

Consultório de Rua: cuidado no território na interface entre HIV/Aids, drogas e Redução de Danos

‘Street Outreach Teams’: care in the territory at the interface between HIV/AIDS, drugs and Harm Reduction

Pollyanna Fausta Pimentel de Medeiros^{1,2}, Rossana Carla Rameh-de-Albuquerque^{3,4}, Renata Barreto Fernandes de Almeida⁵, Alda Roberta Lemos Campos-Boulitreau^{4,6}, Naíde Teodósio Valois-Santos⁷, Ana Lucia Marinho Marques⁸

DOI: 10.1590/0103-1104202313620

RESUMO Este artigo teve como objetivo apresentar a experiência da implementação dos Consultórios de Rua na cidade do Recife-PE como estratégia de prevenção ao HIV/Aids e Redução de Danos (RD) decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. Ainda que o resgate da história desse processo apresente tensões, impermanências e alternâncias nos modelos de cuidado implementados pela gestão municipal, sua análise aponta a importância de reafirmar, no contexto atual, a proposição de práticas e experiências nesse campo, ancoradas na RD e na defesa da cidadania e dos direitos humanos. Observa-se que os Consultórios de Rua contribuem para fortalecer a prática de RD no Sistema Único de Saúde (SUS) como estratégia de saúde pública, assim como reduzem as vulnerabilidades às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e Aids associadas ao uso de álcool, crack e outras drogas. A experiência do CR ampliou a promoção à linha de cuidado para pessoas que usam álcool, crack, e outras drogas, reduzindo também as vulnerabilidades das IST/Aids associadas a esse consumo. No entanto, vê-se que é preciso investir e manter processos formativos que sejam permanentes, além de estudos e pesquisas epidemiológicas que demonstrem os resultados alcançados nos diferentes contextos.

PALAVRAS-CHAVE HIV. Políticas públicas de saúde. Redução de Danos. Substâncias psicoativas.

ABSTRACT *This article aims to present the experience of implementing ‘Street Outreach Teams’ in the city of Recife-PE as a strategy for HIV/AIDS prevention and Harm Reduction (HR) associated with the use of alcohol, crack, and other drugs. Although the review of the history of this process reveals tensions, volatility, and alternations in the care models implemented by the city management, the analysis points out the importance of reaffirming, in the current context, the practices and experiences in that field, anchored in HR and in the defense of civil and human rights. Street outreach teams have been found to help strengthen the practice of HR in the Unified Health System, as a public health strategy to reduce vulnerabilities to Sexually Transmitted Infections (STI) and AIDS associated with the use of alcohol, crack, and other drugs. The experience has expanded the promotion of the line of care for people who use alcohol, crack, and other drugs and reduced the vulnerabilities of STI/AIDS associated with such use. However, it seems that it is necessary to invest and maintain permanent training processes, in addition to epidemiological studies and research demonstrating the results achieved in different contexts.*

KEYWORDS HIV. Health policy. Harm Reduction. Psychotropic drugs.

¹Centro Universitário Maurício de Nassau (Uninassau) - Recife (PE), Brasil.

²Faculdade de Ciências Humanas ESUDA (FCHE) - Recife (PE), Brasil.

³Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia de Pernambuco (IFPE) - Recife (PE), Brasil.

⁴Tessituras Psicologia e Saúde - Recife (PE), Brasil.

⁵Centro Universitário UnifBV (UnifBV) - Recife (PE), Brasil.

⁶Espaço Trilhares Psicologia - Recife (PE), Brasil.

⁷Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Aggeu Magalhães (IAM) - Recife (PE), Brasil.

⁸Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) - Recife (PE), Brasil.
ana.mmarques@ufpe.br

Introdução

No Brasil, na década de 1980, quando centenas de casos de Aids haviam sido detectados, o Ministério da Saúde (MS) reconheceu a infecção como um problema de saúde pública e, por meio da Portaria nº 236/1985, criou o Programa Nacional da Aids com objetivo de definir diretrizes e estratégias para o enfrentamento da epidemia no País¹.

