



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA

ANNA LUIZA RAGONHA DOS REIS

CONTRIBUIÇÕES DO PROJETO BIKES DA PREVENÇÃO PARA UMA
DISCUSSÃO EM REDUÇÃO DE DANOS

Rio de Janeiro

2019

ANNA LUIZA RAGONHA DOS REIS

CONTRIBUIÇÕES DO PROJETO BIKES DA PREVENÇÃO PARA UMA
DISCUSSÃO EM REDUÇÃO DE DANOS

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título Especialista em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Daniela Murta

Rio de Janeiro

2019

FOLHA DE APROVAÇÃO

ANNA LUIZA RAGONHA DOS REIS

CONTRIBUIÇÕES DO PROJETO BIKES DA PREVENÇÃO PARA UMA
DISCUSSÃO EM REDUÇÃO DE DANOS

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título Especialista em Saúde Coletiva.

Aprovado em: 21 de novembro de 2019.

Prof^a. Dr^a. Daniela Murta (Orientadora)

Prof^a. Ma. Thais Andrade Vidaurre Franco
Secretaria de Estado de Saúde – Rio de Janeiro (SES/RJ)

Esp. Rodrigo Silva Simas
Assessoria de Álcool e Outras Drogas (SSM/SMS)

Prof^a. Dr^a. Maria Paula Cerqueira Gomes
Instituto de Psiquiatria (IPUB/UFRJ)

Prof^a. Ma. Tatiana Clarckson
IESC/UFRJ

AGRADECIMENTOS

Começo esse agradecimento me dirigindo diretamente aos agentes que compõem a escrita, a pesquisa e o presente trabalho. Pessoas iluminadas que me ensinaram mais sobre redução de danos do que qualquer intelectual da academia. Preciosos em suas intervenções, certos em suas conquistas, me emocionaram por todo tempo que acompanhei o Projeto. Agradecer também a Rodrigo Simas, que me aceitou como preceptor na SSM e me presenteou com um trabalho tão potente. Agradecer à Daniela Murta e Natalia Muniz, que também acompanharam de perto as dores e delícias de compor esse trabalho.

Agradeço ao IESC pela oportunidade de me aprofundar na saúde coletiva, adentrando em terrenos antes arenosos e até desconhecidos. Grata especialmente à Egleubia, que sempre se mostrou super disponível e disposta a ajudar em qualquer pepino que surgisse ao longo da residência. Agradeço aos colegas de turma: Cezar Luquine, Bianca Tasca, Michelle Costa, Kelly e Daniela. Pessoas incríveis que tive o prazer de conhecer.

Não menos importante, agradeço à minha família (os presentes e os ausentes, porém sempre presentes), ao Felix, companheiro de vida, de escrita, de casa e de discussões mil sobre saúde pública ao longo dos 5 anos que estamos juntos.

Agradeço a banca (Paula, Thais, Tatiana e Rodrigo) pela disponibilidade, pelo cuidado com meu texto, pelos carinhos e trocas. Essa banca foi formada na base do afeto, como toda a escrita.

*Que a importância de uma coisa há que ser medida pelo
encantamento que a coisa produza em nós.*

Manoel de Barros

RESUMO

REIS, Anna Luiza Ragonha dos. **Contribuições do Projeto Bikes da Prevenção para uma discussão em redução de danos.** Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

O presente trabalho de conclusão de residência se relaciona a experiência do acompanhamento do Projeto “Bikes da Prevenção: nos entremeios da Inclusão, Equidade e Cuidado” enquanto residente de saúde coletiva, inserida na Superintendência de Saúde Mental do Rio de Janeiro. O Projeto consiste em um importante trabalho de promoção de saúde e redução de danos, considerando os desafios históricos na garantia do acesso à saúde e cuidados efetivos para populações que já sofrem outras exclusões sociais, tais como pessoas em situação de rua e em uso abusivo de substâncias. Utilizando a metodologia de relato de experiência, o trabalho tem como objetivo refletir sobre os desafios envolvidos na gestão de um projeto com usuários de álcool e drogas e registrar os efeitos de um percurso que se processou ao longo da atuação da autora junto ao projeto, nos afetos e tensões que surgiram do encontro com os agentes e situações do cotidiano. O trabalho aborda conceitos importantes para a temática de álcool e drogas e busca trazer os impasses e possibilidades envolvidos no trabalho.

Palavras-chave: Promoção de saúde. Redução de danos. Álcool e drogas.

ABSTRACT

REIS, Anna Luiza Ragonha dos. **The Prevention Bikes Project's contributions to a discussion on harm reduction.** Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

This residency conclusion work is related to the experience of monitoring the Project “Bikes of Prevention: between Inclusion, Equity and Care” as a collective health resident, inserted in the Superintendence of Mental Health of Rio de Janeiro. The Project consists of an important work of health promotion and harm reduction, considering the historical challenges in ensuring access to health and effective care for populations that already suffer from other social exclusions, such as people living on the streets and abusive use of substances. Using the experience report methodology, the work aims to reflect on the challenges involved in managing a project with alcohol and drug users and record the effects of a path that took place throughout the author's work with the project, in the affections and tensions that arose from the encounter with agents and everyday situations. The work addresses important concepts for the theme of alcohol and drugs and seeks to bring the impasses and possibilities involved in the work.

Keywords: Health promotion. Damage reduction. Alcohol and drugs.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição dos agentes do Projeto Bikes da Prevenção pelo território do Município do Rio de Janeiro, 2016.....	31
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AD	Álcool e outras Drogas
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
IESC	Instituto de Estudos em Saúde Coletiva
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PTrS	Projeto de Trabalho Singular
UAA	Unidade de Acolhimento Adulto
URS	Unidade de Reinserção Social
SSM	Superintendência de Saúde Mental
MS	Ministério da Saúde
RD	Redução de Danos
SAP	Superintendência de Atenção Primária
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SPS	Superintendência de Promoção da Saúde
SUBPAV	Subsecretaria de Promoção da Saúde Atenção Primária e Vigilância de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 METODOLOGIA.....	14
2 MARCO TEÓRICO CONCEITUAL	17
2.1 MARCOS LEGAIS DA POLÍTICA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	17
2.2 VULNERABILIDADE NA SAÚDE	18
2.3 REDUÇÃO DE DANOS – UMA HISTÓRIA	21
3 DESENVOLVIMENTO	30
3.1 O PROJETO BIKES DA PREVENÇÃO	30
3.2 METODOLOGIA DO PROJETO.....	33
4 DISCUSSÃO	38
4.1 BIKEIROS E O PROCESSO DE SE TORNAR UM PROFISSIONAL DE SAÚDE	38
4.2 FERRAMENTAS DE TRABALHO	45
4.2.1 Diário de Campo	45
4.2.2 Projeto de Trabalho Singular.....	47
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
REFERÊNCIAS	58
ANEXOS	62
ANEXO A – MODELO PROJETO DE TRABALHO SINGULAR.....	63
ANEXO B – DIÁRIO DE CAMPO DOS AGENTES	64

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho faz parte dos requisitos de conclusão de curso da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Instituto de Estudos de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ). Trata-se de um relato de experiência desenvolvido a partir de minha inserção no Projeto “Bikes da Prevenção: nos entremeios da Inclusão, Equidade e Cuidado”, durante o segundo ano de residência (2018). Esse projeto tem como objetivo principal identificar pessoas em situação de vulnerabilidade e garantir acesso e cuidado a partir da construção de vínculo com essas pessoas. Tendo como metodologia organizadora a “educação entre pares”, propõe-se a formação permanente e atuação de usuários de diferentes CAPSad e equipes de Consultório na Rua como agentes promotores de saúde e redutores de danos. Os agentes percorrem os territórios visando alcançar populações em condições vulneráveis, em geral estigmatizadas e excluídas socialmente, que apresentam historicamente dificuldades de acesso ao sistema público de saúde.

A atuação dos agentes ocorre em territórios específicos, previamente estipulados pelo serviço, mediante oferta de uma bolsa como auxílio, e consiste na realização de ações como a distribuição de insumos (camisinha feminina/masculina, gel lubrificante e folhetos educativos), facilitação do acesso de populações vulneráveis a serviços de saúde, mapeamento de regiões vulneráveis e de difícil acesso por serviços de saúde, preenchimento semanal de um diário de campo sobre suas ações no território e participação em atividades promotoras de saúde.

No período de março de 2018 a fevereiro de 2019, atuei na Superintendência de Saúde Mental do município do Rio de Janeiro acompanhando os processos desenvolvidos na assessoria de Álcool e Outras Drogas. Dentre as atividades acompanhadas, estive diretamente envolvida no referido projeto, participando junto a equipe da secretaria das reuniões semanais com os agentes promotores de saúde e redutores de danos; na reunião mensal com os preceptores responsáveis por cada agente; nas reuniões específicas no território; e em reuniões com a equipe da área central (gestão) para definir ações e caminhos para o segmento do projeto.

Este trabalho tem como motivação para sua realização as questões suscitadas a partir dos encontros realizados semanalmente com os agentes, a partir de suas falas sobre a vivência no Projeto, suas experiências sobre redução de

danos no território, as conexões criadas entre eles à respeito do processo de trabalho de cada um. Apesar de singulares, muitas das experiências dialogavam entre si, produzindo um lugar comum¹ em que era possível a partilha de dúvidas, angústias com o cotidiano e ideias de ações possíveis.

As reuniões semanais ocorriam à princípio no CAPSad Raul Seixas, tendo posteriormente sua mudança para a Clínica da Família Marcolino Candau, no bairro Cidade Nova. Delas, participavam todos os agentes, o assessor de Álcool e Drogas do município (ligado à Superintendência de Saúde Mental) e duas profissionais ligadas à Superintendência de Promoção da Saúde. O objetivo principal desses encontros era promover um espaço de troca entre os agentes, realizando um acompanhamento longitudinal de seu percurso de trabalho, tirando possíveis dúvidas sobre situações encontradas no cotidiano, além da participação de convidados eventualmente promovendo um espaço de educação permanente. As reuniões cumpriam, portanto, um papel de formação e troca de experiências entre os agentes, identificando as diferenças entre suas atuações em cada território, as demandas de cada um, os impasses e a relação com a rede de saúde.

Durante o ano de minha inserção no projeto, houve oscilação na quantidade de agentes, chegando ao fim de 2018 no número de 13 no total, sendo 11 pessoas com histórico de uso abusivo de drogas e/ou situação de rua. A turma era formada majoritariamente por pessoas negras e em situação de extrema vulnerabilidade. Quatro delas identificavam-se como mulheres trans, sendo duas oriundas do antigo Projeto Damas² da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Naquele momento, a maioria não se encontrava em situação de rua; contudo, alguns deles estavam em situação de abrigamento, outros em Unidade de Acolhimento Adulto³ (UAA) ou

¹ “As *práticas do comum* são aqui definidas como encontro entre singularidades comunicáveis, onde se geram relações de cuidado baseadas na ativação criativa de saberes/fazeres afetivos de certa comunidade ou população. O saber comum não necessita ser pré-conhecido pelo usuário, mas tem um poder especial se ressoa em algo familiar: práticas dos ancestrais, tomar um chimarrão ou escutar uma estação de rádio de sua preferência. É comum no sentido de comunicável e não hierarquizante, permitindo a efetivação de uma saúde democrática” (SAFFER; BARONE, 2017).

² Projeto resultado de parceria da Coordenadoria da Diversidade Sexual e da Secretaria Municipal de Assistência Social, através da Resolução conjunta CEDS/SMAS Nº 001/201, com o objetivo de promover a cidadania e reinserir travestis e mulheres transexuais no mercado de trabalho formal.

³ “As Unidade de Acolhimento (UA) são serviços residenciais de caráter transitório (com um tempo de permanência determinado) que, articulados aos outros pontos de atendimento da RAPS, tem como objetivo oferecer acolhimento e cuidados contínuos de saúde. As UA funcionam 24 horas, 7 dias por semana e são voltadas para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e precisam de acompanhamento terapêutico e proteção temporária. O tempo de permanência na Unidade de Acolhimento é de até seis meses.” (BRASIL, 2012).

aluguel de quarto. Porém, vez ou outra, alguns acabavam temporariamente em situação de rua. Os treze agentes estavam distribuídos em oito das dez Áreas Programáticas da cidade, tendo diferentes serviços como base de cenário de prática: seis atuavam em Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad); três em equipes de Consultório na Rua (CnaR); e quatro em equipes de Saúde da Família.

A escolha da realização de um relato de experiência sobre as questões suscitadas a partir dos encontros realizados semanalmente com os agentes, tem como justificativa a discussão sobre os desafios na garantia do acesso à saúde a essa população. De acordo com o documento elaborado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2003), é histórica a ausência de cuidados efetivos para populações que já sofrem outras exclusões sociais, tais como pessoas em situação de rua e em uso abusivo de substâncias. Tal ausência deu abertura para alternativas de ‘cuidado’ com caráter fechado e total, em que o único foco do tratamento é a abstinência. Faz-se necessária uma reversão de tais modelos assistenciais, com disponibilidade e implicação no atendimento de tal segmento, planejamento e ações que resultem em um cuidado integral e contemplando as reais necessidades dessa população. Conforme Ministério da Saúde (BRASIL, 2003), “tal produção não ocorre somente por leis, planos ou propostas, e sim pela sua implementação e exercício no cotidiano dos serviços, práticas e instituições, com a definição sistematizada de responsabilidades para cada esfera governamental” (BRASIL, 2003, p. 5).

Partindo de ideias geradas no senso comum que associam usuários de substâncias à criminalidade, marginalidade e perigo para a população, atualizam-se modelos de cuidado pautados pela moral, tendo como tratamento a exclusão do usuário de seu convívio social. Reconhecendo o uso de álcool e outras drogas como um problema de saúde pública, é indispensável a intensificação de um modelo educativo, de prevenção e tratamento para usuários que não tenha como única saída a abstinência – proposta que muitas vezes mais afasta do que aproxima os usuários:

Muitos consumidores de drogas não compartilham da expectativa e desejo de abstinência dos profissionais de saúde, e abandonam os serviços. Outros sequer procuram tais serviços, pois não se sentem acolhidos em suas diferenças. Assim, o nível de adesão ao tratamento ou a práticas preventivas e de promoção é baixo, não contribuindo para a inserção social e familiar do usuário. (BRASIL, 2003, p. 8).

Dentre os diversos desafios encontrados no alcance do público de usuários abusivos de álcool e outras drogas – principalmente aqueles em contexto de vulnerabilidade social e situação de rua –, inclui-se a dificuldade dos equipamentos de saúde na lida e manejo com esse público. Embora serviços como os Centros de Atenção Psicossocial e equipes de Consultório na Rua consigam realizar um acompanhamento e cuidado maior com essa clientela, acabam não conseguindo atender à grande demanda. Em um grande centro urbano como o Rio de Janeiro, tal demanda vem em uma crescente não acompanhada pelo incremento de políticas públicas necessário, evidenciando uma dificuldade de acesso à saúde para esse público e, principalmente, de garantir acesso aos serviços de saúde de forma geral. Diante desse cenário, torna-se estratégico abordar e evidenciar um Projeto como o “Bikes da Prevenção”.

Além das dificuldades já apresentadas, acrescenta-se ainda uma questão econômica, pois ainda que a Redução de Danos tenha sido instituída em 2003 por meio da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral de Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2003), o que se observa ainda é um grande número de ações em RD financiadas por editais. Embora seja uma política pública, que se pretende abrangente, o que se observa é que as ações paralisam na dependência de verbas federais que esporadicamente financiam alguns projetos especiais e/ou ações. O financiamento vem das ações por meio de editais do MS, com verbas federais e/ou de organismos internacionais, o que dificulta a consolidação da Redução de Danos como política pública de fato⁴ (COELHO; SOARES, 2013).

