (Cecílio, 2009, p.120).

O trabalho em uma equipe de CnaR convocou os profissionais a desenvolverem a capacidade de traduzir as demandas de pessoas em situação de rua em necessidades reais que vão para além do âmbito da saúde, originárias da vulnerabilidade e desfiliação que cotidianamente vivenciam. Esta prática requer trabalho multiprofissional e ativação de redes intersetoriais com a Assistência Social, Justiça, Educação, Cultura e Trabalho com o intuito de potencializar os dispositivos do território e implicá-los no cuidado.

Para Castel<sup>11</sup> a vulnerabilidade e a desfiliação são estados de fragilização das redes sociais de suporte do indivíduo, constituídas pela família, a malha social e o Estado. A vulnerabilidade ocorre quando há precariedade do trabalho e fragilidade relacional. Na desfiliação, se conjugam a ausência de trabalho e o isolamento social, implicando uma dupla ruptura das redes de sociabilidade e de participação.

Vulneráveis ou desfiliaados, fato é que a condição do morar na rua e o consumo de álcool, *crack* e outras drogas podem ou não estar associados entre si, no entanto, ambos produzem estigma para a PSR e para os usuários de álcool, crack e outras drogas. Para Londero<sup>2</sup>, mesmo em face da desinstitucionalização, não houve de maneira relevante, uma política social e de saúde que pensasse sobre o sofrimento ou transtorno psíquico e o acolhimento da população em situação de rua, a qual foi crescendo de maneira expressiva nas grandes cidades do Brasil nas últimas décadas decorrente do agravamento da desigualdade social.

A Política Nacional para a População em Situação de Rua<sup>12</sup>, instituída pelo decreto presidencial 7.053/2009, define a PSR como:

[...] grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados, a inexistência de moradia convencional regular e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (Parágrafo único - Decreto 7053/2009).

Atualmente, tal política no Brasil se une às diretrizes do âmbito da saúde, da assistência social e de outros setores, na busca da garantia da integralidade do cuidado às pessoas que vivem nas ruas, à margem da sociedade e privadas do acesso à cidadania, devido ao estigma social de sua condição.

É importante ressaltar também que até pouco mais de uma década, a questão do uso de drogas em nosso país ficava a cargo majoritariamente das instâncias jurídicas, a partir do viés da criminalização do uso. Apenas em 2003, a Política de Atenção Integral à Usuários de Álcool e outras Drogas<sup>13</sup> (PAID) ampliou a abordagem da questão para o âmbito da saúde pública e o SUS começou a se estruturar para o atendimento a estes indivíduos, buscando alternativas para o cuidado, tendo como instrumento legal a lei 10.216 (MS, 2002)<sup>14</sup>, o alinhamento com os paradigmas da Reforma Psiquiátrica e a Redução de Danos (RD) como estratégia principal de acesso e ação junto à populações em situação de vulnerabilidade.

94

Desta forma, o CnaR representa um importante ponto de congruência entre políticas públicas, programas de governo e movimentos sociais que vêm trabalhando contra a invisibilidade da PSR ao longo dos últimos anos.

### **1.3 A Redução de Danos e seus princípios**

Ao apresentar a Redução de Danos enquanto uma de suas estratégias de ação, a PAID considera que, para ter a eficácia que pretende, ela deve ser operada em interações, promovendo a ampliação do acesso ao usuário. Deve criar pontos de referência para o cuidado, viabilizando o acolhimento aos usuários de álcool, crack e outras drogas nos equipamentos de saúde. Desta forma, os insumos distribuídos aos usuários pela equipe de CnaR em suas ações territoriais, como preservativos, gel lubrificante, manteiga de cacau e canudos para inalação de cocaína, caracterizam-se como estratégia de Redução de Danos (RD) e são um meio potente de produzir acesso ao cuidado em saúde.