A cidade de Santos-SP, em 1989, foi a primeira a adotar a Redução de Danos (RD) como estratégia de saúde pública no Brasil diante dos altos índices de transmissão de HIV relacionados com o uso de drogas injetáveis. Durante os anos 1990, em outros municípios brasileiros, começaram a ser elaboradas as primeiras intervenções de prevenção ao HIV específicas para Usuários de Drogas Injetáveis (UDI) – com destaque para Salvador-BA, que implementou o primeiro Programa de Troca de Seringas (PTS) –, uma estratégia de RD que abordava UDI informando, orientando sobre medidas de prevenção ao HIV e propondo o não compartilhamento de agulhas e seringas^{2,3}. Em Recife-PE, o Programa de Redução de Danos foi implementado nos anos 2000 e adotou uma característica diferente, sendo direcionado para pessoas que usam álcool e outras drogas.

É importante ressaltar que, nesse período, ainda não havia políticas públicas de saúde voltadas especificamente para o tratamento das pessoas com problemas decorrentes do uso do álcool e de outras drogas, ficando estas sob os cuidados de instituições filantrópicas, religiosas ou psiquiátricas, na sua maioria de caráter asilar, manicomial e voltadas exclusivamente para a abstinência de drogas. A resposta do MS para essa questão só foi oficializada em 2003, com a publicação da Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas⁴.

Com a diminuição da infecção pelo HIV em decorrência do compartilhamento de agulhas e seringas e o reconhecimento da relevância da perspectiva da RD para abordar

problemas relacionados com o consumo de diversas drogas em diferentes contextos, o MS assumiu essa perspectiva de forma ampliada para o cuidado de pessoas que usam drogas como estratégia de saúde pública e no diálogo com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse contexto, a RD foi afirmada como diretriz fundamental para o cuidado nesse campo, definida como

Estratégia de saúde pública que visa reduzir os danos causados pelo abuso de drogas lícitas e ilícitas, resgatando o usuário em seu papel autorregulador, sem a preconização imediata da abstinência e incentivando-o à mobilização social⁴⁽²⁷⁾.

Ao longo dos anos, a RD foi se tornando um novo paradigma, na medida em que trazia a perspectiva do acolhimento das pessoas que usam drogas como cidadãs de direitos e sujeitos políticos e as incluía como protagonistas das ações de cuidado. Ao se contrapor ao paradigma da abstinência como única direção de cuidado possível, a RD se afirmou como uma estratégia de produção de saúde e de vida^{5,6}.

Nas últimas décadas, o campo das políticas públicas de cuidado direcionadas às pessoas vivendo com HIV/Aids, assim como outras políticas sociais, tem sido atravessado por desafios diversos (como congelamento no financiamento, redução do papel do Estado, repressão dos movimentos sociais, visão conservadora quanto a determinados temas como gênero e sexualidade), que diminuem a possibilidade de desenvolvimento de respostas institucionais adequadas ao perfil da epidemia e às necessidades sociais e de saúde das pessoas, bem como produzem ações que aumentam estigma e o preconceito^{7,8}.

Este artigo tem como objetivo apresentar a experiência da implementação dos Consultórios de Rua no município do Recife-PE, desde a sua criação, em 2010, no contexto da Política Municipal de Redução de Danos e Atenção aos usuários de álcool, fumo e outras drogas, denominada Programa Mais Vida. É

importante considerar que parte das autoras atuaram diretamente na formulação, articulação e implementação dos Consultórios de Rua (CR), de modo que este texto se torna um relato vivo e dinâmico por tratar-se de uma práxis em um campo de muitas complexidades e paradoxos. Em um período marcado por tantas dificuldades e retrocessos, espera-se, com este artigo, contribuir para o fortalecimento de políticas públicas e promover reflexões sobre indicadores e elementos essenciais na formulação de boas práticas nesse campo; além de destacar a importância do CR como política pública de prevenção às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e sua interface com o uso de drogas, utilizando a RD como referencial ético, técnico e político e em defesa da cidadania e dos direitos humanos.