Tendo como compromisso ético a defesa da vida e como norteador a política de Redução de Danos, o Projeto “Bikes da Prevenção” nos permite pensar na possibilidade de trabalho, cuidado e vinculação de uma população vulnerável, respeitando a história singular (tanto dos agentes quanto das pessoas abordadas), seus processos de expansão, mas também de adoecimento, seus saberes sobre si e sobre o uso de substâncias e suas ferramentas para se aproximar de seus pares.

⁴ “Na tentativa de viabilizar ações orientadas por esse novo paradigma, o MS cria mecanismos de incentivo e financiamento aos governos locais, que menosprezam tais práticas, visto que usuários de drogas são considerados marginais, desorganizados e que pouco vocalizam socialmente suas necessidades” (COELHO; SOARES, 2013, p. 71).

1.1 METODOLOGIA

O presente trabalho aposta na metodologia do relato de experiência, reforçando a importância que as pesquisas acadêmicas dialoguem com o cotidiano vivido nos espaços de prática ofertados no programa de residência multiprofissional. A proposta metodológica de relato de experiência inclui as impressões/contribuições que possam ser relevantes para a área, aliadas a uma discussão teórica.

O trabalho utiliza o conceito de experiência sugerido por Bondía (2001), em que o termo tem a ver com o que nos atravessa, o que nos toca, o que nos acontece. Indo na contramão do conceito de informação (que atua no sentido de estar informado de tudo, mas sem que nada lhe aconteça), a experiência não tem a ver com 'saber coisas'. O autor faz uma crítica à experiência do sujeito moderno, um "sujeito informado que, além disso, opina." Que vive na sociedade da informação, em que passa seu tempo buscando por novas informações e se angustia quando não tem informação suficiente. Segundo Bondía,

A experiência, a possibilidade de que algo nos aconteça ou nos toque, requer um gesto de interrupção, um gesto que é quase impossível nos tempos que correm: requer parar para pensar, parar para olhar, parar para escutar, pensar mais devagar, olhar mais devagar, e escutar mais devagar; parar para sentir, sentir mais devagar, demorar-se nos detalhes, suspender a opinião, suspender o juízo, suspender a vontade, suspender o automatismo da ação, cultivar a atenção e a delicadeza, abrir os olhos e os ouvidos, falar sobre o que nos acontece, aprender a lentidão, escutar aos outros, cultivar a arte do encontro, calar muito, ter paciência e dar-se tempo e espaço. (BONDÍA, 2001, p. 5).

Se a vivência atual de formação nos imprime uma certa velocidade, um certo processar constante de mais informações, mais estudos, mais livros, a proposta de experiência colocada pelo autor nos indica o caminho contrário: processos de lentidão, silêncio, espaço e suspensão. Suspensão da vontade de tudo saber; de ocupar-se tanto a ponto de não ter tempo para processar qualquer coisa; de não ceder a um certo ritmo acadêmico marcado pela produção veloz de informações, mas pela pouca produção de experiências que realmente valham ser ditas. Na composição deste trabalho, nos utilizamos também do conceito do autor sobre o sujeito da experiência: aquele que se deixa afetar por algo, que se inscreve como uma superfície de passagem onde são inscritas marcas, vestígios e efeitos. Um

território que recebe o que lhe chega e que, ao receber, lhe dá lugar. Tal sujeito está marcado por sua abertura ao que lhe acontece, por sua receptividade.

Por fim, ainda um componente importante sobre a experiência: sua capacidade de formação/transformação. A experiência, como algo que nos toca, ao nos passar nos forma e nos transforma. Não é possível permanecer o mesmo, ou no mesmo lugar de onde se partiu. Trata-se de uma passagem singular, vivida apenas por aquele que dá sentido à experiência:

[...] o saber da experiência é um saber particular, subjetivo, relativo, contingente, pessoal. Se a experiência não é o que acontece, mas o que nos acontece, duas pessoas, ainda que enfrentem o mesmo acontecimento, não fazem a mesma experiência. O acontecimento é comum, mas a experiência é para cada qual sua, singular e de alguma maneira impossível de ser repetida. O saber da experiência é um saber que não pode separar-se do indivíduo concreto em quem encarna. (BONDÍA, 2001, p. 8).

Portanto, acredita-se que o relato da experiência vivida no acompanhamento do Projeto “Bikes da Prevenção” e as questões suscitadas são singulares, datadas e imersas em um determinado contexto histórico, tanto em termos macro (como o momento atual da Política de drogas e extermínio da população pobre em situação de rua do Rio de Janeiro), quanto em termos micro, das relações estabelecidas com um processo de residência e as redes tecidas ao longo do ano.

Trata-se, portanto, de um trabalho que recusa uma suposta neutralidade, encarnando e dando lugar aos encontros, trocas e vivências ao longo do ano de 2018, como produtoras de conhecimento e potência. Não existe uma meta a priori a ser alcançada por um pretense sujeito pesquisador acerca de um objeto pronto, apenas a espera da chegada. Acredita-se que sujeito e objeto são produzidos no encontro, surgindo na imanência do cotidiano do pesquisar ou da lida com os agentes promotores de saúde e redutores de danos do Projeto “Bikes da Prevenção”. Entende-se que os encontros e seus efeitos interferem nos modos de ver, produzem desvios, vesguices e, no processo, constroem focos e problematizações.

A partir disso, proponho como objetivos dessa pesquisa: (I) registrar os efeitos de um percurso que se processou ao longo da minha atuação junto ao Projeto “Bikes da Prevenção”, nos afetos e tensões que surgiram do encontro com os agentes e situações do cotidiano, partindo de perguntas e inquietações com o

mundo das formas instituídas; (II) a partir de diálogos com referências teóricas sobre a produção de cuidado e das tensões produzidas entre expectativa, teoria e o vivido, refletir sobre os desafios envolvidos na gestão de um projeto com usuários AD. Toma-se a emergência de verdades e discursos dominantes sempre como efeito de emaranhados em processo de construção e desconstrução. Estas, por sua vez, forjadas e provisórias, constituídas no tempo e espaço.

Não se pretende com este trabalho de conclusão de residência a busca de saberes prontos com suas verdades garantidas, que não permitem qualquer ar de estranhamento. Propõe-se, antes, a entender que a história e os saberes não existem por si só, naturalmente, mas como aponta Foucault (1979) fazem ver e dizer as configurações históricas e seus modos de produção da existência de sujeitos e verdades, uma concepção que vislumbra um campo de forças formado por práticas, saberes e discursos que se confrontam e se hegemonomizam perante outros: “[...] desses confrontos emergem saberes e práticas dominantes que constroem certos modos de vida e de existência” (COIMBRA; NEVES, 2002, p. 35).

Como material de análise serão utilizadas algumas falas dos agentes durante os encontros realizados semanalmente. Essas falas foram registradas em diário de campo utilizado durante os encontros semanais. Além das falas, serão utilizados também relatórios produzidos pelos agentes ao longo do projeto (diários de campo e relatório final de formatura) além de dados produzidos pela equipe central, como por exemplo o consolidado das informações. O diário de campo será anexado ao trabalho. A que lugar tais discursos e relatórios nos levam? Com que forças se agenciam a produção deles? A que grupo de conceitos, experiências e autores?

O trabalho está organizado em cinco seções. Inicialmente são apresentados os conceitos e referenciais relevantes para a contextualização do Projeto Bikes e para as reflexões levantadas ao longo deste relato de experiência, abordando inicialmente marcos legais importantes na Política de Álcool e outras Drogas, uma conceituação de Vulnerabilidade e um histórico da Redução de Danos. Em seguida, é apresentada uma descrição do Projeto, sua metodologia e história. Na terceira parte, realiza-se uma discussão sobre o trabalho dos agentes (traçando conexões e diferenças no trabalho dos agentes redutores de danos e os agentes comunitários de saúde) e das ferramentas de trabalho utilizadas - diário de campo e projeto de trabalho singular (PTrS). Por fim, apresenta-se as considerações finais.

2 MARCO TEÓRICO CONCEITUAL

2.1 MARCOS LEGAIS DA POLÍTICA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Conforme Surjus *et al.*, (2018), a questão relativa às drogas passa a ser abordada no Brasil apenas em 1920 por uma legislação que restringe o uso de substâncias consideradas venenosas (o ópio e a cocaína) apenas a recomendações médicas. O descumprimento implicaria na imposição de internação e isolamento. Nesse momento, se firma uma política de drogas na direção de um modelo sanitário, caracterizado pelo uso de técnicas higienistas e com atuação das figuras sanitárias, judiciais e policial. O indivíduo não era criminalizado, mas estava sujeito à medida de internação compulsória.

Em 1938, são regulamentadas a fiscalização de entorpecentes como a maconha, heroína e o uso de bebidas alcoólicas por meio de um decreto-lei, instituindo o termo toxicomania como uma doença que deveria ser notificada compulsoriamente. A internação obrigatória e a interdição civil se tornam regulamentadas, devendo ser indicadas por autoridade sanitária ou por vias judiciais, quando comprovada a necessidade de tratamento (SURJUS *et al.*, 2018).

Em 1976, a Lei 6.368 dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e sugere outras providências. A lei mantém a criminalização de usuários e traficantes de substâncias ilícitas, trazendo também medidas como a reclusão de 3 a 15 anos. Como aponta Surjus *et al.*, (2018), o discurso repressivo e de guerra às drogas é atualizado com a priorização da repressão em detrimento de ações preventivas.

Em 2006, institui-se a Lei 11.343, que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Nela, aparecem princípios como respeito de direitos básicos, autonomia e liberdade. A lei deixa de punir o usuário com pena de privação da liberdade, sugerindo medidas alternativas como advertências e medidas educativas. Em alguns de seus artigos, é possível concluir que a lei adota a política de redução de danos, porém, de forma geral, ela não avança em termos de romper

com uma lógica proibicionista. Ainda que diante de diversas alternativas a tal lógica punitivista, a legislação brasileira opta pela manutenção do ideal proibicionista vigente desde a década de 1970, atualizando uma política criminal para abordar a questão das drogas.

É impossível não traçar uma relação direta entre o modelo legislativo e a representação social que se tem dos usuários de substâncias, trazendo dificuldades para o desenvolvimento de estratégias de cuidado. E como nos aponta Surjus *et al.* (2018), o status de legalidade da droga utilizada acaba definindo os marcadores válidos para a avaliação dos problemas com uso abusivo de substâncias. Um consumidor de crack e um consumidor de medicamentos não é visto da mesma forma, e as políticas utilizadas para abordar o uso intenso são completamente diversas. Além disso,

Alguns outros marcadores também são imprescindíveis para a compreensão das representações sociais vigentes. Para Siqueira (2006), as pessoas que fazem uso de drogas e, configuram entre as camadas mais pobres, são extremamente estigmatizadas e têm seus direitos sociais negados, sendo transformadas em sujeitos criminosos, doentes ou pecadores. Considerando a questão de raça/etnia e gênero, as estatísticas não deixam negar a produção de marcas importantes na estruturação (ou ausência) de políticas públicas voltadas a esta população. (SURJUS *et al.*, 2018, p 21).

Uma estratégia para compreender as especificidades dos usuários de substâncias, em especial das camadas pobres, sem reforçar as estigmatizações recorrentes é lançar mão do conceito de vulnerabilidade. Essa é uma maneira de não invisibilizar os diferentes determinantes sociais da saúde que imprimem no sujeito marcas de violência e fragilidade. Ao trazer uma dimensão social contrapõem-se às narrativas e explicações moralizantes e individualizantes presentes no discurso dominante sobre o usuário de drogas.

2.2 VULNERABILIDADE NA SAÚDE

O conceito de vulnerabilidade corresponde ao nível de suscetibilidade de uma pessoa ou coletivo a determinado dano à saúde, com possibilidades que incluem eventos de ordem física, psicológica, econômica e etc. Segundo Bertolozzi *et al.*, (2009), o termo tem sua origem na área da advocacia internacional pelos Direitos

Humanos e designa grupos ou indivíduos fragilizados (jurídica ou politicamente) na promoção, proteção e garantia de direitos básicos de cidadania. O conceito é utilizado em diversas áreas – saúde, economia, informática – para designar objetos e situações diversas.

Os serviços de saúde (e a própria Constituição Brasileira) trabalham com a ideia de que a prevenção e promoção de saúde não estão relacionadas apenas ao uso de medicamentos ou realização de exames; envolvendo também alimentação, acesso a moradia, cultura, espaços de lazer, possibilidade de saneamento básico, educação, trabalho e etc. Ou seja, uma concepção ampliada de saúde, que abarca outros processos constituintes da vida.

Assenta-se, portanto, a concepção de determinantes sociais de saúde, relacionada à vulnerabilidade ao buscar se contrapor ao paradigma estritamente biológico para a caracterização do processo saúde-doença. Tal perspectiva traz uma compreensão mais alargada das ações da política de saúde sobre os múltiplos fatores que incidem no cotidiano de vida dos sujeitos em seus territórios, contribuindo para a promoção ou deterioração dos seus estados de saúde. (CARMO; GUIZARDI, 2018, p. 2).

Se entendemos os processos de saúde e adoecimento como algo além do plano meramente biológico (incluindo determinantes sociais como alimentação, moradia, saneamento básico, educação), os processos de vulnerabilização se situam no entrecruzamento de fatores diversos, que podem incidir agravando ainda mais existências precarizadas.

Conforme Carmo e Guizardi (2018), a vulnerabilidade não se limita apenas à falta de renda ou precariedade, mas diz também de vínculos afetivos fragilizados, sendo multideterminado por fatores individuais mas também coletivos: “Mais simplório do que considerar apenas o aspecto individual na indução de situações de vulnerabilidade, incorrendo na equivocada tendência de culpabilização dos sujeitos, é abandonar por completo a dimensão pessoal e subjetiva do indivíduo no traçado de suas decisões” (CARMO; GUIZARDI, 2018, p. 7). Quando pensamos o sujeito em sociedade, com suas demandas e necessidade de ordens diversas, é impossível não considerar o contexto de desigualdade e injustiça social em que este se insere, entendendo que tal contexto pode potencializar ou fragilizar processos.

Diversos artigos apresentam a associação de valores individuais, sociais e programáticas, ainda que suas relações tenham limites imprecisos e permeáveis. O

valor individual se refere ao conhecimento e informação de cada um, com foco em relacionamentos intersubjetivos e vivências pessoais. São valores, interesses, desejos, crenças, comportamentos, conhecimentos, relações profissionais e afetivas, rede de suporte, situação física e emocional. Esse componente, embora singular, se conecta a fatores comportamentais, cognitivos e sociais. O aspecto social/coletivo é a dimensão que se relaciona a normas sociais, institucionais, relações de gênero, raciais e de classe. Nessa dimensão são consideradas as referências culturais, as possibilidades de acesso a bens socioculturais (comunicação, escolarização), e as estruturas das relações de poder que se estabelecem em uma sociedade, com suas desigualdades e iniquidades. O valor programático/institucional – se refere aos serviços de saúde e como esses atuam no sentido de diminuir (ou muitas vezes aumentar) contextos de vulnerabilidade.