A Pesquisa Nacional Sobre o Uso do Crack<sup>1</sup> constatou que quase metade dos usuários de crack e/ou similares participantes relata ter trocado sexo por drogas e/ou dinheiro nos 30 dias anteriores à pesquisa de modo a obter meios para financiar o hábito ou a droga para consumo próprio, muitas vezes sem uso de preservativo. Quanto ao „compartilhamento de apetrechos para utilização do crack e similares“, mais de 70% dos usuários referiram ter feito uso de drogas compartilhando apetrechos nos 30 dias anteriores à pesquisa.

A entrega dos insumos de RD é acompanhada por ações de educação em saúde quanto à prevenção de doenças como tuberculose (TB), HIV, sífilis e hepatite C, que possuem maior prevalência entre a PSR que faz uso de *crack*.<sup>1</sup> A partir da demanda produzida na ação e com consentimento dos usuários, a equipe de CnaR realiza *in loco* coleta de escarro para exame de TB, testes rápidos para sífilis, hepatite C e HIV, curativos e outros procedimentos.

Andrade<sup>17</sup>, afirma que a Redução de Danos (RD) não é um conceito de consenso na literatura ou entre os técnicos que a operacionalizam; entretanto, é de fácil definição a partir de suas práticas: são ações que visam minimizar riscos e danos de natureza biológica, psicossocial e econômica, provocados ou secundários pelo uso/abuso de drogas sem necessariamente requerer a redução do consumo de tais substâncias. Suas ações orientam-se por três princípios básicos: o pragmatismo, a tolerância e a diversidade.

Segundo o autor, a RD é pragmática por ser uma prática de saúde pública com objetivos claros de preservar a vida de milhares de pessoas expostas a infecções durante o ato de consumir drogas ou devido aos estados alterados de consciência por elas propiciados, e que não desejam, ou se desejam não conseguem, através dos recursos habitualmente disponíveis, abandonar o seu consumo. Ao distribuir gel lubrificante, preservativos, manteiga de cacau e canudos para uso de cocaína, a equipe de CnaR sustenta o princípio do pragmatismo prevenindo o adoecimento da população local, especialmente no que se refere à prática de sexo sem segurança e ao compartilhamento de apetrechos para uso de drogas.

A tolerância consiste no respeito aos usuários de drogas pelo direito às suas escolhas. Na experiência aqui relatada demonstra-se esse princípio na prática da equipe de CnaR de entrar cuidadosamente nas cenas de uso, identificando-se como sendo “*da saúde*” e sem reprimir o consumo de droga presenciado. Os autores deste trabalho observaram que grande parte dos usuários interrompia o uso espontaneamente ao ver os profissionais e afirmava fazê-lo em sinal de respeito.

Quanto ao princípio da diversidade, Andrade<sup>17</sup> aponta que ele consiste nas diferentes práticas de RD em função das múltiplas possibilidades entre as populações de usuários, dos recursos técnicos possíveis e disponíveis e das diferentes drogas de uso por parte dessas populações. A incorporação deste princípio pela equipe de CnaR será apresentada no tópico a seguir.

## 2 "USANDO" ARTE NA CENA: A PRÁTICA

As ações desenvolvidas *in loco* pelas equipes de CnaR apresentam grande complexidade no que se refere ao trabalho realizado nas cenas de uso. A abordagem da PSR é um momento importante do trabalho, pois muitas pessoas são resistentes à aproximação de desconhecidos. <sup>16</sup> Nesse sentido, escutar suas demandas e compreender as reais necessidades de cada usuário possibilita o início da construção de um vínculo que se constitui como essencial para o acontecimento do cuidado.

Com a presença frequente e constante da equipe de CnaR na cena de uso do Lins a oferta dos insumos tradicionais de Redução de Danos se mostrou insuficiente para produzir uma aproximação com os usuários. Eram recusados com a alegação de já terem os mesmos em quantidade suficiente para seu consumo. A partir desta recusa, a equipe viu-se convocada, após intensos debates em reunião, a criar novos insumos para ampliar a construção de vínculos com os usuários e a elaboração de demandas de cuidado.