Contexto

Recife, capital de Pernambuco, integra a Região Metropolitana com outros 14 municípios; tem uma área de 220 km² e população estimada em 2021 de 1.661.017 habitantes, a nona maior do Brasil⁹. Seus 94 bairros são divididos em 6 regiões político-administrativas, que expressam na sua configuração físico-territorial as diferenças provocadas pelo quadro de desigualdades socioeconômicas que se consolidou ao longo de sua história. Estudo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontou o Recife como a capital brasileira com maior índice de desigualdade em 2019, com cerca de 115 mil pessoas, 7% de sua população, vivendo abaixo da linha de extrema pobreza¹⁰.

No que se refere ao perfil do município quanto ao consumo de álcool e outras drogas, o III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela população brasileira, realizado em 2015 com a população de 12 a 65 anos, estimou para o conjunto das capitais brasileiras prevalências superiores à média nacional. A prevalência de pessoas que consumiram álcool nos últimos 12 meses foi de 47,4%; medicamentos não prescritos, 2,8%; e drogas consideradas ilícitas, 4,8%¹¹.

Quanto à infecção pelo HIV, estudo realizado pela Fiocruz Pernambuco com população que faz uso regular de drogas ilícitas, em especial o crack, estimou prevalência de HIV cerca de 17 vezes a estimativa para a população geral¹², reforçando essa população como grupo prioritário para ações de prevenção e cuidado.

No âmbito do SUS municipal, a estruturação de ações de RD voltadas para a população que faz uso de álcool e outras drogas iniciou com a implantação do CR, a partir de uma carta-convite do MS para municípios que realizavam investimentos no cuidado na área de álcool e outras drogas para a população em diferentes territórios vulneráveis, a partir de recursos do Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (Pead)¹³, de 2009, e do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas (Piec), de 2010¹⁴.

O Programa Mais Vida foi criado em 2004, tendo o CR sido implantado em 2010 como principal estratégia para o cuidado da população em situação de rua no âmbito da Política Municipal de Redução de Danos no consumo de álcool, fumo e outras drogas. O Programa Mais Vida comportava os serviços de atenção à população usuária de álcool e outras drogas – seis Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas (CapsAD), quatro Casas do Meio do Caminho, equipamentos precursores das unidades de acolhimento, e uma unidade de desintoxicação em hospital geral^{15,16}.

O CR contava com seis equipes de redutores de danos, uma para cada distrito sanitário, vinculadas a um CapsAD, e uma equipe itinerante de arte-educadores, que desenvolviam atividades no território, visitando comunidades, dialogando e intervindo por meio de ações de prevenção e de promoção da saúde e da cidadania. O Recife foi o primeiro município brasileiro a instituir, por meio de concurso público, o cargo efetivo de Agente de Redução de Danos (ARD) no âmbito da administração direta, pela Lei Municipal nº 17.400/2007^{16,17}.

Posteriormente, a proposta do CR foi reformulada nacionalmente e, em 2011, foram

instituídas as equipes de Consultório na Rua pela Política Nacional de Atenção Básica do MS, objetivando ampliar o acesso ao cuidado da população em situação de rua e em convergência com os fundamentos e diretrizes da Atenção Básica. Em Recife, mantiveram-se os dois modelos de equipe – o CR e o Consultório na Rua –, com uma articulação com as Equipes de Saúde da Família, direcionando sua intervenção para a população em situação de rua^{18,19}.

Nesta revisão iremos apresentar o CR, que tinha por objetivo principal ampliar o acesso a cuidados em saúde das pessoas que usam drogas em diversas situações e contextos, como a rua e eventos culturais, sendo a prevenção no campo HIV/Aids uma das principais estratégias desenvolvidas. O relato pretende também identificar potencialidades do projeto, com o olhar para suas ações em HIV/Aids, e retrocessos ligados às mudanças nas políticas de saúde mental e de IST/Aids.

A experiência

O projeto CR foi concebido considerando a territorialização do Recife e sua organização em distritos sanitários. Cada equipe era formada por três ARD, cargo que pedia a certificação de nível médio, e um técnico de nível superior, geralmente profissionais da psicologia ou do serviço social. A equipe itinerante de arte-educadores era formada por quatro profissionais e seis oficinairos, também podendo ser de nível médio ou superior, com as seguintes linguagens artísticas: capoeira, teatro, autocuidado e percussão. Para a gestão dessas equipes, o CR contava com uma coordenadora das ações de campo, que atuava no monitoramento das atividades realizadas, três motoristas e uma supervisora clínica, trazendo um diferencial na leitura dos problemas encontrados no campo e um alinhamento para o trabalho em equipe.