Ou seja, trata-se de uma abordagem em que dialogam condutas individuais, contextuais e situacionais. Qualquer leitura que leve em conta apenas aspectos individuais torna-se simplória, reducionista e culpabiliza o indivíduo, desconsiderando que este se insere em um momento histórico datado. Diversas vezes utiliza-se o termo resiliência para mascarar a falta de políticas públicas eficazes, identificando em características do sujeito (ou no caso, na falta delas) a sua situação de vulnerabilidade. Por outro lado, um olhar exclusivo a fatores contextuais pode levar a caminhos equivocados, como o que associa automaticamente a pobreza à vulnerabilidade.

Ainda que a vulnerabilidade esteja intimamente associada a populações mais pobres, não se trata de um fator determinante. O precário acesso à renda de fato dificulta a superação da vulnerabilidade vivenciada, privando não apenas de meios materiais, mas também de processos autônomos, de liberdade e de cuidado de si. Nesse sentido, podemos localizar o projeto enquanto importante ferramenta para promover processos de autonomia, partilha e troca de informações, atuando na inserção dos agentes no mercado de trabalho e no reconhecimento dos agentes enquanto sujeitos de direitos. De maneira geral, os participantes do projeto – mulheres trans, pessoas em situação de rua, usuárias de substâncias, muitas vezes convivendo com agravos como sífilis ou tuberculose - são sujeitos em condições de vulnerabilidade, estigmatizados, marcados pela exclusão social e dificuldade de acessar serviços de saúde.

Segundo Ayres *et al.*, (2006), alguns componentes simbólicos e pragmáticos que podem ajudar, mas nunca definir isoladamente, a avaliar uma situação de vulnerabilidades são fatores como o grau de escolarização, o acesso a recursos materiais, a possibilidade de enfrentamento à barreiras culturais, o poder de influência em decisões políticas e estar livre ou poder defender-se de coerções violentas. Pensando nos agentes vinculados ao projeto, poderíamos ainda pensar em situações de abrigo/institucionalização, situação de rua, uso abusivo de álcool e outras substâncias e envolvimento em situações de violência

2.3 REDUÇÃO DE DANOS – UMA HISTÓRIA

A escolha do subtítulo não é à toa. A redução de danos – enquanto prática, política, clínica e produção de subjetividades outras – possui diversas linhas e histórias, contadas repetidas vezes por inúmeros autores e pesquisadores. Cada uma delas apontando para um aspecto, levantando algumas vozes e silenciando outras, destacando um ou outro país pioneiro no avanço de políticas antidrogas. Tal construção de histórias diversas tem sua potência e deve ser atualizada. Afinal, “quando nós rejeitamos uma única história, quando percebemos que nunca há apenas uma história sobre nenhum lugar, nós reconquistamos um tipo de paraíso.⁵” A tentativa aqui não é de recontar essa história (que nunca é a mesma), apenas ‘pinçar’ pontos importantes que valham o saber na construção do trabalho e da discussão.

Em diversos artigos e publicações científicas a primeira e principal argumentação a partir de uma lógica redutora de danos é o fato de que sempre existiu (e sempre irá existir) o consumo de drogas; logo, o ideal de uma sociedade livre de drogas não tem sentido e atualiza apenas políticas caras e pouco eficazes (tanto na diminuição da oferta, quanto no cuidado ofertado a quem usa). Portanto, sendo impossível a possibilidade de um mundo sem drogas, cabe então pensar de que forma é possível um uso com menos danos econômicos, sociais, políticos e éticos. Trata-se de um enfoque mais racional e com efeitos terapêuticos muito mais consolidados.

⁵ Chimamanda Adichie: o perigo de uma única história. Vídeo disponível em: https://www.ted.com/talks/chimamanda_adichie_the_danger_of_a_single_story/transcript?language=pt-br

As primeiras iniciativas em Redução de Danos datam de 1924, na Inglaterra, que se via às voltas com as consequências da I Guerra Mundial e um uso exagerado de morfina e heroína. Os casos de retirada brusca da substância muitas vezes se mostravam fatais (além de malsucedidos), o que levou os médicos e profissionais de saúde a optar por uma administração controlada de opiáceos. Conhecida como “terapia da substituição”, primeira ação conhecida em Redução de Danos que se desdobrou no uso de metadona para substituição em casos de uso abusivo de opiáceos⁶ (PETUCO, 2014).

Se nessa primeira iniciativa, percebemos uma ação de médicos e profissionais de saúde, em Amsterdã é possível observar uma ação direta e autônoma dos próprios usuários. Chamados “União Junkie” e motivados pela proibição da venda de injeções para usuários, os próprios usuários (e ex-usuários) decidem criar uma associação para a distribuição de insumos. Por medo de possíveis transmissões de Hepatite b, consolida-se uma rede sanitária informal calcada na autonomia e no cuidado de si:

Por intermédio desta organização política, estabeleceu-se a interlocução entre os usuários de drogas e o governo holandês com a discussão de questões como a disponibilização de seringas e agulhas esterilizadas e o tratamento de manutenção de metadona. Em 1984, foi lançado o primeiro programa de troca de seringas e agulhas em Amsterdã, que foi consideravelmente ampliado nos anos seguintes à medida que a epidemia da AIDS avançava e o risco de infecção pelo HIV, em decorrência do compartilhamento desses recursos entre os UDI, apresentava-se fortemente evidenciado 19. O êxito da experiência holandesa na diminuição de casos de infecção por HIV entre UDI contribuiu para a popularização da estratégia de redução de danos em outros países. (ALVES, 2009, p. 2312).

A estratégia de redução de danos é inaugurada no Brasil na cidade de Santos em 1989, época em que se observava uma alta prevalência de casos de casos HIV diretamente relacionados ao uso de drogas injetáveis. Com um programa que previa a troca de seringas, a proposta rapidamente foi se ampliando e incluindo outras estratégias redutivas. Porém, ainda que contasse com uma gestão progressista e altamente qualificada, a ação foi rapidamente reprimida com argumentos de estar incentivando o uso de drogas, incorrendo inclusive em ações judiciais contra David

⁶ Em 1926 é publicado o Relatório Rolleston, que continua a prescrição médica de opiáceos para dependentes químicos de heroína, como forma de atenuar os graves efeitos da síndrome de abstinência provocada pela retirada abrupta da droga.

Capistrano (à época secretário municipal de saúde). Como nos aponta Passos e Souza (2011):

A ação judicial que David Capistrano sofreu não será tomada como um episódio de uma história pessoal, mas sim como um acontecimento político que evidencia o encontro entre as forças conservadoras que sustentam uma política antidrogas e as forças progressistas que adotavam a RD como uma estratégia em defesa da vida e da democracia. (PASSOS; SOUZA, 2011, p. 156).

Seguindo ainda as pistas de Passos e Souza (2011), fica evidente a relação entre uma política antidrogas e uma ação de repressão e violência à camada mais pobre e vulnerável da população. Se por um lado a droga passava progressivamente a ser mais consumida entre a classe média e alta (sem que ações mais violentas ou opressivas fossem observadas), era clara a relação entre o combate às drogas e um processo de higienização e controle social. Somada a isso, uma intensa midiaticização e debates na cidade atacando a política de distribuição de seringas. Concordamos com Petuco (2014, p. 137), quando este nos aponta que 'medo e preconceito sempre mataram mais que qualquer vírus'. Apenas em 1995 são retomadas ações em Redução de Danos, dessa vez em Salvador, quando se inaugura o primeiro programa oficial de troca de seringas.

Porém, o que se observa é que, aos poucos, a redução de danos vai alargando seu escopo e realizando um trabalho muito além da simples troca de seringas (o que por si só já representa um imenso avanço na construção de políticas públicas). Torna-se também o acesso à cidadania e direitos e articulação entre saúde e assistência na prerrogativa de produzir saúde e cuidado:

Os redutores brasileiros nunca se limitaram às trocas de seringas ou à prevenção e o tratamento da Aids. Percebiam que eram protagonistas de uma pequena revolução: a invenção de uma nova ética do cuidado dirigido a pessoas que usam álcool e outras drogas. (PETUCO, 2014, p. 141).

A redução de danos parte de uma perspectiva transdisciplinar, envolvendo ações que dialogam com a saúde, mas também com a educação, moradia, lazer, cultura, considerando o contexto de quem faz uso de substâncias. Não restringe seu olhar unicamente à substância, buscando reduzir não apenas danos físicos, mas também sociais (se considerarmos que vivemos em uma sociedade proibicionista e todos os danos que advém do uso de substâncias ilegais). Já dizia Lancetti (2007, p.

80), de redutiva, essas práticas não têm nada: “A RD, no plano da proposta e na sua preciosa simplicidade, é redutiva, mas, quando analisada na sua capilaridade, é menos uma diminuição do risco e mais uma ampliação da vida.”. A abordagem da redução de danos é centrada mais no que a pessoa deseja e consegue fazer, e menos numa lógica normalizadora e prescritiva.

Muitas vezes, faz-se uma confusão em que se coloca Redução de Danos *versus* Abstinência. Tal divergência deve ser observada de um ponto de vista mais amplo, em termos políticos. Embora a redução de danos possa abarcar um projeto terapêutico que deseje a abstinência, ela não é exclusivamente o fim a ser alcançado. Trata-se de uma proposta singular, construída com cada usuário que leva em conta seu contexto, seu modo de uso, o momento que usa, a quantidade, sentidos do uso, dentre tantos outros aspectos. Tal estratégia não está diretamente apontada para a substância, mas para a relação construída envolvendo sujeito (quem), a droga (qual) e o contexto. Uma política que se propõe abstinente muitas vezes vem acompanhada de uma lógica repressiva, destinada principalmente aos mais miseráveis. Na lógica proibicionista, a droga é vista como uma substância maligna que deve ser eliminada a todo custo (ainda que ela nunca tenha sido eliminada em toda a história da humanidade).

A temática AD na lógica proibicionista é regida por uma lógica bélica, tratada com um grande mal que deve ser abolido a partir de uma perspectiva de abstinência. É considerado um modelo de alta exigência, posto que exige (para continuidade do acompanhamento) que o usuário se mantenha sem fazer uso. Nesta vertente, não é realizada uma distinção entre tipos de usuário (recreativo ou abusivo), já que nenhum padrão de uso é tolerado: a abstinência desponta como condição, meio e finalidade do tratamento (ALVES, 2009). Dentre algumas das limitações encontradas nesse modelo de tratamento, encontra-se a barreira de acesso e o estigma:

Uma das limitações apontadas para o modelo de atenção à saúde baseado exclusivamente na abstinência refere-se ao fato de esta condição representar uma importante barreira ao acesso das pessoas que fazem uso prejudicial ou apresentam dependência de drogas às instituições de saúde. A alta exigência em torno da abstinência implica ainda censuras e recriminações aos episódios de recaída ou reincidência ao uso de drogas, tornando as instituições de saúde espaços pouco acolhedores àqueles estigmatizados como “fracos”, “vagabundos”, “sem-vergonha”, “imorais”. (ALVES, 2009, p. 2311-2312).

Trata-se de uma lógica em que fica difícil saber se o que se almeja é o combate da droga ou das pessoas, já que muitas vezes tal discurso serve a uma perspectiva higienista e voltada ao extermínio de populações vulneráveis. Essa lógica bélica se coloca em contradição com a lógica de cuidado orientado pela Redução de Danos, que busca o acompanhamento de processos, segundo o qual nem sempre o consumo é entendido como uma recaída ou retrocesso. O modelo da Redução de Danos se configura enquanto de baixa exigência, posto que não exige do usuário a abstinência, o que não significa que a abstinência não seja uma possibilidade, mas que existem também processos intermediários que podem inclusive não produzir uma diminuição ou o cessar do uso.

A Redução de Danos, além de uma alternativa de manejo terapêutico, é também um posicionamento político que visa romper com práticas repressivas de guerra às drogas, incentivando a criação de uma rede de serviços de saúde que se proponham abertos, flexíveis e articulados. Tais serviços devem atuar não exclusivamente voltados para a abstinência, mas antes, em defesa da vida, da liberdade, da autonomia e da corresponsabilização dos sujeitos em seus processos de cuidado. As estratégias em RD apostam no protagonismo do agente redutor de danos, que deve preferencialmente atender a dois critérios: ser (ou já ter sido) usuário de drogas e conhecer bem seu território de atuação.

Atuando numa lógica que visa promover o protagonismo do usuário, o redutor se coloca em um trabalho oposto à tutela, entendendo que aquele usuário possui uma capacidade inventiva e potência diante da vida. Trata-se da quebra de uma relação verticalizada entre o que cuida (o tutor) e aquele que é cuidado (o tutelado), propiciando a construção de processos de corresponsabilidade entre redutor e usuário.

Gomes (2013) enuncia cinco elementos centrais e básicos para compreensão da Redução de Danos: 1- trata-se de uma alternativa de saúde pública aos modelos moral/criminal e de doença do uso e da dependência de drogas (modelos diretamente relacionados a uma lógica bélica e repressora, onde se vislumbra a possibilidade de um mundo livre de drogas); 2- a redução de danos reconhece a abstinência como resultado ideal, mas trabalha com alternativas que diminuam os riscos (buscando uma redução gradual dos efeitos prejudiciais que um uso abusivo pode gerar); 3- a redução de danos surgiu como uma abordagem baseada na defesa dos dependentes, e não como uma proposta de política sobre drogas (se

lembrarmos do caso já mencionado do movimento de usuários da Holanda, entendemos se tratar de um movimento realizado de baixo pra cima, protagonizado pelos próprios usuários); 4- a redução de danos promove acesso a serviços de baixa exigência ao tratamento do usuário como uma alternativa a abordagens tradicionais de alta exigência e; 5- baseia-se nos princípios do pragmatismo empático, em que não se vale de questionamentos sobre certo ou errado, bom ou ruim.

Porém, conforme nos aponta o autor, ainda que assuma uma postura contrária a um discurso moralista, muitas vezes a política de Redução de Danos pode recair no lugar de uma prática disciplinar, pois, mesmo que contemple certo grau de autonomia e liberdade, também supõe o controle e ordenamento sobre o uso que se faz da droga. Tal risco se torna ainda mais possível quando, no lugar de ex-usuários realizarem o trabalho, tem-se um profissional de saúde dotado de uma visão como verdadeiro e único conhecedor sobre as drogas. Assim, no lugar de um cuidado engajado em processos de liberdade e autonomia, algumas práticas de redução de danos poderiam facilmente se tornar capturadas por um discurso de tutela e gerenciamento de vidas, em que a oferta de serviços de saúde e preservação da vida poderia recair em imposição e exercício de poder sobre a vida do usuário.

[...] não seria exagero algum afirmarmos que as ações de redução de danos para usuários de drogas podem sim estar relacionadas a práticas e intervenções efetuadas como assujeitamento, como imposições dos redutores de danos para usuários de drogas, operando assim uma lógica da moralização (ou da tutela). (GOMES, 2013. p. 73).

Para auxiliar a reflexão sobre o atravessamento da moralização nas práticas de saúde, o texto “Por uma perspectiva ética das práticas de cuidado no contemporâneo” de Rodrigues e Tedesco (2009) traz algumas discussões pertinentes. Nele, as autoras realizam uma crítica a algumas atuações médicas (e até mesmo psis) que agem ditando normas e conduzindo indivíduos na manutenção de uma ordem moral, assumindo certo controle da população e dos indivíduos. Utilizando-se de discussões de Foucault, esclarecem a ética como um exercício crítico constante, atitude crítica de si mesmo diante de situações inesperadas que nos tiram as certezas já instituídas, exigindo coragem para a construção de novos modos de agir. Uma postura ética implica na criação de outras formas de se

relacionar com os códigos e normas colocados, interrogando-os enquanto verdade absoluta que deve ser obedecida.