A partir deste impasse, os profissionais responsáveis por esse Estudo propuseram aos demais membros da equipe de CnaR que a aproximação aos usuários fosse mediada pela oferta de materiais para experimentações estético-artísticas. A aposta consistia em utilizar este recurso enquanto tecnologia sociocultural produtora de vínculo e enquanto possibilidade de insumo visando a produção de cuidado.

O início destas intervenções deu-se em uma cena de uso localizada em uma rua estreita do Complexo do Lins de Vasconcelos, com aglomeração de aproximadamente 100 pessoas, que variavam de acordo com o contexto. Com a adesão de parte da equipe de CnaR e estranhamento de alguns profissionais, acrescentou-se à bagagem de insumos de RD cartolinas, tintas, pincéis, giz de cera, canetinhas, lápis de cor, violão, pandeiro e chocalho.

O convite feito aos usuários para experimentação dos materiais disponibilizados foi inicialmente recusado, causando estranhamento nos mesmos. Os profissionais começaram então a produzir seus próprios desenhos e pinturas e, aos poucos, alguns usuários que já conheciam a equipe se juntaram. A música começou a fazer coro entre alguns presentes e outros se aproximaram dos “novos insumos” com curiosidade. Uma das jovens que lá estavam, substituiu espontaneamente o copo de plástico que segurava nas mãos, utilizado para queima da pedra de crack e inalação da fumaça, por diversas canetinhas coloridas, improvisou uma mesa em caixa de papelão e começou a desenhar. (Figura 3)



(Figura 3) - Jovem utilizando canetinhas para desenhar. Fonte: arquivo pessoal.

Com a oferta de acesso aos materiais artísticos pudemos nos aproximar cada vez mais daqueles sujeitos. Em meio aos fazeres estéticos e às produções culturais, ouviam-se histórias de vida, espaços que, segundo Mecca<sup>17</sup>, podem produzir híbridos de experiência estética, colocando-se enquanto facilitador do acolhimento de modos de existência diversos e da ancoragem destes numa rede de significação coletiva. São experiências agenciadoras de um reconhecimento de si na cultura e promotoras do sentimento de filiação.

Para uma população extremamente vulnerável e historicamente cerceada de seu direito à produção cultural e artística, promover um espaço facilitador do fazer estético-artístico significa também empoderá-la de seus saberes e identidades por meio da produção de múltiplas linguagens, constituindo-se também, desta forma, em estratégia de fomento à cidadania cultural.

As intervenções duravam cerca de 1h30min e podem ser divididas, grosso modo, em três momentos: a chegada como um momento de tensão por parte da equipe, por não saber em que condições encontram a cena de uso (com presença do tráfico ou da polícia) e qual nível de receptividade por parte dos presentes. Na cidade do Rio de Janeiro, a forte presença armada do tráfico e o posicionamento das concentrações de usuários de drogas em regiões fronteiriças de confronto entre a polícia e os traficantes, por conseguinte muito violentas, é um complicador para o trabalho das equipes de saúde junto às populações vulneráveis.

Um segundo momento, no qual os usuários e a equipe se conectam por meio do fazer estético-artístico, o que possibilita a emergência de uma série de demandas. E um terceiro momento, que se conclui a ação e a equipe finaliza o atendimento das demandas que podiam ser resolvidas *in loco*. Para as demandas mais complexas que envolvem deslocamento, é utilizado o carro da equipe para, por exemplo: realizar exames, iniciar tratamento no Caps ad<sup>3</sup>, retornar à casa de familiares ou se comunicar com amigos e parentes.

Com a continuidade das ações, dia e hora combinados entre as partes, estabeleceu-se um cotidiano ocupacional e alguns usuários ficavam na expectativa da chegada da equipe simplesmente para "fazer arte"(sic.) ou por motivo de demandas clínicas e psicossociais. Silva et al<sup>18</sup>, ao discutirem o desenvolvimento e a articulação da rede intersetorial para o cuidado integral de usuários de drogas em contextos de vulnerabilidade afirmam que:

A rede deve oferecer um ambiente no território para a prática de um cotidiano ocupacional como projeto de existência social, ou seja, o território deve ser promotor de ações diárias, nas quais se possibilite uma comunidade "ocupada", viva e com bem-estar. Não se trata apenas da ocupação como norma moral, mas como envolvimento social de encontro, troca, de atividades lúdicas, de esporte, de trabalho e de aprendizagem de habilidades (Silva et al., 2014, p.151).