Para a construção do processo de trabalho da equipe do CR, incluindo a definição dos territórios e horários prioritários para as intervenções, foram realizadas reuniões com

os gestores da atenção básica, dos CapsAD e com profissionais da rede do Sistema Único de Assistência Social (Suas). Para a estruturação das intervenções a partir das realidades dos territórios, seguiam-se as seguintes etapas: a) mapeamento de serviços e/ou instituições disponíveis à população em áreas definidas para a intervenção do projeto; b) observação e identificação da dinâmica dessas áreas quanto a organizações e lideranças comunitárias, segurança pública, prostituição e tráfico de drogas; c) em articulação com a política de DST/Aids, fornecimento de insumos (preservativos masculino e feminino, gel lubrificante e folhetos informativos sobre prevenção e serviços de DST/Aids) e formação das equipes para o aconselhamento em HIV/Aids; d) realização de abordagens educativas conjuntas com a rede de saúde, tanto direcionadas a casos específicos sinalizados pelos CapsAD, Núcleos de Apoio a Saúde da Família (Nasf) e equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), incluindo visitas domiciliares a pessoas fazendo uso contínuo de drogas, como em eventos culturais, praças ou cenas de uso de drogas; e) encaminhamentos de casos específicos aos serviços da saúde e da assistência social; f) registro em diário de campo das vivências e percepções do território, e elaboração de relatórios periódicos.

É importante ressaltar que as ações do CR se davam tanto em horário diurno como noturno, e que as áreas definidas para as intervenções seguiam critérios de identificação de locais onde havia pessoas em maior situação de vulnerabilidade, em um contexto de uso de substâncias psicoativas ou, ainda, vivendo com HIV/Aids. Nesse sentido, o espaço da rua era um local frequente para as intervenções, devendo ser compreendido como um ambiente privado para quem nele vive. Como ressalta Nery Filho, Valério e Monteiro¹⁶, atividades como higiene pessoal, alimentação, relação sexual e o ato de dormir, consideradas como privadas, são experienciadas no cotidiano da rua, o que evidencia dificuldades no acesso às práticas de prevenção às IST e à gravidez, por exemplo.

A utilização de insumos (garrafas plásticas para troca pelas garrafas de vidro, chaveiros com dicas de RD, lanches ou copos de água mineral, camisinhas etc.) foi ferramenta primordial para a ida ao campo, pois funcionava como um facilitador para a entrada dos ARD nos territórios, bem como para a aproximação e vinculação com grupos, dando um diferencial na abordagem às pessoas que usam drogas. Além de favorecer o acesso a esses insumos, abordavam informações sobre as formas de transmissão do HIV e outras IST, como as hepatites B e C.

Também como facilitador para a entrada no campo, bem como para sua segurança, as equipes do CR utilizavam fardamento próprio (colete e camisas) e carro adesivado. A participação do motorista na equipe também contribuía para entrada e saída das áreas de maior risco de violência, juntamente com a articulação com as lideranças comunitárias antes da entrada da equipe no território para a realização das atividades de campo.

Inicialmente, por meio de observação direta no campo, os ARD faziam o reconhecimento do local onde iriam atuar, a fim de identificar suas características e dinâmicas, e melhor orientar seu processo de trabalho. Identificavam o padrão de consumo de drogas e suas vias de consumo, ou seja, quais drogas estavam presentes e como eram consumidas – de modo injetável, aspiradas, fumadas, bem como se havia compartilhamento de apetrechos para esse consumo. Observavam também se havia associação ou combinação com drogas medicamentosas e se elas eram para o controle da infecção pelo HIV, tuberculose ou ainda para comorbidades psiquiátricas. Verificavam ainda se havia impedimentos e dificuldades para as práticas preventivas. Diante desse conjunto de informações, e com o intuito de atuarem de modo mais eficiente e acolhedor, os ARD, respeitando os saberes, comportamentos e fluxos estabelecidos no território, planejavam o desenvolvimento das estratégias de ação, desde orientações gerais até disponibilização de insumos.