As autoras fazem uma distinção entre as prescrições gerais e normativas e uma conduta ética. Utilizando-se ainda de Foucault, apontam o papel das verdades produzidas ao longo da história na instituição de códigos morais, normalizadores e universalizantes. É em relação a esses códigos que o sujeito moral se produz e conduz. Aqui são pensados dois modos de sujeito: o jurídico (aquele constituído por processos de submissão e assujeitamento a esses códigos instituídos) e o sujeito ético, capaz de equivocar identidades duras e transformar a si mesmo por meio de uma experiência de si. Trata-se de dois modos de estar na vida que se alternam, se complementam, se confundem em uma mesma experiência.

Para compreender o deslocamento do sujeito jurídico para um sujeito ético, Rodrigues e Tedesco (2009, p. 79-80) apresentam três compreensões diferentes da moral: a primeira trata da moral como sinônimo de códigos de conduta instituídos, um “conjunto de valores e regras de ações propostas aos indivíduos e aos grupos por meio de diversos aparelhos prescritivos, como podem ser as famílias, as instituições educativas, as igrejas etc.” A segunda compreensão da moral é definida como “moralidade dos comportamentos”, sendo ela a capacidade dos sujeitos de avaliarem seu próprio comportamento frente aos códigos e valores morais impostos a ele. A partir desse comportamento, tal indivíduo poderia ser considerado moral ou imoral segundo seu grau de assujeitamento a esses valores. Já a terceira compreensão aponta para a moral como a relação que o indivíduo estabelece consigo mesmo quando toma como referência tais códigos prescritivos. Em outras palavras, “corresponde a maneira como o sujeito se produz na sua relação com o código”.

Com base nessa terceira forma de compreensão, as autoras afirmam a constituição do sujeito moral como um exercício ético, onde este não só se referencia a certos códigos, leis e normas, mas também a si mesmo enquanto constituição de si, através de uma atitude crítica. Com isso, desloca-se o sujeito de um lugar puramente subordinado para aquele que reflete sobre como conduzir-se moralmente. “A regra não desaparece, mas em vez dela se impor ao sujeito, esta se dá em função de uma certa arte de viver, de uma estilística da existência.” (RODRIGUES; TEDESCO, 2009, p. 81). Assim, as práticas de si assumem um lugar

de criação de novas normas, construídas a partir da singularidade com que cada um se deixa afetar pelos preceitos.

É a partir do exercício de construção de si que é permitido aos indivíduos se conhecer, se controlar e se transformar de acordo com o que lhe convém. Assumir uma postura ética diante dos saberes e verdades instituídas não significa agir fora do campo moral, mas de, a partir dele, operar uma problematização e transformação de si, tendo ainda os códigos como referência.

Em processos de orientação jurídica, tem-se um sujeito que se adequa a uma palavra de ordem, a determinada verdade de si ditada por outrem, sem qualquer reflexão sobre seu ato, sem nenhum grau de liberdade. Já em processos de orientação ética,

A subjetivação não passa pela adequação a uma norma ou lei preestabelecida. Passará por uma problematização de si que permite agir não apenas em função da exigência da lei, mas em função do tipo de relação consigo que pode estabelecer em suas ações. (RODRIGUES; TEDESCO, 2009, p. 84).

Pensando na articulação entre o tema da moral e do trabalho em redução de danos, fica nítida a relação direta entre uma proposta que se pensa singular e contra a moral estabelecida sobre o uso de drogas e o lugar que tem o sujeito que faz uso abusivo. No lugar de uma verdade sobre como esse sujeito deve se conduzir para uma vida mais 'saudável', a redução de danos sugere uma prática de reflexão e conhecimento de si, em que se pense sobre seu uso de um modo crítico. Como nos aponta Petuco (2014),

Redutores não decoram fórmulas prontas. Se assim fizerem, serão meros "trocadores de seringas", mesmo que não as ofereçam em seu cotidiano. O diferencial não reside em um cardápio de estratégias, mas na capacidade de operar de modo não prescritivo, não colocando a abstinência como único objetivo. [...] a redução de danos apresenta-se como ponto de partida, compromisso ético, estético e político, e não como um guia preciso, roteiro fechado, receita de bolo, nem como uma partitura de ações sanitárias, mas como um chamado ao compromisso. (PETUCO, 2014, p. 146).

A partir dessas reflexões, algumas perguntas começam a se formular: como o projeto Bike da Prevenção contribui para a política de Redução de Danos? Quais problematizações e deslocamentos o projeto produz ao pensar em uma prática de cuidado baseado na ética? Como a educação entre pares se relaciona com a

Redução de Danos? Em que ponto essas linhas se encontram? Uma primeira impressão é que o projeto ajuda na desconstrução de narrativas dominantes acerca dos usuários, repetidamente afirmados como mentirosos, manipuladores, doentes. Normalmente considerados inaptos para o trabalho, esses usuários agora são colocados em outro lugar. São assumidos, de forma institucional, como promotores de saúde. Será que esse deslocamento possibilita uma mudança nos seus modos de se relacionar com o território e com usuários?

3 DESENVOLVIMENTO

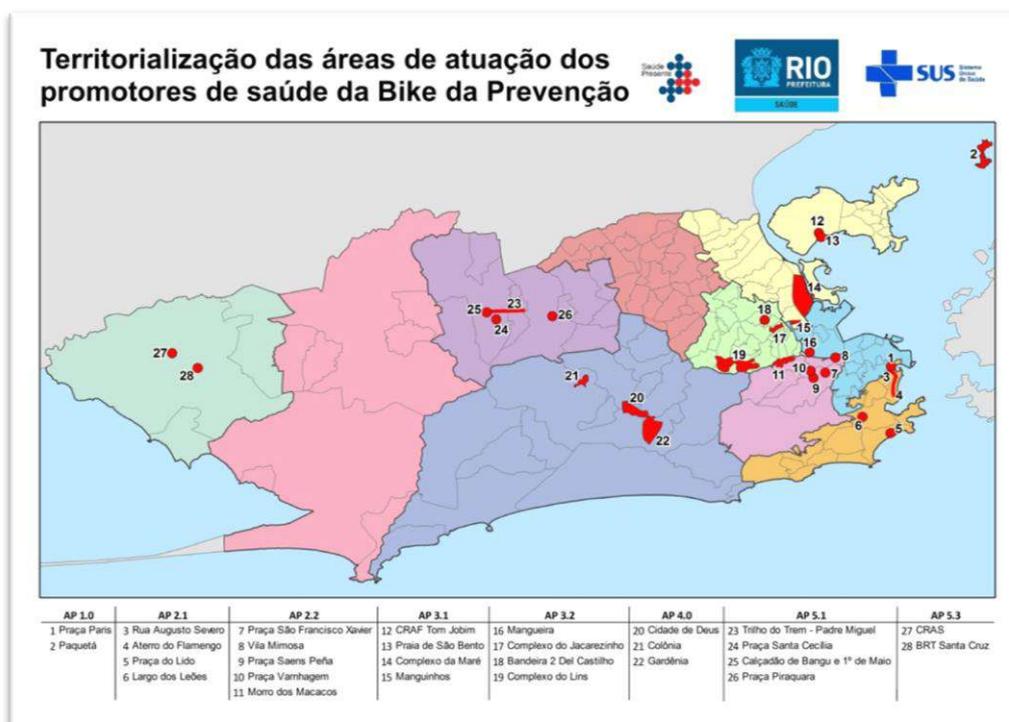
3.1 O PROJETO BIKES DA PREVENÇÃO

O Projeto piloto Bikes da Prevenção foi elaborado, pensado e construído em novembro de 2016 a partir da articulação entre três Superintendências da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: Atenção Primária (SAP/SUBPAV), Promoção da Saúde (SPS/SUBPAV) e Saúde Mental (SSM/SUBHUE). Inspirado no programa “Caminhos da Prevenção⁷” (realizado na cidade de São Paulo com populações em situação de vulnerabilidade e exposição ao vírus HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis – IST’s), o projeto surge com objetivo principal de identificar pessoas em situação de vulnerabilidade e garantir acesso e cuidado a partir da construção de vínculo com essas pessoas.

Na época, diferentes CAPSad e equipes de Consultório na Rua foram convidadas a indicar, dentre seus usuários, pessoas para atuarem como agentes promotores de saúde e redutores de danos, entendendo que o trabalho poderia ser interessante para esse usuário (em termos de cuidado) e para o território (em termos de acesso a regiões mais vulneráveis). A primeira turma, quando ainda se tratava de um projeto piloto, contava com 10 agentes, contemplando oito das dez áreas programáticas da cidade.

⁷ O Projeto Caminhos da Prevenção é uma das 13 frentes de trabalho do Programa de Braços Abertos (DBA), precursor no Brasil na proposta de criar frentes de trabalho como uma estratégia de cuidado para usuários de álcool e drogas em situação de vulnerabilidade.

Figura 1 - Distribuição dos agentes do Projeto Bikes da Prevenção pelo território do Município do Rio de Janeiro, 2016



Fonte: Relatório do Projeto Bikes da Prevenção, SMS-RJ, 2016.

Logo na entrada, os agentes receberam uma camisa para identificação no território (com a logo do projeto), um crachá e um triciclo para transportar os insumos. Todos participaram de um curso introdutório onde foram abordados temas considerados importantes para o trabalho como, por exemplo, HIV, tuberculose, IST's e Redução de Danos, temáticas estas que acabam sempre retornando ao longo dos encontros, figurando-se como uma proposta de formação permanente.

A proposta do projeto é que os agentes realizem no território ações como: distribuição de insumos (camisinha feminina/masculina, gel lubrificante e folhetos educativos), facilitação do acesso de populações vulneráveis a serviços de saúde, mapeamento de regiões vulneráveis e de difícil acesso por serviços de saúde, preenchimento semanal de um diário de campo sobre suas ações no território e participação em atividades promotoras de saúde. Um foco específico e importante diz respeito também da qualificação dos agentes enquanto agentes de saúde e redutores de danos, por meio da fomentação de espaços de educação permanente além da participação em Fóruns, Congressos e outros eventos da rede.

A atuação dos agentes acontece em territórios específicos previamente estipulados pelo serviço, sendo necessário um preceptor responsável por acompanhar o processo de trabalho (o preceptor deve estar alocado no serviço que indicou o usuário). Para auxiliar no cotidiano de trabalho, é oferecida uma bolsa no valor de 450 reais para uma carga de 20 horas semanais. Importante frisar o termo bolsa por se considerar que não se trata de um salário, e sim de uma ajuda de custo para auxiliar o agente na efetivação das ações. O projeto se coloca enquanto espaço de formação e não apenas de trabalho: no prazo máximo de dois anos é previsto que o agente finalize sua participação e siga outros caminhos, com a expectativa que este seja reinserido no mercado de trabalho, retome os estudos, ou então outro caminho que faça sentido para seu projeto de vida.

A Bike da Prevenção afirma os seguintes objetivos: possibilitar e qualificar o acesso de populações vulneráveis aos serviços de saúde a partir de abordagem dos agentes em territórios de difícil entrada por representantes do poder público; mapeamento de territórios vulneráveis não acessados por serviços de saúde; facilitação do acesso a informações sobre ISTs/Aids, Hepatites Virais e Tuberculose com foco em populações-chave possibilitando a prevenção e o diagnóstico das infecções e doenças transmissíveis; garantia de acesso a insumos e informações de saúde para pessoas em situação de vulnerabilidade; propiciar a formação em serviço para pessoas em situação de vulnerabilidade – situação de rua, usuários de drogas – e demais grupos estigmatizados - como pessoas trans e profissionais do sexo; e atuar na construção do alargamento da autonomia, fortalecendo o protagonismo dos usuários na construção do cuidado, de forma que passem a pensar e agir criticamente a respeito das políticas públicas direcionadas para seus pares.

De forma prática, o projeto atua na facilitação do acesso a insumos (camisinha feminina/masculina e gel lubrificante) e informações para prevenção de ISTs/Aids, possibilitando, assim, uma maior aproximação de populações vulneráveis aos serviços de saúde. Entende-se que:

[...] a distribuição de insumos abre janelas, possibilita diálogos, garante cidadania e aproxima as pessoas da noção de autocuidado. Uma atenção mais cuidadosa e segura em relação ao uso de drogas pode ampliar-se para outras esferas da vida como alimentação, higiene, descanso e etc. A distribuição de insumos de prevenção, portanto, é muito potente no sentido de incentivar uma reflexão sobre o autocuidado, seja no momento do uso ou não.” além de propiciar

também a formação e trabalho para pessoas em situação de vulnerabilidade como estratégia de estímulo ao cuidado de si. (CALIL, 2018, p.26).

Dentre a rotina de atividades desenvolvidas pelo agente estão: atividade no campo, realizada a partir do planejamento prévio entre agente, preceptor e a equipe que o acompanha, com definição de horários, área de atuação e estratégias de abordagem; preenchimento do diário de campo, ferramenta elaborada pelo projeto para ser utilizada pelos agentes, que deve ser supervisionada pelo preceptor e realizada após as ações, com entrega semanal; supervisões com o preceptor, discutindo-se sobre a rotina do trabalho e questões suscitadas pelo campo; e participação em eventos periódicos como encontros, seminários, fóruns, etc.

O projeto conta em sua organização com diferentes atores. A figura central dos agentes promotores de saúde e redutores de danos (apelidado de bikeiros), que devem atuar em territórios previamente delimitados; preceptores, identificados na figura de um profissional do serviço dentro do território dos agentes e que deve acompanhá-lo na construção do projeto de trabalho e nas reuniões com nível central; apoiadores de área, que atuam fortalecendo e dando visibilidade ao projeto nas unidades de saúde, garantindo uma articulação intra e intersetorial; e profissionais do nível central, responsáveis pelos encontros semanais com os agentes, articulação entre os serviços e apoiadores de área, estruturação, planejamento, consolidação dos dados e avaliação.

3.2 METODOLOGIA DO PROJETO

O projeto utiliza como metodologia a “educação entre pares⁸” valorizando a troca entre pessoas com experiências semelhantes: “[...] como o próprio nome já diz, é a troca de saberes entre semelhantes, ou seja, entre pessoas ou grupos que têm o mesmo perfil e compartilham as mesmas vivências, o que facilita muito o intercâmbio de conhecimentos e práticas” (UNICEF, [2015?], p. 6). O objetivo é alcançar populações vulneráveis por meio da identificação entre agente e usuário, entendendo que frequentadores de determinados espaços (cenas de uso, casas de

⁸ Esse termo, veio do inglês *peer educator* e é utilizado quando uma pessoa fica responsável por desenvolver ações educativas voltadas para o grupo do qual faz parte (BRASIL, 2010, p. 19).

entretenimento adulto, casarões ocupados no centro da cidade) podem identificar no agente um par, o que facilitaria a criação de vínculo e acompanhamento dessas pessoas. Além disso, por transitarem em tais territórios os agentes possuem maior acessibilidade e conhecimento acerca de possíveis cenas de uso ainda desconhecidos dos serviços de saúde. Conforme Pádua (2018):

A metodologia da educação entre pares foi escolhida a partir do reconhecimento de que há um saber dos usuários a respeito do cotidiano no qual vivem, dos espaços nos quais circulam, dos códigos e atores do território e suas vicissitudes. Tais aspectos são desconhecidos pelos profissionais de saúde tradicionais e esse saber é estratégico para o enfrentamento das barreiras de acesso. (PÁDUA, 2018, p. 48).