Entre as idas e vindas solicitaram que se registrassem fotograficamente os artistas e das suas produções, suas obras estético-artísticas, contrariando uma regra fundamental desses territórios que é a proibição de utilização de câmeras (Figura 4).

Londero<sup>2</sup>, ao descrever o trabalho de uma equipe CnaR afirma que:

Parece necessário desenvolver certa sensibilidade de acolhimento para conectar a subjetividade do usuário, mesmo que sem palavras. É importante estar atento à maneira com a qual é proposta uma oferta de cuidado, de maneira que ela seja

---

<sup>3</sup> Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas

compatível para com o usuário, não a escuta para fins de convencimento quanto aos exames, medicamentos e procedimentos que julgamos importantes para o „seu“ bem-estar (Londero; Ceccim,; Bilibio, 2014. p.258).



(Figura 4) - registro fotográfico realizado a pedido de um dos participantes da atividade. Fonte: arquivo pessoal.

Desta forma, o princípio da diversidade apresentado por Andrade<sup>17</sup>, pode ser compreendido neste relato como a invenção de estratégias de RD de acordo com as características do território e da população a ser atendida. Nesse sentido, a utilização do fazer estético artístico coloca-se também como estratégia para produção de vínculo e, conseqüentemente, de cuidado em saúde, reduzindo os danos causados pelo estigma e exclusão vivenciados pela PSR usuária de álcool, crack e outras drogas.

## 2.1 As Redes Sociais de Suporte

Diante da aceitação da iniciativa da equipe de CnaR pelos usuários, estabeleceu-se uma frequência de dois dias na semana para o trabalho naquele território, com sucessiva inclusão de outros serviços intra e intersetoriais na ação, uma vez que passaram a demandar outras formas de cuidado, como acolhimento de demandas sociais e jurídicas, curativos e atendimentos multiprofissionais.

O primeiro serviço a colaborar foi a unidade básica de saúde (UBS) daquele território, entendendo que, apesar de os usuários estarem ocupando as ruas próximas a pouco tempo,

tinham naquele serviço uma referência e passaram a endereçá-lo uma série de demandas. Não foi sem impasses a aceitação dos profissionais do serviço em atender os novos usuários locais, pois trouxeram complexas demandas para as equipes, entre elas: utilizar os banheiros da unidade para higiene pessoal, dormir um pouco, quando não dentro da unidade, no entorno, além da ampliação da demanda por serviços usualmente oferecidos por uma unidade básica de saúde.

Posteriormente, o Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS) local foi convidado para compor a equipe durante as ações de redução de danos. A advogada do serviço passou a assistir aos usuários, principalmente para retirada de documentação, abrigamentos voluntários e auxílio para acompanhamento de questões jurídicas.

Outra importante articulação realizada pela equipe foi com os representantes das associações de moradores locais, que assim como as equipes da estratégia de saúde da família, podem contribuir para tornar possível o acesso seguro aos locais onde se concentram os usuários. O apoio desses atores pode garantir a segurança da equipe no que tange à violência local oriunda do confronto entre traficantes e policiais. A aproximação com as associações de moradores deu-se a partir da criação de uma reunião de lideranças comunitárias que congregava representantes do Caps ad, de unidades locais de saúde, assistência social, companhia de limpeza urbana, subprefeitura e representantes comunitários locais. Esta foi uma iniciativa da assistente social da UBS do território, que contribuiu para o acontecimento do trabalho.