Antes da ida ao campo, as equipes do CR discutiam as estratégias de acesso ao território (pré-campo); e, após as atividades de campo, a equipe fazia uma avaliação das dificuldades encontradas (pós-campo), buscando aprimorar o planejamento das intervenções. Semanalmente, era realizada reunião técnica para discutir as questões administrativas e clínicas, a condução de casos e o cenário político do uso de drogas, com utilização de recursos como: manuais do MS, cartilhas sobre RD e HIV/Aids, artigos científicos e notícias atuais sobre os temas. Assim, na estruturação de suas atividades, trabalhavam-se questões do pré e do pós-campo ao mesmo tempo que funcionavam como processo formativo.

Para qualificação desse processo formativo, foi instituída uma supervisão clínico-institucional para a equipe, que funcionava como espaço de compartilhamento de experiências, de reflexão sobre a prática, examinando situações-problema vivenciadas pelos ARD e pelos arte-educadores. Durante a supervisão, também se trabalhavam a relação interpessoal e as dificuldades vivenciadas no grupo. A reflexão sobre o processo de trabalho e a autoavaliação promoviam mudanças positivas, gerando compromisso e responsabilidade na atuação do ARD com as pessoas que usam drogas e na articulação com outras equipes.

A falta de retaguarda e as dificuldades no trabalho em rede foram temas frequentes na supervisão clínico-institucional e caracterizavam o grande desafio no trabalho territorial, além dos conflitos interpessoais, algumas vezes gerados pela presença de ex-usuários de CapsAD na equipe técnica do CR. O novo olhar para o usuário e os próprios preconceitos e limitações da equipe foram amplamente discutidos. O trabalho da supervisão centrou-se na relação ‘pessoa que usa droga e o profissional’, o processo de encontro entre estes e os demais técnicos da equipe, ou seja, as pessoas e suas subjetividades. Assim, momentos de confiabilidade e esperança foram produzindo relações de vínculo e aceitação²⁰.

Dentre os impactos observados com a atuação das equipes do CR, pode-se destacar significativa ampliação de encaminhamentos para a rede socioassistencial e de saúde, incluindo os próprios CapsAD e a sensibilização para o atendimento aos usuários de drogas de profissionais das redes Suas e SUS, especialmente dos Centros de Referência da Assistência Social, das equipes de Nasf e da ESF, e dos serviços especializados em HIV/Aids e outras IST. Pode-se ainda referir a articulação com lideranças comunitárias e do Orçamento Participativo favorecendo a articulação intersectorial.

Assim, a atuação do CR favoreceu a qualificação da rede de serviços para o cuidado e a atenção aos usuários de drogas e seus familiares, promovendo a linha de cuidado para pessoas que usam crack, com universidades e médicos clínicos e psiquiatras da rede SUS, formando um grupo de trabalho para discutir o atendimento e os consensos sobre as abordagens aos usuários de crack, identificando as possibilidades de atendimentos a partir dos dispositivos do SUS.

As ações foram singularizadas e centradas nas necessidades das pessoas, sendo realizadas no local em que essas se encontravam. Segundo Merhy²⁰, trabalhar em um modelo assistencial centrado no usuário exige compromisso com uma gestão mais coletiva dos processos de trabalho no interior das equipes de saúde. Isso envolve uma equipe multiprofissional e interdisciplinar visando à promoção da saúde, avaliando as mudanças de comportamento em relação ao uso de drogas e as práticas sexuais seguras, os benefícios alcançados e a redução de riscos e danos na vida das pessoas atendidas.

Nesse sentido, os recursos tecnológicos com que conta, são praticamente inesgotáveis, pois fica centrado no trabalho vivo, que, enquanto tecnologia leve, produz um compromisso permanente com a tarefa de 'acolher', 'responsabilizar', 'resolver', 'autonomizar'²⁰⁽⁵⁾.