A autora traz algumas situações vivenciadas no primeiro ano do Projeto (quando ainda se tratava de um piloto) que evidenciam a importância do lugar ocupado pelo agente enquanto par. Momentos que os acessados se sentem mais a vontade, sem ‘papas na língua’ para expor situações íntimas que poderiam causar constrangimento, ou por estarem sujos ou ainda sob efeito de substâncias. Ela relata ainda uma situação de surpresa e emoção vivenciada por uma mulher trans em situação de prostituição na rua ao encontrar uma agente do Projeto, também trans e disposta a escutar suas questões e ajudar no seu cuidado.

No entanto, Pádua (2018), refere também algumas situações difíceis em que os agentes, justamente pelo lugar que ocupam de par, algumas vezes se deparam com vivências muito semelhantes à outras que já viveram e tal situação atuar enquanto gatilho. Certo agente, ao acompanhar um usuário à UPA buscando atendimento emergencial, vivencia uma situação de negligência e fica bastante tomado com a situação, ameaçando “partir pra cima” dos profissionais. A situação pôde ser manejada com a ajuda do preceptor e discutida em conjunto com outros agentes nos encontros semanais.

Na metodologia entre pares considera-se a experiência de vida do agente, sua linguagem, crenças, símbolos e vivências (o uso de determinadas substâncias, a vivência em situação de rua) como material potente para a construção de um trabalho em redução de danos. Tal método atualiza um modelo de cuidado horizontal, situando no mesmo plano agente de cuidado e usuário. Ao tornar os agentes protagonistas do cuidado em saúde, considera seu saber sobre processos de saúde e adoecimento e sobre si:

A concepção de educação entre pares desenvolve-se na estrutura horizontalizada de relações entre os participantes e na partilha de experiências enquanto elementos-meio para a construção do conhecimento, permitindo, simultaneamente, promover o desenvolvimento do outro e de si mesmo. (SHINER, 1999; ALCOCK, 2009 *apud* GUIMARÃES; LIMA, 2012).

Ao abordar pessoas em situação vulnerável, acontece uma “intervenção sanitária informal” (LANCETTI, 2007): os agentes induzem assuntos de cuidado em saúde e incitam dúvidas a fim de produzir curiosidade das pessoas sobre o que fazer, como se tratar e onde buscar atendimento. Porém, não se trata aqui de buscar uma mudança de comportamentos por meio de uma aprendizagem sanitária satisfatória. Como nos aponta Meyer *et al.*, (2006):

A educação em saúde pode ser pensada não como estratégia de aliciamento a um modelo que permanece cognitivo-racional ou como recurso para uma "aprendizagem sanitária" satisfatória, mas como eixo orientador de escolhas político-pedagógicas significativas para um dado grupo e contexto. E o apoio e a resposta social que se busca alcançar envolvem a comunicação entre diferentes, que não objetiva a homogeneização de formas de pensar e levar a vida, mas a construção e o fortalecimento de cumplicidades na busca de proteção”. (MEYER *et al.*, 2006, p. 1341).

Os agentes acabam se tornando referência em saúde em suas áreas, mesmo que não tenham a resposta a todas as perguntas. O vínculo é de outra ordem: a naturalidade com que abordam torna mais fácil falar de questões delicadas, como o uso abusivo de drogas ou práticas sexuais seguras. O fato da abordagem não estar pautada em uma lógica proibicionista, e sim para uma possibilidade de aproximação e troca, torna o diálogo muito mais possível.

Colocar os agentes, como pares, na linha de *front* do cuidado é uma estratégia para ampliar o acesso à saúde para uma população específica. Mas colocá-los nesse lugar de protagonismo do cuidado também significa reconhecer como válido e importante o saber que os agentes têm para a construção desse cuidado. Ou seja, é reconhecer que pessoas com uso problemático de álcool e outras drogas assim como pessoas em situação de rua e demais vulnerabilidades devem ser ouvidas para pensar as políticas e práticas de cuidado dirigidas a essas populações. (PÁDUA, 2018, p. 52-53).

De maneira geral, o que se observa ainda no cuidado em saúde é uma relação vertical, em que o saber médico (operado não só pela figura médica, mas

por qualquer profissional de saúde) parece ter um saber sobre o corpo do outro maior que ele mesmo. Saber esse que desqualifica a experiência, que não partilha, que se coloca como superior e que deve ser obedecido. Foucault (1979) situa no século XVIII a emergência da medicina moderna, que nasce no momento do desenvolvimento capitalista em que a força de trabalho se constitui como elemento fundamental para o fortalecimento do Estado. São tempos de crescimento das cidades com o desenvolvimento industrial e a urbanização. O Estado passa a dar extrema importância à saúde da população quando percebe que uma força de trabalho sadia gera mais lucros, enquanto o adoecimento dos trabalhadores, ao contrário, gera perdas e gastos. A saúde se torna um meio eficaz de controle e exercício de poder sobre os indivíduos.

A partir do séc. XVIII, a medicina ganha um importante papel no controle dos corpos (ou a força de trabalho), orientando e definindo regras gerais de higiene, comportamento e moral, focando seus esforços no corpo do trabalhador tomado como corpo social. Não se trata de um corpo meramente biológico, mas também político.

Para que o capitalismo possa se desenvolver e se manter, é preciso uma força de trabalho forte, dedicada e dócil. Cabe à medicina o importante papel de controlar e regular o corpo por meio de normas de saúde pautadas no modelo científico de saber, que lhe confere poder sobre a vida das populações, num primeiro momento reorganizando a cidade e, em seguida, a vida dos indivíduos: “Eram os médicos, psiquiatras e cientistas que, através de seus conhecimentos e autoridade (saber-poder), fortaleciam a ordem dominante, segregando e patologizando o desobediente” (GAUDENZE; ORTEGA, 2012, p. 28).

Os desobedientes e patologizados são aqueles que não contribuem para o fortalecimento do sistema capitalista. Vida útil para o sistema é aquela que trabalha e gera capital, sendo os desobedientes os loucos, as prostitutas, os enfermos, os ‘crackudos’ e alcoolistas – em suma, aqueles que não afirmam um modo de vida interessado nos processos de circulação e acumulação do capital.

Na problemática do uso abusivo de álcool e outras substâncias, além da relação verticalizada, o estigma e o preconceito dificultam uma fala aberta e franca sobre o problema, além de aprofundar um tratamento normativo e prescritivo. Muitos usuários se sentem inibidos até mesmo de chegar a um serviço de saúde, ainda que o problema que os acomete naquele momento não esteja

necessariamente relacionado ao uso de substâncias. Um agente recém-chegado ao projeto relata no encontro que os pacientes do CAPS o procuram para desabafar sobre suas questões com as drogas pois se sentem mais confortáveis de saber que ele também vive processos semelhantes. Outro diz, em reunião, que sempre teve “tesão” pelo projeto pelo fato de poder trabalhar com iguais. Como nos indica Calazans *et al.* (2006), “[a] estratégia de educação entre pares rompe com a estratégia de prevenção tradicional em DST/AIDS [...] ao estimular as práticas educativas entre agentes e usuários com compartilhamento de linguagens e experiências a partir da vivência de fase similar e posição social semelhante” (CALAZANS *et al.*, 2006, p. 35). O projeto amplia o repertório não somente dos profissionais, mas também dos agentes. Repertório esse composto não apenas das atividades que realiza, mas também de saberes que acumula e partilha.

4 DISCUSSÃO

4.1 BIKEIROS E O PROCESSO DE SE TORNAR UM PROFISSIONAL DE SAÚDE

Ao refletir sobre a função e atuação dos bikeiros, acaba sendo inevitável uma discussão sobre fatores em comum entre estes e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sendo inclusive muitas vezes tema de debate entre os próprios profissionais que atuam no Projeto. Ambos ocupam um lugar paradoxal que figura, a um só tempo, enquanto morador de determinado território e agente sanitário de saúde. Porém, cabe aqui uma particularidade dos bikeiros: considerando sua atuação principal com pessoas em situação de rua (e muitas vezes eles próprios são tais pessoas), sua atuação acaba transpondo as noções de território comumente usadas na saúde.

A noção de território, para a Saúde, começa a ganhar corpo a partir da década de 1970. Com as mudanças no perfil de morbimortalidade da população (redução das doenças infecciosas, aumento das doenças crônico-degenerativas e a emergência da AIDS), fez-se necessário buscar meios mais eficientes de compreender a doença como manifestação coletiva. Desta forma, nas últimas décadas, a Epidemiologia tem incorporado conceitos da Geografia no sentido de buscar instrumentos teórico-metodológicos para compreender o processo saúde-doença (FARIA; BORTOLOZZI, 2009).

O conceito de território é amplo e polissêmico. As abordagens de diferentes autores dão ênfase a um ou mais aspectos (econômico, político e cultural), a depender de suas linhas de pesquisa, para definir seu campo semântico (BORDO *et al.*, 2004).

Segundo Barcellos *et al.*, (2002, p. 130), “o território é o resultado de uma acumulação de situações históricas, ambientais, sociais que possuem influência no processo saúde-doença de uma população”. Já para Santos (1999), o território não é apenas o conjunto dos sistemas naturais e de coisas superpostas, mas sim onde o homem se realiza plenamente a partir das manifestações da sua existência, e com isso deve ser entendido como “território usado”, que segundo o autor: “é o chão mais a identidade. A identidade é o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence. O território é o fundamento do trabalho, o lugar da residência, das trocas materiais e espirituais e do exercício da vida” (SANTOS, 1999, p. 08).

Oficialmente, o Rio de Janeiro é dividido na saúde em 10 áreas programáticas, cada uma com suas redes formais e informais, seus equipamentos e serviços. O que se observa frequentemente é um esgarçamento: os agentes da bike não atuam com a mesma noção de território. Nômades como o público que atendem, muitas vezes ultrapassam as AP's, gerando tensões em serviços de saúde ou indicando serviços que já conhecem (embora não seja aquele o indicado para aquela área programática). Cabe aqui ressaltar uma noção de cidade e território que se opera de forma diferente da normativa imposta por um planejamento sanitário da cidade: são pessoas que transitam pelas ruas de acordo com outros regimes. Ainda que a temática da divisão do município retorne em diversos encontros de formação continuada, a cena se repete: os agentes acabam atuando em territórios outros dos esperados. Sua atuação na cidade é fluida e não atende às imposições de um regime fechado de território. Conforme Monken *et al.*, (2008, p.10). “o território é, na maior parte das vezes, utilizado como estratégia para a coleta e organização de dados sobre ambiente e saúde, mas deve-se manter claro que os processos sociais e ambientais transcendem esses limites”.

Retornando ainda as semelhanças entre agentes e ACS, ambos contam com tecnologias leves, numa atuação que ativa muito mais os saberes populares e advindos da própria experiência que os saberes técnicos. À princípio, se poderia julgar que tais intervenções são ‘menos importantes’, desprovidas do saber técnico e acadêmico advindo de anos de estudos. No caso dos agentes do projeto, a radicalidade assume-se de forma ainda maior: muitos deles não concluiu o ensino fundamental (exigência prevista para contratação de Agentes Comunitários em Saúde). Mas é na radicalidade que se encontra a potência do projeto: como quando dois agentes instalaram chuveiro em uma Clínica da Família para que pessoas em situação de rua pudessem tomar banho antes do atendimento, posto que se sentiam constrangidas sem o banho. Ou pela facilidade com que acessam casas de uso e encontram usuários que necessitam realizar tratamento para tuberculose, porque conhecem o território e seus becos. Ou quando sugerem a um usuário de substâncias ilícitas em uso abusivo a substituição de crack por maconha, baseados em sua própria experiência de redução. As soluções são inventadas a partir de saberes provenientes da própria experiência.

Alguns dos agentes tem dificuldades para acessar as casas de uso. Ou porque estar naquele espaço ‘atiça’ sua vontade de usar; ou porque tal experiência

toca em vivências difíceis, o que tornaria difícil e imprudente sua colocação naquele espaço. Concordamos com Rolnik (2014) quando esta nos ensina sobre a regra da prudência: é preciso prudência e lentidão no processo de início do agente da Bike. Ir tasteando a cena, o que ela traz para ele, o que lhe retorna, o que torna possível. São questões essenciais para dar segmento ao trabalho (e muitas vezes, para frear o trabalho e revê-lo).

Uma outra diferença entre os Agentes Comunitários de Saúde e os Bikeiros é a função terapêutica que este projeto exerce sobre os agentes. Não são somente promotores de saúde, mas também beneficiários do projeto. Domiciano Siqueira em entrevista a Lancetti (2007) relata a experiência com redutores de danos em Porto Alegre. Quando questionado sobre quantos pararam de usar drogas ou modificaram a substância, ele comenta que, independentemente dessa porcentagem, realizar esse trabalho coloca as pessoas para pensar. Pensar sobre o uso e pensar sobre o contexto. Só isso já representa um baita ganho: conseguir que um usuário, na maioria das vezes em situação vulnerável, reflita sobre seu padrão de uso (e muitas vezes modifique esse padrão, seja por uma diminuição no uso, seja pela troca de substância). Além disso, ele destaca também a diferença na subjetividade e na sociabilidade envolvida por exemplo no uso de crack e de maconha. Operar essa troca também gera mudança.

O Projeto representa para muitos dos bikeiros a ampliação de vida, seja ela na ocupação de novos espaços (como Fóruns de Saúde Mental), na possibilidade de alugar um espaço e sair da condição da rua, na troca de saberes e experiências com pares, no reconhecimento de si como agente de saúde. Um agente sentia muita dificuldade de passar a frequentar o CAPS alegando não se sentir bem naquele espaço. Dizia que os encontros semanais da Bike (e eventuais conversas com uma das apoiadoras a nível central) representavam seu cuidado. Outro diz que “Esse projeto é a minha vida. Ele não me ajuda só a ajudar as pessoas, me ajuda a me ajudar também. Vagabundo antigamente corria de mim, ter confiança das pessoas.” Outra traz recorrentemente às reuniões de quinta o prazer que sente de ser reconhecida: “Eu sou reconhecida de longe! É muito bom trabalhar com as pessoas.” Sua animação remete ao reconhecimento de um novo lugar assumido por ela, não mais de usuária abusiva, mas de profissional de saúde. Certa vez, um agente diz que “Durante entrega de insumos, recebi elogios sobre o projeto de pessoas que colocaram o desejo de que outros países fizessem o mesmo, e de que

o governo ampliasse o trabalho e o investimento no projeto.” Essa fala poderia parecer algo simples, mas nos mostra possibilidades discursivas outras, conectadas diretamente a uma ampliação no repertório de vida dessas pessoas. Elas não estão falando sobre como conseguir a próxima dose; estão tratando sobre saúde e investimento público.

Vasconcelos *et al.*, (2014) nos fala de um cuidado em álcool e drogas comprometido com o alargamento de territórios existenciais: projetos que produzam deslocamentos ampliando as conexões e criando novas redes de vinculação, aumentando a potência de vida dessas pessoas ali onde o empreendimento até então parecia suicida. Para ele, o estreitamento do território subjetivo se constitui enquanto maior dano para o usuário; partindo dessa ideia, sugere a ampliação da vida por meio de projetos que tracem linhas de fuga. Seguindo por esse caminho, sugere que “Pensar, então, em alargamento de territórios existenciais no campo da saúde e, sobretudo, no cuidado em AD nos leva a considerar uma rede acêntrica de vínculos, afetos, articulações e intervenções necessárias” (VASCONCELOS *et al.*, 2014, p. 6). Se entendemos que o cuidado no campo AD não se restringe apenas ao CAPS (seja ele AD ou não), e sim na rua, na cidade, nos territórios que o usuário circula, podemos sim pensar um projeto pautado pela lógica da redução de danos enquanto espaço de cuidado. Se no projeto experimentamos criar aberturas, estratégias outras na vida dos bikeiros, processos de subjetivação mais potentes, tais finalidades poderiam dizer de um trabalho clínico.