Discute-se nesses espaços questões relacionadas ao uso de drogas, problemas decorrentes do surgimento de cenas de uso na comunidade, e formas de reduzir os danos aos usuários e à população local, além de possíveis encaminhamentos para situações vivenciadas por eles ou por outros moradores. Alguns representantes locais demonstram interesse em participar das ações junto à equipe de CnaR, ampliando o leque de cuidado aos usuários. Observou-se que até a chegada da equipe de consultório na rua e o início das reuniões de lideranças comunitárias, os representantes das associações de moradores contavam quase que exclusivamente com instituições religiosas para lidar com os problemas decorrentes do uso de drogas. Os pedidos de ajuda eram dirigidos a instituições de tratamento de longa permanência de caráter duvidoso, mesmo com a existência de um CAPS Ad no território.

Quanto à relação da equipe com o tráfico e com a polícia, estes nunca foram hostis em relação ao trabalho do CnaR. Pelo contrário, demonstravam respeito às ações das equipes de

saúde. Entretanto, como geralmente as cenas de uso se localizam entre o local de acesso da polícia à comunidade e os pontos de venda de drogas, eram comuns tiroteios que podiam colocar a segurança dos profissionais em risco, cabendo à equipe desenvolver estratégias para trabalhar de forma segura.

Diante do exposto, as intervenções territoriais da referida equipe de CnaR, orientadas pelos princípios da RD, se afirmam como clínico-políticas, em consonância com a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas<sup>13</sup>:

[...] pois para que não reste apenas como “mudança comportamental”, a redução de danos deve se dar 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 usando recursos que não sejam repressivos, mas comprometidos com a defesa da vida (Brasil, MS, 2003, p.11).

### 3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na análise da prática desenvolvida, os autores observaram que os movimentos migratórios que originaram as referidas cenas de uso de drogas no Complexo do Lins de Vasconcelos entre outubro de 2012 e abril de 2013 foram motivados por ações repressivas da polícia ou do próprio tráfico, assim como pela busca de acesso aos meios de subsistência e/ou à droga. Por isso, o CnaR se apresentou como equipamento fundamental na garantia da integralidade do cuidado à estas populações vulneráveis, devido à sua capilaridade no acesso ao território. Os desafios encontrados pela equipe em seu cotidiano de trabalho convocaram os profissionais a reinventar suas intervenções de RD, agregando a experimentação estético-artística como insumo-meio produtor de acesso e vínculo aos usuários. A potência do trabalho em equipe pôde ativar redes sociais de suporte importantes no território.

Enquanto sujeitos da experiência relatada, considera-se que ao compartilhar neste trabalho as possibilidades de intervenção clínico-políticas com a PSR, contribui-se para a construção de saberes e práticas singulares que consolidem a presença dos Consultórios na Rua nos territórios. E muito, além disso, como afirma Barros<sup>19</sup>:

[...] ensaiamos aqui a consciência coletiva diante de temas que definem nosso tempo, de que o trabalho de leitura do real em perspectivas múltiplas valoriza criativamente as formas de racionalidade, as experiências singulares e sua elaboração e a percepção de que juntos aprendemos uns com os outros (p.593).

## Referências

1. Bastos, FI; et. al. **Comportamentos de risco e prevalências para a infecção pelo HIV (vírus da AIDS), vírus da Hepatite C e Tuberculose na população usuária de crack e/ou similares no Brasil: Achados do inquérito nacional de crack.** In: Bastos, FI; Bertoni, N. Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras?– Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014. [acesso em 2015 mai 04]; 69-84. Disponível em: <http://www.iciet.fiocruz.br/sites/www.iciet.fiocruz.br/files/Pesquisa%20Nacional%20sobre%20o%20Uso%20de%20Crack.pdf>
2. Londero, MFP; Ceccim, RB; Bilibio, LFS. **Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde.** Interface (Botucatu), Botucatu , junho/2014. 18 (49): 251-260. [acesso em 2015 abr 17]. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php>
3. Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria GM 2488**, de 23 de outubro de 2011. [acesso em 2015 jun 16]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>
4. Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria GM 3088**, de 23 de dezembro de 2011. [acesso em 2015 mai 10]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>
5. Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria GM 122**, de 25 de janeiro de 2012. [acesso em 2015 mai 10]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111897-122.html>
6. Brasil, Governo Federal; *et al.* **Lei 8080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília-DF, Brasil, 1990. [acesso em 2015 abr 13]. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua / Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. [acesso em 2015 abr 17]; 98 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_cuidado\\_populacao\\_rua.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_cuidado_populacao_rua.pdf)
8. Brasil. Ministério da Justiça e Cidadania. **Crack, é possível vencer.** Brasília, 2012b. [acesso em 2015 mai 10]; Disponível em: <http://www2.brasil.gov.br/crackepossivelvencer/home>
9. Dutra, R; Henriques, V. **O poder discricionário dos agentes institucionais que lidam com usuários de crack: invisibilidade de classe e estigma de gênero;** in Crack e exclusão social/ organização Jessé Souza; Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Política sobre Drogas, p. 305-328, 2016.
10. Cecílio, LCO. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde.** In: Pinheiro, R.; Mattos, RA. (Org.). *Os*

*sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.* Rio de Janeiro: CEPESC, IMS- UERJ, ABRASCO, 2009, p. 117-130.

11. Castel, R. **A dinâmica dos processos de marginalização: Da vulnerabilidade à "desfiliação"**. Cadernos CRH. Salvador, 1997. 26/27: 19-40.

12. Brasil. **Decreto Nº 7.053** de 23 de dezembro de 2009. [acesso em 2015 mai 17]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm)

13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. [acesso em 2015 mai 17] 60 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns\\_alcool\\_drogas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf)

14. Brasil, Ministério da Saúde. **Lei n.º 10216/2001** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Lex-Legislação em Saúde Mental. [acesso em 2015 abr 18]. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LEIS\\_2001/L10216.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm)

15. Andrade, TM. **Redução de danos: um novo paradigma?** In: Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo. EDUFBA, 2004; p. 87-95. [acesso em 2015 abr 13]. Disponível em: [http://www.twiki.ufba.br/twiki/pub/CetadObserva/ReducaoRiscosDanos/Redu%E7%E3o\\_de\\_danos-um\\_novo\\_paradigma.pdf](http://www.twiki.ufba.br/twiki/pub/CetadObserva/ReducaoRiscosDanos/Redu%E7%E3o_de_danos-um_novo_paradigma.pdf)

16. Simas, RS; Cruz, MS. **Abordagem de População em Situação de Rua. In: Desenvolvendo e articulando o conhecimento para o cuidado das pessoas em sofrimento pelo uso de drogas em contextos de vulnerabilidade.** In: Mastigai et al (orgs.). 1. ed. - Curitiba, PR: CRV, p.91-98. 2015.

17. Mecca, RC. Castro, ED. **Experiência estética e cotidiano institucional: novos mapas para subjetivar espaços destinados à saúde mental**. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.12, n.25, p.377-86, abr./jun. 2008. [acesso em 2015 mai 20]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v12n25/a12v1225>

18. Silva, MNRMO. *et al.* **Desenvolvendo e articulando a rede intersetorial para cuidado integral de usuários de drogas em contextos de vulnerabilidade.** Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos, v. 22, n. Suplemento Especial, p145-152, 2014. [acesso em 2015 abril 27] Disponível em: <http://doi.editoracubo.com.br/10.4322/cto.2014.039>

19. Barros, DD *et al.* **Cultura, economia, política e saber como espaços de significação na Terapia Ocupacional Social: Reflexões sobre a experiência do Ponto de Encontro e Cultura.** Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos, v. 21, n. 3, 2013. [acesso em 2015, abr 13]; 583-594. Disponível em: <http://doi.editoracubo.com.br/10.4322/cto.2013.060>

\* Este trabalho não recebeu financiamento.

**Contribuições da autora e do autor:**

**Keronlay da Silva Machado:** concepção do texto, organização de fontes, redação do texto, revisão, formatação.

**Rodrigo Silva Simas:** concepção do texto, organização de fontes, redação do texto, revisão, formatação.