Potências e aprendizados do Consultório de Rua do Recife

A Secretaria de Saúde foi modificada com a eleição de nova gestão municipal e sofreu reflexos advindos dos desinvestimentos nos níveis federal e estadual, incluindo aspectos de financiamento, concepção de cuidado e descontinuidade das ações²¹. Fatores políticos e ideológicos interferiram para as mudanças nos modelos de atenção às pessoas que usam drogas e às pessoas que vivem com HIV/Aids na cidade do Recife.

É sabido que a formulação e a execução de políticas de cuidado às pessoas que fazem uso de drogas e às pessoas vivendo com HIV/Aids implicam disputas, contradições, significados e interesses profusos nas tomadas de decisão e na produção de discursos, entre os saberes e práticas de intervenção conservadoras ou progressistas^{7,22}.

Sobre políticas de álcool e outras drogas e considerando como um fato histórico e contextualizado, Marques e Couto²³ observaram, em pesquisa desenvolvida no município de São Paulo, que as descontinuidades e rupturas nos programas municipais, desenvolvidos nos momentos de transição de gestão, trouxeram importantes mudanças que intervieram nos sistemas da assistência social e da saúde no município, e, por conseguinte, na implementação das redes e serviços públicos:

[...] refletindo-se em impermanências e alternâncias nas proposições de políticas, nos arranjos e culturas gerenciais e organizacionais, nos modelos de atenção e cuidado, na participação popular nos processos decisórios²³⁽¹⁵⁵⁾.

Acerca das políticas de HIV/Aids⁷, os autores supracitados também pontuam que as conexões simbólicas e práticas são alvos de disputas no campo de gênero, da sexualidade, dos direitos humanos, dos ativismos políticos e do financiamento; e, como tal, apresentam-se

impactadas diretamente pelas dimensões da crise sanitária. Nas palavras desses autores:

[...] diferentes acontecimentos e iniciativas – no campo societário e governamental, dentro e fora do SUS – têm incidido de maneira feroz sobre aspectos centrais ao enfrentamento do HIV/Aids, ampliando as possibilidades de estigmas, preconceitos, medos e violências, colocando em risco a continuidade de ações mundialmente reconhecidas e diminuindo as possibilidades de respostas adequadas ao perfil atual da epidemia no Brasil⁷⁽⁴⁶⁰²⁾.

A criação do CR do Recife, apesar de mostrar o trabalho efetivo dos ARD no SUS – e de representar o fortalecimento da abordagem da RD na atenção às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas e pessoas que vivem com HIV/Aids –, ao mesmo tempo, demonstra a dificuldade de acolhimento das equipes dos serviços com as pessoas em situação de rua, o que interfere em uma certa descontinuidade da proposta. Vale ressaltar que, na pandemia, também houve recuo das ações realizadas pelo CR.

Além disso, havia, igualmente, um tensionamento em receber no serviço pessoas que usavam drogas, mas que não expressavam o desejo de parar de usá-las. Tal questão trouxe para as equipes de saúde mental um grande desafio: a RD. Esse fato, para as equipes que atuavam diretamente com o HIV/Aids, já era uma situação bastante comum. Compreende-se que a transformação da lógica do cuidado na atenção às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas e às pessoas que vivem com HIV/Aids requer constante avaliação dos serviços e das estratégias de intervenção. Desse modo, as ações do CR podem ser consideradas como:

- uma clínica inovadora, de grande potência na abordagem às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas e que vivem com HIV/Aids em situação de rua;

- uma estratégia intersetorial para reduzir os riscos e os danos e ampliar acesso e melhoria da qualidade de vida das pessoas;

- uma diretriz que atua no rompimento da lógica da abstinência como abordagem única para a compreensão da singularidade de cada pessoa.

Assim, consideramos que o CR do Recife apresentou-se, desde o momento de sua implantação, como uma potente estratégia no acesso e na atenção integral às pessoas que usam álcool e outras drogas e que vivem com HIV/Aids, buscando atingir três grandes objetivos, como nos aponta Merhy²⁰ em sua discussão do modelo assistencial e de intervenção: 1) a constante produção de espaços de acolhimento, responsabilização e vínculo com as pessoas que usam drogas; 2) a construção de uma clínica que também produza espaços de relação e intervenções que se dão de modo compartilhado, e no qual há um jogo entre necessidades e modos tecnológicos de agir; e, finalmente, 3) a existência de espaços de trocas de falas e escutas e de cumplicidade e responsabilizações.