Não foram poucas as vezes que os agentes sacudiram os lugares previamente estabelecidos nas instituições de saúde e assistência. Esse, aliás, foi o analisador mais observado ao longo de um ano acompanhando o projeto: foram diversas reuniões realizadas para ‘resolver tensões’ encontradas entre equipes e agentes. Tidos muitas vezes na visão normatizada de um drogadito, os discursos dominantes sobre eles, entre profissionais da saúde, são repetitivos, como nos indica Silva (2014):

Outra narrativa dominante comumente repetida é afirmar uma personalidade do dependente, com características fixas, em geral pejorativas, como baixo limiar à frustração, mentiroso e manipulador. Diz-se que ‘dependente químico é assim mesmo, manipulador’, ‘Cuidado pra não ser manipulado...’ e ‘Eles não costumam falar, não subjetivam...’. Essas observações a respeito de uma suposta personalidade do dependente apontam para uma leitura moral que enviesa o olhar e toda tentativa de construção de vínculo. É como se

o profissional de saúde ou assistência social, principalmente na clínica, tivesse que ser “esperto”, tivesse que estar atento às armadilhas que o usuário/dependente estaria armando na relação. (SILVA, 2014, p. 123-124).

Logo na primeira reunião de equipe de um Caps que estive presente para conversar sobre um agente, escutei da supervisora que “[...] o agente foi parado pelo Bope e estava todo fantasiado de Bike.” (curioso que a palavra ‘fantasiado’ foi utilizado para esse profissional, mas não ocorre o mesmo sobre jalecos usados por médicos, ou o colete regularmente usado por ACS). A todo momento nos era alertado sobre tomar cuidado com o que esse agente nos diz; nem tudo é verdade. Em outra reunião, essa em uma Unidade de Reinserção Social (URS), a profissional nos diz sobre o quanto esse agente manipula, tenta exercer liderança e “a malandragem faz parte do sintoma dele”. Estigma e saber técnico se aliam na produção de um discurso que desqualifica o outro, ainda que ele agora, como elas, seja também um profissional de saúde. Em outra Clínica, a profissional desconfia de toda narrativa da agente trans: “Já me falaram que esse tipo de gente mente muito e eu deveria estar atenta”. Personalidades drogaditas impregnadas de estigma e preconceito que “fecha nossa visão para a largueza do outro” (SILVA, 2014, p. 123). Em tais reuniões, nem sempre era possível desfazer tais discursos. Mas torná-los cambaleantes ou no mínimo questionáveis era sempre a tentativa.

Alguns profissionais não gostam que os agentes participem de reuniões de equipe, outros nem mesmo os consideram profissionais de saúde. Nos lugares instituídos de lugar de saúde-profissional do cuidado, o drogadito, a pessoa em situação de rua ou trans não tem vez. Com argumentos que vão desde uma defesa do agente (saber de informações que são passadas nas reuniões podem fazer mal a essas pessoas) até uma reclamação de seu modo de se comportar nas reuniões, geralmente não respeitando hierarquias pré-estabelecidas e lugares de fala endurecidos.

Tais práticas não podem ser desconectadas de um modo de lidar com a droga e, conseqüentemente, de um modo de ver o usuário de drogas. Lotados de concepções prévias sobre essa existência e seus saberes, os profissionais sentem dificuldades na lida com os agentes bikeiros. Silva (2014), nos alerta sobre o quanto essa postura diante do outro nos limita quanto às suas possibilidades, fixando sentidos para a relação (seja ela de cuidado, profissional, afetiva...). A lógica bélica

se contrapõe à lógica de parceria, de criação comum no trabalho. Lógica esta que não pode ser somente individualizada e localizada nos profissionais, mas compreendida como uma ressonância do pensamento de guerra às drogas, que criminaliza usuários e demoniza substâncias.

Por outro lado, existem também as equipes que topam a abertura, e os processos são outros. Tidos como aliados na lida do cuidado, tais profissionais passaram também a se interessar por algumas temáticas trazidas pelos usuários, como a questão da saúde LGBTQIA+. Na formatura da primeira turma, uma profissional relata que o contato diário com a agente a fez mudar totalmente sua visão sobre a temática, se tornando mais sensível e atenta ao cuidado dessa população. As agentes foram incluídas em várias atividades oferecidas pela clínica, e o que se observou foi um aumento considerável de usuários trans comparecendo à unidade. A metodologia de pares opera aí, na possibilidade de reconhecer, em um agente de saúde, um par (e não apenas em uma cena de uso). O atendimento em saúde, geralmente carregado e em algumas situações até mesmo constrangedor, se torna um lugar de reconhecimento comum e acolhimento a experimentações semelhantes. Quando o profissional larga o lugar tecnicista, a relação com o bikeiro se torna de troca. O agente atua não apenas no território e nos pares que acessa nas cenas de uso ou de entretenimento adulto. Atua também nos pares profissionais de saúde, sacudindo suas certezas e deslocando-os para outro lugar.

Quais consequências um projeto como esse gera na rede de saúde? No sentido de sacudir esses lugares pré-estabelecidos na lida com usuários AD, de garantir mais acesso a eles, de fomentar discussões sobre a população LGBTQIA+? Certa vez em reunião com um serviço de saúde, um profissional diz que os agentes nos obrigam a fazer algo que não temos conseguido: rede. Por se tratar de uma população vulnerável, exige costuras entre a assistência, as unidades de reinserção social, as clínicas de família na qual irão atuar. Ir até esses serviços não implica apenas em ‘discutir questões relativas à Bike’: são nesses momentos que aquecemos as redes, trocamos telefones, construímos novas ideias em conjunto.

Existe um modo bastante estigmatizado de se relacionar com usuários de substâncias ilícitas, pessoas em situação de rua, trans, cenas de uso... enfim, qualquer população em situação vulnerável. Da mesma forma, as cenas de uso (vulgarmente chamadas ‘cracolândias’) assumem o mesmo lugar: “As cracolândias

espalhadas pelo país são vistas como terras sem lei habitadas por pessoas sem qualquer resquício de humanidade: não tem nome, rosto nem história. São aglomerados de corpos que colocam suas mazelas para serem vistas a olhos nus” (SILVA, 2014, p. 63). Durante um bom tempo, a solução encontrada para muitas dessas pessoas ‘desviantes’ era o enclausuramento em grandes manicômios, tornando-os excluídos da vida em sociedade. A lógica manicomial está intimamente relacionada a uma busca de normalização da vida na tentativa de formar uma sociedade mais homogênea.

Tal solução não ficou inteiramente no passado; as atuais Comunidades Terapêuticas se constituem em espaços que oferecem internação para usuários por meio de tratamentos que envolvem a laborterapia e religião. No último relatório elaborado por diversas organizações (em que foi realizado uma inspeção em Comunidades de todo o país), diversas violações de direitos humanos foram constatadas. Relatos de tortura, privação, castigo e até mesmo condições insalubres de funcionamento.

Mas essa história não é linear. Nem sempre o uso abusivo de álcool e outras drogas foi considerado um problema/diagnóstico a ser tratado. Um percurso ao longo dessa história seria exaustivo, mas se sabe do uso de substâncias em rituais religiosos, do uso do vinho em cerimônias antigas, de chás e ervas usadas para o contato com o Divino:

Desde a antiguidade o vinho, considerado substância divina é utilizado em rituais e cerimônias religiosas; os incas consideravam a folha da coca um rico presente “acima do ouro e da prata”, e os Citas (Europa Oriental), inebriavam-se com os vapores da maconha colocada em cima de pedras quentes na entrada de suas tendas. (NUNES *et al.*, 2010, p. 17).

Nunes *et al.*, (2010), nos fala sobre o quanto é inviável e utópico imaginar um mundo sem drogas, tornando-se melhor pensar estratégias de conviver com elas de forma menos danosa que estimular políticas de tolerância zero e guerra às drogas.

No Brasil, embora os usuários fossem colocados em grandes instituições psiquiátricas, até 2002 não havia qualquer política pública específica direcionada a essa população. Apenas em 2002 os usuários de álcool e outras drogas se tornam alvos de políticas de saúde mental com a criação do primeiro CAPSad.

Nos encontros semanais da Bike, os agentes relatam diversas vezes o quanto a entrada no projeto lhes deu um novo lugar: de desconfiança, passaram agora a ser procurados no território enquanto figuras de referência para questões relacionadas a saúde. Uma nova subjetividade se instaura, outras possibilidades de contato e agenciamento. Além do território em que atuam, os agentes passam também a ocupar outros espaços: disciplinas sobre a temática de álcool e drogas em uma instituição pública de ensino e pesquisa; o Fórum Estadual de Álcool e Drogas do Rio de Janeiro; os fóruns específicos das áreas programáticas, além de eventos de promoção de saúde.

Frequentemente, suas falas sobre redução de danos causam emoção e aplausos nos presentes. Se antes essas figuras seriam consideradas ‘zumbis’ ou ‘morto vivos’ (como frequentemente os discursos dominantes se referem aos usuários que ocupam as cenas de uso), ali elas mostram toda sua potência e capacidade crítica diante da temática AD. Suas falas encarnadas passam longe do academicismo endurecido, dos manuais de grandes autores. Uma agente disse em um dos encontros que já realizava redução de danos antes e nem sabia disso.

Se concordamos com Sérgio Arouca quando este diz que o SUS é um processo civilizatório que aposta na transformação social, o Projeto Bikes da Prevenção certamente caminha na mesma direção do projeto de um sistema de saúde público, universal e integrado.

4.2 FERRAMENTAS DE TRABALHO

4.2.1 Diário de Campo

A questão de como avaliar o Projeto “Bikes da Prevenção” enquanto política pública sempre foi um ponto problemático. Os agentes usam uma ferramenta chamada “Diário de Campo” que contém dados como: local da abordagem, hora, qual ação foi realizada, quantas pessoas foram encontradas, número de camisinhas distribuídas, dentre outros (o diário encontra-se em anexo). Recomendamos que, após cada ida ao território, eles preencham o diário, que deve ser entregue nos encontros semanais com o nível central.

De cara, algumas questões se colocam: muitos agentes não sabem preencher o diário, colocando por exemplo valores surreais nas respostas. Exemplo:

uma agente coloca em seu diário uma abordagem realizada com mais de 300 pessoas em um Seminário de Saúde. Ela não havia abordado exatamente as 300 pessoas, mas entendia que esse era o número de pessoas circulando no evento. A quantidade de camisinhas distribuídas também exibia valores pouco confiáveis. Na formatura dos oito agentes da primeira turma, foram exibidos dados consolidados dos dois anos de ações: 7047 pessoas abordadas individualmente; 95 pessoas conduzidas ao serviço de saúde para atendimento imediato e 105 pessoas agendadas; 99425 preservativos masculinos distribuídos; 6630 preservativos femininos distribuídos; 30035 sachês de gel lubrificante distribuídos; 328 kits de higiene bucal distribuídos (dados de novembro/16 a dezembro/17 apresentados na formatura).

Avaliando todos os diários produzidos ao longo de dois anos, ficava claro a diminuição na quantidade de detalhes e informações contidas ali. Os diários iniciais eram mais extensos, com mais detalhamento das ações realizadas. Isso foi percebido em praticamente todos os agentes. Uma hipótese levantada é que em nenhum momento era feita uma devolutiva (por parte da equipe) sobre o conteúdo do que produziam. Não era claro para eles o sentido do diário; logo, não era tão importante preenchê-lo. Além disso, por se tratar de pessoas com escolaridade muito baixa, alguns deles tinham dificuldade na escrita, sentiam vergonha e preferiram se abster do preenchimento. Em reunião com um preceptor, ele deixou claro que os diários dos agentes que acompanhava não diziam do trabalho realizado por eles (que no caso era muito maior). Embora fosse recomendado que o diário fosse produzido em conjunto com os preceptores, percebemos que muitas vezes isso não acontecia.

Ao longo de 2018 mudamos algumas categorias do diário de campo, com o objetivo de facilitar o consolidado das informações ao fim do ano e produzir dados mais fidedignos do que realmente era feito. Tal elaboração foi pensada junto com os agentes, esmiuçando cada pergunta, pedindo sugestões e avaliando se aquilo de fato dizia do trabalho que eles faziam em campo. De nada adiantaria produzir uma ferramenta robusta, mas inacessível aos próprios agentes. Ao final das modificações, sugerimos incluir encontros semanais com devolutivas sobre o que era escrito nos diários. Isso implicava que todos deveriam lê-los, não apenas o responsável pelo consolidado. Além disso, mantínhamos sempre aberta a possibilidade de alterar/excluir/incluir alguma nova categoria.

No escopo do projeto, alguns indicadores foram elencados para avaliá-lo: Quantidade de preservativos masculinos/femininos distribuídos; quantidade de pessoas abordadas; quantidade de atividades desenvolvidas; tipos de atividades desenvolvidas; quantidade de pessoas abordadas pelos agentes que se vincularam à Atenção Primária; quantidade de pessoas abordadas que se vincularam à Atenção Hospitalar; tempo de permanência do agente no Projeto; avaliação do motivo da saída do agente promotor de saúde do Projeto; avaliação, pela perspectiva dos agentes, sobre as transformações/mudanças vivenciadas por eles durante a participação no Projeto. Algumas de fato não eram indicadores, ou não havia possibilidade de mensuração. Um agente que vivia em situação de rua, com medida protetiva para se manter afastado de sua filha, chegou ao fim de dois anos na Bike com uma quitinete alugada e cuidando da filha sozinho. Como mensurar isso? Outro agente, após receber sua primeira bolsa e ficar dias sumido, retornou informando que fez uso abusivo e que não teria condições de, naquele momento, lidar com uma quantia tão alta de dinheiro. Outro, no entanto, disse ter recebido propostas de trabalho com salário bem maior que a bolsa recebida no projeto, mas que preferia permanecer nele por entender que o valor da bolsa era possível de administrar por enquanto. Receber mais que aquilo poderia ser ruim.

Se pensarmos em valores absolutos, poderia-se argumentar que não vale a pena o investimento no projeto. É na singularidade das ações, no trajeto que vão traçando em seus projetos de redução de danos e políticas de substitutividade que o projeto ganha sentido e potência. Ainda que de difícil mensuração, o projeto claramente produz acesso, seja aos que não chegam aos serviços de saúde (levando até as cenas de uso insumos e informações de saúde), seja produzindo mudança na mentalidade dos profissionais de saúde com os quais os agentes atuam, garantindo uma nova sensibilidade que antes não existia ali.

4.2.2 Projeto de Trabalho Singular

Uma ferramenta comumente usada na saúde mental e Unidades Básicas de Saúde é o Projeto Terapêutico Singular⁹ (PTS), que corresponde a uma série de

⁹ “O nome Projeto Terapêutico Singular, em lugar de Projeto Terapêutico Individual, como também é conhecido, nos parece melhor porque destaca que o projeto pode ser feito para grupos ou famílias e

propostas terapêuticas organizadas em conjunto com o usuário (podendo ser individual ou coletivo) e fruto de uma discussão interdisciplinar:

O PTS pode ser definido como uma estratégia de cuidado que articula um conjunto de ações resultantes da discussão e da construção coletiva de uma equipe multidisciplinar e leva em conta as necessidades, as expectativas, as crenças e o contexto social da pessoa ou do coletivo para o qual está dirigido. (BRASIL, 2013, p. 57).

Geralmente essa ferramenta é usada para casos mais complexos que exigem certo nível de articulação intersetorial. Como o próprio nome sugere, o projeto busca respeitar e considerar a singularidade do indivíduo, construindo uma série de condutas que façam sentido para aquela vida e que potencializem seu cuidado para além de uma ação apenas medicamentosa ou focada apenas no diagnóstico.

Além de integrar diversos setores (como por exemplo escola, outras unidades de saúde, associação de moradores), o PTS exige também uma ação multidisciplinar. Ou seja, exige que uma equipe, formada por diferentes técnicos, sente e discuta o caso, de modo que cada saber imprima seu olhar na conduta do projeto. O PTS é composto de quatro momentos que correspondem a um roteiro norteador (BRASIL, 2007): o diagnóstico – trata-se não apenas do diagnóstico clínico, mas também de algo que inclua outros aspectos da vida do sujeito, como o lugar em que vive, suas relações, suas ocupações, seus desejos e interesses. Ou seja, um diagnóstico situacional que englobe várias dimensões da vida, incluindo possíveis vulnerabilidades. O segundo momento é a definição de metas – aqui, as metas podem ser de curto, médio ou longo prazo. Não precisa ser nada extraordinário, e deve ser elaborado em conjunto com o sujeito e o elemento da equipe com quem ele tenha melhor vinculação, garantindo assim uma maior aderência. O terceiro momento é a divisão de responsabilidades – pactuadas as metas, deve-se atribuir responsabilidades aos atores envolvidos no processo com clareza. Por fim, a reavaliação, onde se busca observar o que foi possível, o que não deu certo, e pactuar novas combinações dentro do que é possível tanto para usuário quanto para equipe.

não só para indivíduos, além de frisar que o projeto busca a singularidade (a diferença) como elemento central de articulação” (BRASIL, 2007, p. 40).

Embora se trate de um processo razoavelmente simples, não é recomendada a construção de PTS para todos os usuários de determinado serviço de saúde, sendo mais indicado para casos mais graves, que incluem alto grau de vulnerabilidade. Além disso, um aspecto importante que deve ser valorizado na divisão de responsabilidades é observar e respeitar os profissionais que de fato possuem maior vínculo com aquele sujeito ou família, agregando saberes diferentes acerca da realidade em que vivem e construindo um cuidado em rede. Cabe salientar também que o PTS se insere dentro de um contexto de cuidado longitudinal, ou seja, não é possível construí-lo a partir de um único encontro. O próprio momento final de reavaliação pressupõe um acompanhamento daquela situação, tornando o cuidado processual. Além disso, incluir o sujeito ou família no projeto terapêutico é fundamental, não só para garantir que aquele projeto de fato tem algum sentido, mas também para tirar o sujeito de um lugar passivo de paciente que recebe ordens dos técnicos de saúde. Assume-se aqui que o usuário tem saberes sobre si, e esses saberes devem ser levados em conta para definir seu projeto de cuidado.

A ferramenta do PTS age na contramão das condutas padronizadas, em que já se sabe de antemão quais procedimentos serão realizados no usuário que não atua em nada no seu processo de tratamento, permanecendo em estado passivo diante das condutas médicas. Além disso, exige uma nova organização da equipe, que atua tradicionalmente de forma isolada na rede:

A utilização do PTS como dispositivo de intervenção desafia a organização tradicional do processo de trabalho em saúde, pois pressupõe a necessidade de maior articulação interprofissional e a utilização das reuniões de equipe como um espaço coletivo sistemático de encontro, reflexão, discussão, compartilhamento e corresponsabilização das ações com a horizontalização dos poderes e conhecimentos. (BRASIL, 2013, p. 57).

Muitos diagnósticos são considerados “casos perdidos”, como o caso por exemplo dos alcoolistas ou de usuários que fazem uso abusivo de outras drogas. Nesses casos, a própria equipe age de forma desacreditada, investindo pouco na construção de projetos potentes para aquela vida.

No Projeto Bikes da Prevenção, criamos uma ferramenta semelhante ao PTS (inclusive no próprio nome: PTrS – projeto de trabalho singular). Quando partimos da

concepção que o projeto não apenas “emprega” usuários, mas também se inclui no seu projeto de cuidado, torna-se importante criar com eles projetos de trabalho possíveis. O PTrS (em anexo neste trabalho) deve conter: o território de atuação detalhado do agente; o perfil da população que será abordada, definida pela identificação dos pares (metodologia da educação entre pares); ações regulares e específicas do agente (com descrição das ações e carga horária); organização da preceptoria e supervisão; organização de um cronograma semanal (com a possibilidade de horários alternativos). O projeto deve ser elaborado em conjunto com o agente e revisto com uma periodicidade de 3 meses.

De maneira geral, fica clara a diferença da atuação dos agentes com um PTrS feito e bem-organizado. Muitas vezes, a dificuldade na realização deles era admitida pelos próprios preceptores, por razões de falta de tempo ou organização da unidade de saúde para elaborá-lo em conjunto. Na segunda seleção de usuários para o projeto, destacamos a construção do PTrS como documento obrigatório para o início das atividades, mas muitas vezes ele não era feito. Ou feito exclusivamente pelo técnico preceptor, sem a presença do agente.

Tanto no caso do PTS quanto no PTrS, o que deve nortear os objetivos e ações elencadas no projeto é a inserção social daquele sujeito, promovendo processos autônomos, de fortalecimento de uma rede de suporte e de cuidado de si. Da mesma forma, ambos devem incluir apenas o que é possível para aquele sujeito/agente naquele momento, fugindo de elaborações ideais muito distantes da realidade. Se consideramos que o PTS é utilizado em casos que exigem uma maior articulação entre diferentes instâncias (saúde, educação, assistência social, recursos comunitários), também no projeto de trabalho dos agentes isso aparece de forma acentuada. Na maioria dos casos, é necessária uma articulação entre serviços para pensar o cuidado não apenas dos abordados, mas também dos próprios agentes, que vez ou outra necessitam de abrigo ou de cuidados específicos em saúde.

Em ambos os casos, a utilização do PTS ou do PTrS “como dispositivo de cuidado possibilita a reorganização do processo de trabalho das equipes de Saúde e favorece os encontros sistemáticos, o diálogo, a explicitação de conflitos e diferenças e a aprendizagem coletiva” (BRASIL, 2013, p. 59).

A utilização de um PTS ou PTrS vem de encontro as demandas hegemônicas de rapidez na solução de problemas. Vivemos tempos de respostas rápidas. A população exige sempre resoluções instantâneas e simples para problemas

complexos, ainda que o caminho escolhido não seja o mais benéfico. A questão de usuários abusivos de álcool e outras drogas em situação de rua aprofunda ainda mais esse desejo: a população quer a limpeza da Cracolândia. Ações em conjunto com a Conlurb, a expansão da criação de Comunidades Terapêuticas (não à toa criadas em lugares distantes dos grandes centros), a aprovação de medidas drásticas como a internação compulsória... todas dizem de uma tentativa de solucionar rapidamente o problema. Geralmente, toma-se aqui um viés orgânico: a dependência química é um problema orgânico e neuroquímico, resolvido apenas com o uso de medidas medicamentosas e de isolamento.

Medidas como as citadas (internação compulsória, retirada da rua para abrigos distantes) não consideram a questão do uso abusivo de substâncias como multicausal, em que se somam questões pessoais, econômicas, culturais e familiares. Ou seja, o abuso seria gerado por fatores sociais, e não por fatores químicos. Não é a droga: é a vida, a escassez de trabalho, a precariedade das habitações, a fragilidade dos vínculos familiares, a fome, o frio, a falta de investimento público. E cada um desses fatores em relação com quem faz o uso, e onde faz uso.

O que muitas dessas medidas colocam como tratamento é composto por isolamento, laborterapia e cultos, onde a única saída possível e desejada é a abstinência. O que se observa em geral são usuários recorrentes nesses espaços, com históricos de dez ou mais internações. O sujeito se isola, tenta cumprir todos os rituais propostos, mas fracassa. E o que se observa é um retorno com intensidade muito maior de uso, além de uma resistência a qualquer tentativa de cuidado (afinal, ele comprovou que o tratamento não funciona). Em termos do que é exigido pela sociedade, o método funciona: afinal, as pessoas são de fato retiradas das ruas. Em termos de cuidado, no entanto, fracassa.

Segundo a lei 10.216, a internação deve ser o último recurso a ser utilizado, quando todos os outros se mostraram ineficazes. Existe a internação voluntária (quando o usuário aceita a internação), a involuntária (quando o usuário não aceita e o pedido é realizado por um terceiro que se responsabiliza pela autorização) e a compulsória, determinada judicialmente (BRASIL, 2001). Em todas essas modalidades, a avaliação por uma equipe multidisciplinar de saúde é fundamental para definir a medida da internação. Nos últimos tempos, retornam discussões sobre o uso da internação compulsória para usuários abusivos de álcool e outras

substâncias em situação de rua, medida que vai na contramão de um tratamento responsável, que prima pelo cuidado do usuário. Aliás, aqui ele se torna um réu. A questão do uso de drogas, que deveria ser tratada enquanto problema de saúde pública, se torna uma questão jurídica e de segurança pública. **“O oposto do vício não é sobriedade. O oposto do vício é conexão”** [grifo nosso]. (PAULA, 2017).

É nesse ponto (e em diversos outros) que os modelos de cuidado pautados no isolamento e encarceramento fracassam. Na medida em que buscam oferecer apenas sobriedade (num modelo simplista de problema-resposta unicausal), ignoram que a capacidade de criar e estimular conexões (mais potentes e menos suicidárias que a conexão criada com a substância droga) seria um caminho mais efetivo e de cuidado real. Na contramão das propostas compulsórias e isoladoras, a redução de danos não propõe nenhuma solução imediata, nem fácil. Operar sobre essa lógica é trabalhoso, processual e muitas vezes gera sensação de fracasso (afinal, ainda vivemos sobre a ideia de que fazer uso é recair, ignorando todo percurso do usuário e seus ganhos ao longo do caminho).

Nesse sentido, pensar o vínculo como ferramenta essencial das tecnologias de saúde é colocar o sujeito no centro das práticas de cuidado no lugar da doença: uma prática sujeito-centrada. Nesse sentido, a responsabilidade é pela promoção de vida dos sujeitos e seus processos de autonomia; por isso, orienta um olhar que vai além do momento de agravo do usuário. Ao se vincular com o sujeito, os profissionais de saúde se responsabilizam pela história deste, de forma longitudinal, acompanhando, então, as diferentes situações vividas pelo sujeito, e não somente a evolução de um quadro patológico (pensado fora do contexto em que ele se insere na vida daquela pessoa).

O vínculo qualifica, assim, o profissional de saúde na sua prática de assistência, mas também qualifica a gestão do processo de trabalho de um dado equipamento de saúde:

[o vínculo]... é capaz de garantir o real ordenamento do processo de trabalho da unidade de saúde, resolvendo definitivamente a divisão do trabalho compartimentada e saindo da lógica atendimento/consulta para outra referente à responsabilização de uma equipe multiprofissional. (MASSON *et al.*, 2015, p. 108).

Os profissionais envolvidos e co-responsabilizados a partir da criação de vínculo com os usuários se organizam no seu processo de trabalho a partir de um

olhar integral a esses sujeitos, e assim formulam estratégias de cuidado que fortaleçam a prevenção e promoção da saúde. Dessa forma, a doença vai, aos poucos, deixando de ser o cartão de acesso aos serviços de saúde – situação predominante em contextos nos quais a população somente acessava a atenção terciária (hospitais) já em condição de agravo.

Para além das características apresentadas até então, os agentes do Projeto Bikes da Prevenção se diferenciam na produção de vínculos com usuários em relação aos outros profissionais de saúde também por atribuições específicas de sua prática. Vale ressaltar que os agentes, em contraposição às outras categorias presentes em unidades de saúde, não possuem o espaço privilegiado do consultório e, por isso, devem criar outras estratégias de escuta e diálogo com os pacientes. Nesse sentido, os agentes diversas vezes atuam mais na rua, em cenas de uso que dentro das unidades.

Se na vida cotidiana os vínculos se produzem de inúmeras formas possíveis, no âmbito da saúde este só se estabelece a partir do momento em que o usuário percebe que o profissional assume a corresponsabilidade pelo cuidado deles, gerando assim uma relação de confiança. Nesse sentido, a realização de ações no território, o acompanhamento de usuários à unidades de saúde ou a participação em ações de saúde favorece a percepção da população da responsabilização dos agentes com sua saúde e promove condições para a consolidação de vínculo entre esses, conforme Monteiro; Figueiredo; Machado (2009):

A noção de vínculo nos faz refletir sobre a responsabilidade e o compromisso. Assim sendo, a ideia está em concordância com um dos sentidos de integralidade. Criar vínculos implica ter relações tão próximas e claras, que nos sensibilizamos com todo o sofrimento daquele outro, sentindo-nos responsáveis pela vida e óbito do paciente, possibilitando uma intervenção nem burocrática nem impessoal. (MONTEIRO; FIGUEIREDO; MACHADO, 2009, p. 361).

Apesar de estar no lugar privilegiado para exercer esse protagonismo, o vínculo do agente com a população não vem automaticamente e, uma vez estabelecido, não é garantia que se mantenha. É necessário um constante aprimoramento de suas ferramentas e a continuidade na corresponsabilização do cuidado, neste sentido:

O vínculo é uma conquista e não um acontecimento imediato; é uma ferramenta que possibilita a troca de saberes entre o trabalhador de saúde e a comunidade, por isso, quanto mais apropriado for o vínculo, melhor será o seu resultado. (COELHO; JORGE, 2009, p. 527).

A redução de danos só pode operar a partir do vínculo, pois considera a singularidade de cada um na construção de um encontro que permita o cuidado. Não se trata aqui de retirar cobertor dos usuários em situação de rua, ou levar seus documentos, ou até mesmo de recolhê-los da rua de forma semelhante como são recolhidos os lixos e restos. Encontro de cuidado com a pessoa, e não com a droga. O sujeito, seu direito de escolha, sua capacidade de reflexão e decisão, sua autonomia e liberdade de dizer sobre o que é melhor ou possível para si.

Enquanto a questão do uso de drogas for pautada por uma discussão moral e de justiça, ainda teremos dificuldade para avançar com políticas substitutivas, que incluam a criação de vínculos. Quando os agentes atuam pautados na criação de vínculo, partindo da metodologia da educação entre pares, reconhecem a importância de ações intersetoriais, que garantam o mínimo de direitos básicos, a dignidade, a redução de riscos sociais e vulnerabilidades.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No momento final do presente trabalho, se faz necessário um olhar para os tempos presentes, marcado pelo recolhimento compulsório de pessoas em situação de rua¹⁰ e pelo incremento de Comunidades Terapêuticas, lugares na maioria das vezes distantes dos grandes centros urbanos que impõe a lógica da abstinência e recebem uma série de denúncias de maus tratos e insalubridade em suas instalações. Cenário político em que assistimos ao aumento de ações repressivas contra usuários de drogas pobres, e o fortalecimento do paradigma de guerra às drogas. A política de Redução de Danos se vê ameaçada diante do retorno à lógica de abstinência como tratamento prioritário e exclusivo em saúde de usuários abusivos de substâncias.