Um dos princípios do CR é o respeito dos saberes e fluxos já existentes e estabelecidos na comunidade, para poder instituir as estratégias de ação, orientação e disponibilização de insumos¹⁹. Outro aspecto importante a ser destacado foi a regularidade da presença da equipe no mesmo local e horário da ação, permitindo o estabelecimento de vínculo entre os usuários e profissionais. Para tanto, foi necessário que as equipes do CR fizessem o mapeamento e o levantamento das áreas prioritárias a fim de que a sistemática de ida ao mesmo campo pudesse ser definida. Também a decisão de trabalhar nos horários noturno e diurno, para intervenção no território, foi algo que merece destaque, visto que as cenas de uso em Recife são itinerantes, e até mesmo ‘sazonais’, ou seja, não há ‘cracolândias’ como as observadas em São Paulo e no Rio de Janeiro²⁴. Desse modo, as intervenções precisavam privilegiar a forma como as cenas de uso apareciam no

território, tentando abarcar as necessidades e as diferenças apresentadas.

Uma importante aprendizagem também se deu quanto à necessidade de ida ao território garantindo um mínimo de segurança das equipes. Ao dispensar o aparato policial, era sempre importante um trabalho minucioso de observação do território, fazendo com que as equipes transitassem nos cenários de uso em diferentes horários e dias da semana com o propósito de averiguar aspectos de vulnerabilidades desses contextos. Só após esse mapeamento era feita a escolha dos locais para abordagem.

Considerações finais

Apesar dos desafios, faz-se necessário conhecer e reconhecer esse território como dinâmico, historicamente determinado e, além disso, que, para consolidar um modelo de cuidado pautado nos direitos humanos, o poder público e a sociedade, em geral, precisam investir em processos formativos permanentes, estudos e pesquisas epidemiológicas que demonstrem os resultados alcançados nos diferentes contextos.

A abordagem educativa do CR e o estímulo à adoção de medidas preventivas contribuem para o fortalecimento da prática de RD no SUS como estratégia de saúde pública e para a redução de vulnerabilidades às IST/Aids associadas ao uso de álcool, crack e outras drogas. Compartilhar esta experiência permitiu apresentar reflexões de como a Prefeitura do Recife criou estratégias de intervenção para o cuidado das pessoas na dinâmica da rua a partir da RD, bem como reconhecer a

necessidade de resistir com um projeto que faça diferença na vida das pessoas que usam drogas e que vivem com HIV/Aids.

Agradecimentos

Às pessoas que usam drogas, pessoas que vivem com HIV, viventes de ruas e aos redutores de danos que nos inspiram na luta diária por políticas públicas justas que considerem a natureza do consumo de drogas como algo do humano, que nunca se acabará, e que são pessoas com direitos ao cuidado e atenção.