Diante de tal cenário, marcado por um moralismo acentuado e pela associação direta entre consumo de substâncias e criminalidade, apostar em projetos pautados pela Redução de Danos, com baixa exigência e proposta de formação permanente constitui-se, antes de tudo, em uma aposta ética e política. Naturalizar um suposto “fracasso” dos tratamentos no campo AD culpabilizando os próprios indivíduos (porque aderem pouco; porque não possuem força de vontade suficiente para largar o vício) corresponde a ignorar o fracasso das políticas públicas nesse campo. Significa não considerar que tais pessoas ainda enfrentam dificuldade de acesso a serviços de saúde; que sentem dificuldade de vinculação aos profissionais (principalmente por uma insistência em práticas de cuidado moralistas e normativas) e que muitos não desejam parar com o uso de substâncias.

Em um ano de acompanhamento do Projeto e dos agentes, algumas percepções foram possíveis para pensar um cuidado no campo AD. A importância de construir um cuidado COM os usuários, e não PARA eles, em que suas

¹⁰ A decisão surge após uma situação de violência na Lagoa, em que um morador em situação de rua, atinge e mata a facada duas pessoas. Logo após o acidente, é anunciado um decreto municipal com a criação de recolhimentos em toda a cidade com o nome de “Resgate Solidário”. A ação é realizada por órgãos como a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e Coordenadoria Municipal de Políticas Sobre Drogas, com apoio de agentes da Guarda Municipal (GM), Comlurb, Superintendência da Zona Sul, Rio+Seguro, e de Ordem Pública (Seop) O relato de pessoas em situação de rua indica que as ações acontecem durante a madrugada e com bastante violência, em que são levados os poucos pertences dos moradores. Algumas vezes, os próprios são encaminhados para locais distantes.

¹⁰ A esse respeito recomenda-se a leitura do relatório realizado pelo Conselho Federal de Psicologia em 2017. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf>

demandas sejam levadas em conta, seus impasses, limitações, saberes e potências. Qualquer projeto que se proponha como redutor de danos deve ser pensado em conjunto com os usuários, mesmo com todas as dificuldades que tal funcionamento impõe. A importância de lidar com esses sujeitos sem o olhar pronto como geralmente são olhados os usuários AD: sujeitos manipuladores, malandros, marginais e propensos à criminalidade. Quando se abre à experiência de escutar suas intervenções na rua, em ato, é impossível não reconhecer o saber advindo da experiência. Ou a diferença que faz ser abordado em um cuidado em saúde por um par.

Com uma agenda que inclui a participação dos usuários em Fóruns, Congressos, Cursos de formação em redução de danos, é notável o processo de politização dos agentes. Na medida que descobrem seus direitos, tornam-se mais ativos nos espaços de controle social, colocando as discussões em outro nível. Raras as vezes em que os agentes não foram aplaudidos de pé em suas falas em eventos públicos, deixando clara a importância da manutenção de um projeto como esse.

Além da politização, os agentes passam a encontrar ali possibilidades outras para sua vida. Pensando que o trabalho em redução de danos inclui políticas substitutivas, fica nítido como estar no Projeto altera uma trajetória antes marcada pela quebra dos vínculos familiares, higiene básica precária, acesso barrado a serviços de saúde. Muitos deles passam a construir outras vias, a desejar outras coisas para além do uso. Muitos retomaram contato com familiares, ou se interessam em retornar aos estudos. Aqui, é importante dizer que não se trata de uma discussão moralista em que estudar é bom, e usar drogas é ruim. Mas de se indagar sobre quais trajetórias são possíveis quando se pensam outros caminhos, outros lugares para essas pessoas. Como diz Lancetti (2007), que pelo menos elas minimamente parem para pensar sobre suas vidas e escolhas, já é um ganho.

Opondo-se a manutenção de projetos públicos destinados unicamente ao isolamento, trabalho forçado e de viés religioso, valorizamos iniciativas compostas de elementos como moradia, habitação, retorno ao convívio familiar. Iniciativas de trabalho que considerem que aquele sujeito, muitas vezes já em situação de rua por muitos anos, não irá se acostumar a um funcionamento rígido, pautado em horários pouco flexíveis. Quando oferecemos aos agentes a possibilidade de atuar como profissionais de saúde, pensamos no tipo de trabalho, nas condições para que ele

seja realizado e no significado que um trabalho como aquele pode ter na vida daquela pessoa.

Dentro os principais problemas identificados, encontra-se a questão do financiamento, da constante possibilidade da verba não continuar. Além disso, a dificuldade da rede de saúde (com atrasos salariais, dificuldade na comunicação entre os serviços) também se configura enquanto dificuldade do projeto. Ainda que não custe caro, o projeto está sempre em vias de ser finalizado. Ou de receber menos verba. O que deixa equipe e agentes sempre ansiosos, sem saber o que será do futuro do Projeto. Uma hipótese para esse constante fantasma é que o Projeto não atende às demandas de uma sociedade de soluções rápidas. O que propomos com ele é o inverso do imediato: acompanhar sujeitos vulneráveis em trajetórias outras, torná-los profissionais de saúde, construir com eles outro lugar na rua, em casa, com a família, com conhecidos, com o Estado.

REFERÊNCIAS

ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2309-2319, 2009.

AYRES, J. R. C. *et al.* Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção de saúde. *In*: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec: Fiocruz, 2006. p. 374-417.

BARCELLOS, C. *et al.* Organização espacial, saúde e qualidade de vida: A análise espacial e o uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 3, n. 11, p. 129-138, 2002.

BERTOLOZZI, M. R. *et al.* Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde coletiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. esp. 2, p. 1326-1330, 2009.

BONDÍA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *In*: CONGRESSO DE LEITURA DO BRASIL, 13., 2001, Campinas, SP. **Palestra** [...]. Campinas: Unicamp, 2001.

BORDO, A. A. *et al.* **As diferentes abordagens do conceito de território**. Monografia (Trabalho de conclusão da disciplina “O tempo, o espaço e o território: uma questão de método”, do curso de Mestrado do FCT/UNESP) - Universidade Estadual de São Paulo, São Paulo, 2004. Disponível em: <http://forumeja.org.br/sites/forumeja.org.br/files/diferentesabordterr.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 121, de 25 de janeiro de 2002**. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília, DF, 2002.

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**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Adolescentes e jovens para educação entre pares: saúde e prevenção nas escolas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série Manuais, n. 69).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 34. Brasília, 2013.

CALAZANS, G. *et al.* Plantões Jovens: acolhimento e cuidado por meio da educação entre pares para adolescentes e jovens nos Centros de Testagem e Aconselhamento - CTA 1. **Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 1, p. 22-36, jan./abr. 2006.

CALIL, T. G. Escuta, respeito e cumplicidade na busca pelo cuidado. *In*: SURJUS, L. T. L. S *et al.* (org.) **Drogas e direitos humanos**: protagonismo, educação entre pares e redução de danos. São Paulo: Unifesp, 2018. p. 25-31.

CARMO, M. E.; GUIZARDI, F. L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 34, 2018.

COELHO, H. V.; SOARES, C. B. Escola de redutores de danos: experiência de formação na perspectiva da saúde coletiva. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. esp., p. 70-81, dez. 2013.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, supl. 1, p.1523-1531, out. 2009.

COIMBRA, C. M.; NEVES, C. A. Potentes misturas, estranhas poeiras: desassossegos de uma pesquisa. *In*: NASCIMENTO, M. L. (org.) **Pivetes**: a produção de infâncias desiguais. Rio de Janeiro: Oficina do Autor, 2002.

FARIA, R. M.; BORTOLOZZI, A. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. **Raega - O Espaço Geográfico em Análise**, v. 17, 2009.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA - UNICEF. **De jovem para jovem- Educação entre pares**. [S. l.: s. n.], [2015?]. Disponível em: <https://docplayer.com.br/88324-De-jovem-para-jovem-educacao-entre-pares.html>. Acesso em: 20 ago. 2019.

GAUDENZE, P.; ORTEGA, F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.16, n. 40, 2012.

GOMES, M. M. O. **O cuidado de si na redução de danos**: uma análise histórica, política e ética a partir de Michel Foucault. 2013. 108 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2013.

GUIMARAES, J. S.; LIMA, I. M. S. O. Educação para a Saúde: discutindo uma prática pedagógica integral com jovens em situação de risco. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 895-908, 2012.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética, coleção políticas do desejo**. São Paulo: Hucitec, 2007.

MASSON, N. *et al.* Acolhimento e vínculo: tecnologias relacionais na produção da saúde. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, v. 17, n. 2, p. 103-110, abr./jun. 2015.

MEYER, D. E. E. *et al.* Você aprende. a gente ensina? Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1335-1342, jun. 2006.

MONKEN, M. *et al.* O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. *In*: MIRANDA, A. C. *et al.* (org.). **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 23-41.

MONTEIRO, M. M.; FIGUEIREDO, V. P.; MACHADO, M. F. A. S. Formação do vínculo na implantação do Programa de Saúde da Família numa unidade básica de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 2, p. 358-364, 2009.

NUNES, D. C. *et al.* Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas. *In*: SANTOS, L. M. B. **Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas**. [Porto Alegre?]: Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, 2010.

PÁDUA, N. M. **Cuidando sob-rodas**: caminhos e descaminhos de agentes do Projeto “Bikes da Prevenção”. 2018. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Mental) - Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2018.

PASSOS, E. H.; SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas” **Psicologia & Sociedade**, v. 23, n. 1, p. 154-162, 2011.

PAULA, J. O vínculo como estratégia de cuidado. **Portal Géledes**, 07 ago. 2017. Disponível em: www.geledes.org.br/o-vinculo-como-estrategia-de-cuidado/. Acesso em: 15 mar. 2019.

- PETUCO, D. R. S. Redução de danos: das técnicas à ética do cuidado. *In*: RAMMINGER, T.; SILVA, M. **Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas**. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.
- RODRIGUES, C.; TEDESCO, S. Por uma perspectiva ética das práticas de cuidado no contemporâneo *In*: TEDESCO, S.; NASCIMENTO, M. L. (org.). **Ética e subjetividade**: novos impasses no contemporâneo. Porto Alegre: Sulina, 2009.
- ROLNIK, S. **Cartografia sentimental**: transformações contemporâneas do desejo. 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 2014.
- SAFFER, D. A.; BARONE, L. R. Em busca do comum: o cuidado do agente comunitário de saúde em Saúde Mental. **Physis**, v. 27, n. 3, p. 813-833, 2017.
- SANTOS, M. O dinheiro e o território. **Geographia**, v. 1, n. 1, p. 7-13, 1999.
- SILVA, F. F. L. Afirmar a clínica com pessoas que usam drogas desde um lugar de resistência. *In*: RAMMINGER, T.; SILVA, M. **Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas**. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.
- SURJUS, L. T. L. S *et al.* **Drogas e direitos humanos**: protagonismo, educação entre pares e redução de danos. São Paulo: Unifesp, 2018.
- VASCONCELOS, M. F. F. *et al.* Considerações sobre o cuidado em álcool e outras drogas: uma clínica da desaprendizagem. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 19, n. 52, p. 45-56, 2014.

ANEXOS

ANEXO A – MODELO PROJETO DE TRABALHO SINGULAR

PROJETO DE TRABALHO SINGULAR (PTrS)

- Território de atuação detalhado do agente
- Perfil da população abordada (por meio da identificação de pares)
- Ações regulares e específicas a serem realizadas
- Organização da Preceptoría e supervisão (nome do preceptor responsável)
- Criação de cronograma semanal (possibilidade de horários alternativos)

ANEXO B – DIÁRIO DE CAMPO DOS AGENTES

AP: _____ **Diário de Campo dos Agentes** **Nº** _____

Nome do agente: _____

Data: _____ **Turno:** [] Manhã [] Tarde [] Noite

Lugar: _____

O que eu fiz?

[] Distribuí preservativos [] Orientei quanto aos cuidados com a saúde

[] Orientei sobre como usar o preservativo **Quais?** [] IST/AIDS [] Tuberculose [] Gravidez []
 Hepatites Virais [] Álcool/ Drogas [] Violência []
 Problemas de pele Saúde LGBTQI+ []

Outros: _____

Distribuição de preservativos e outros insumos de prevenção:

Forma de distribuição: [] individualmente (entregue a cada pessoa) [] Grupo [] Garrafa pet

Masculino: [] Sim [] Não / Feminino [] Sim [] Não / Gel Lubrificante: [] Sim [] Não

Kit de Higiene Bucal: [] Sim [] Não / Kit de Higiene Pessoal: [] Sim [] Não

Pessoas que abordei (falei):

Pela primeira vez: _____ Pessoas já conhecidas / abordadas anteriormente: _____

Quais as queixas? [] Tosse [] Gravidez [] Suspeita de gravidez [] IST/ AIDS [] Violência [] Alimentação

[] Pele [] Uso de álcool/drogas [] Documentação [] Hepatites Virais / [] Trabalho [] Higiene pessoal
 (absorvente/pasta de dente)

Outras: _____

Alguém precisou de Atendimento em saúde? [] No momento [] Agendado

Encaminhamento para qual Unidade de Saúde? _____

Acompanhei até a Unidade? [] Sim [] Não

Teve dificuldade de acesso ao atendimento? [] Sim [] Não

Quais? _____

Encaminhamento para outros serviços. Qual?

[] CREAS [] Justiça [] Conselho Tutelar [] Abrigos [] CRAF [] Escolas / Outros: _____

Observações: _____

Data	
Nome	
Nome Social	
Local onde foi encontrado	
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Gravidez <input type="checkbox"/> Suspeita de gravidez <input type="checkbox"/> IST/ AIDS <input type="checkbox"/> Violência <input type="checkbox"/> Alimentação <input type="checkbox"/> Pele <input type="checkbox"/> Uso de álcool/drogas <input type="checkbox"/> Documentação / <input type="checkbox"/> Saúde LGBTQIA+ Outras: _____
Encaminhado para a Unidade de Saúde	

Data	
Nome	
Nome Social	
Local onde foi encontrado	
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Gravidez <input type="checkbox"/> Suspeita de gravidez <input type="checkbox"/> IST/ AIDS <input type="checkbox"/> Violência <input type="checkbox"/> Alimentação <input type="checkbox"/> Pele <input type="checkbox"/> Uso de álcool/drogas <input type="checkbox"/> Documentação / <input type="checkbox"/> Saúde LGBTQIA+ Outras: _____
Encaminhado para a Unidade de Saúde	

Data	
Nome	
Nome Social	
Local onde foi encontrado	
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Gravidez <input type="checkbox"/> Suspeita de gravidez <input type="checkbox"/> IST/ AIDS <input type="checkbox"/> Violência <input type="checkbox"/> Alimentação <input type="checkbox"/> Pele <input type="checkbox"/> Uso de álcool/drogas <input type="checkbox"/> Documentação / <input type="checkbox"/> Saúde LGBTQIA+ Outras: _____
Encaminhado para a Unidade de Saúde	

Data	
Nome	
Nome Social	
Local onde foi encontrado	
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Gravidez <input type="checkbox"/> Suspeita de gravidez <input type="checkbox"/> IST/ AIDS <input type="checkbox"/> Violência <input type="checkbox"/> Alimentação <input type="checkbox"/> Pele <input type="checkbox"/> Uso de álcool/drogas <input type="checkbox"/> Documentação / <input type="checkbox"/> Saúde LGBTQIA+ Outras: _____
Encaminhado para a Unidade de Saúde	