Colaboradoras

Medeiros PFP (0000-0003-1679-5330)* contribuiu para a concepção, planejamento, interpretação dos dados, redação, revisão e aprovação da versão final do manuscrito. Rameh-de-Albuquerque RC (0000-0002-5273-1476)* contribuiu para a concepção do trabalho; análise de dados; revisão, redação e aprovação final do manuscrito. Almeida RBF (0000-0002-3330-6992)* contribuiu para a concepção, planejamento, interpretação dos dados, redação, revisão e aprovação da versão final do manuscrito. Campos-Boulitreau ARL (0000-0002-9598-2443)* contribuiu para a concepção do trabalho; revisão, redação e aprovação final do manuscrito. Valois-Santos NT (0000-0002-5290-092X)* contribuiu para a redação, revisão e aprovação da versão final do manuscrito. Marques ALM (0000-0002-9314-0904)* contribuiu para a redação, revisão e aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Souza BMB, Vasconcelos CC, Tenório DM, et al. A Política de AIDS no Brasil: uma abordagem histórica. *AIDS Policy in Brazil: a historical approach*. *J Manag Prim Heal Care*. 2010; 1(1):23-6.
2. Santos VB, Miranda M. Programas de redução de danos no Brasil: uma revisão de literatura. *Rev Psicol Divers e Saúde*. 2016; 5(1):106-18.
3. Mesquita F. Aids e drogas injetáveis. In: Lancetti A, organizador. *Saúde e Loucura 3*. São Paulo: Hucitec; 1991. p. 46-53.
4. Brasil. Ministério da Saúde. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2003.
5. Passos EH, Souza TP. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. *Psicol Soc*. 2011; 23(1):154-62.
6. Rameh-de-Albuquerque RC. Da pessoa que cai à pessoa que se levanta: a recursividade dos que usam crack. [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2017.
7. Agostini R, Rocha F, Melo E, et al. The Brazilian response to the HIV/AIDS epidemic amidst the crisis. *Ciênc. saúde coletiva* 2019; 24(12):4599-604.
8. Antunes da Costa PH, Mendes KT. Contribuição à Crítica da Economia Política da Contrarreforma Psiquiátrica Brasileira. *Argumentum*. 2020; 12(2):44-59.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Cidades e Estados. *Cidades e Estados do Brasil: Consulta de área, população e dados básicos dos municípios*. Rio de Janeiro: IBGE; 2022.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais - Uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE; 2020.
11. Bastos FI, Bertoni N, organizadores. *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; Fiocruz; 2017.
12. Santos NTV, Almeida RBF, Brito AM. Vulnerabilidade de usuários de crack ao HIV e outras doenças transmissíveis: estudo sociocomportamental e de prevalência no estado de Pernambuco. Recife: Fiocruz; 2016.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009. Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União*. 4 Jun 2009.
14. Brasil. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Plano Federal de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas. *Diário Oficial da União*. 20 Maio 2010.
15. Recife. Decreto nº 22.643 de 14 de fevereiro de 2007. Prefeitura do Recife. Institui o Programa Mais Vida, no âmbito da Secretaria de Saúde. *Diário Oficial*. 15 Fev 2007.
16. Nery Filho A, Leite ARV, Monteiro LF. Guia do projeto consultório de rua. Brasília, DF: SENAD; Salvador: CETAD; 2011.
17. Recife. Prefeitura do Recife. Lei Municipal nº 17400 de 28 de dezembro de 2007. Cria cargos efetivos no âmbito da administração direta do município. *Diário Oficial*. 28 Dez 2007.
18. Londero MFP, Ceccim RB, Bilibio LFS. Consultório de/na rua: Desafio para um cuidado em verso na saúde. *Interface Commun Heal Educ*. 2014; 18(49):25160.
19. Brasil. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. *Diário Oficial da União*. 1 Fev 2012.

20. Merhy E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: Cecílio LCO, organizador. Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec; 1994. p. 117-60.
21. Uchôa R, Medeiros PFP, Pergentino PRLM. Programa Mais Vida – Redução de danos no consumo de álcool, fumo e outras drogas: avaliação da implantação no município de Recife no período de 2009-2012. In: Castro Neto AG, organizador. Ensino, pesquisa e extensão na área das drogas: indissociabilidade na produção e na socialização do conhecimento. Recife: UFPE; 2018. p. 113-30.
22. Ronzani TM, Costa PHA. Desafios para a prevenção e tratamento em álcool e outras drogas: quais evidências procuramos? In: Associação Brasileira Multidis-
- ciplinar de Estudos sobre Drogas. Drogas e políticas públicas: educação, saúde coletiva e direitos humanos. Salvador: UFBA; 2015. p. 155-64.
23. Marques ALM, Couto MT. Políticas públicas de cuidado dirigidas a pessoas que usam drogas no município de São Paulo/SP: uma análise desde a perspectiva da interseccionalidade. Cad Bras Saúde Ment. 2021; 13(37):138-160.
24. Bastos FI. Crack in Brazil: A public health emergency. Cad. Saúde Pública. 2012; 28(6):1016-1017.

Recebido em 29/04/2022

Aprovado em 26/09/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve