

## ESCOLA DE REDUÇÃO DE DANOS: UMA EXPERIÊNCIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

**Damage Reduction School: An Experience of Permanent Education in Health**

**Escuela de Reducción de Daños: Una Experiencia de Educación Permanente en Salud**

Ricardo Wagner Machado da Silveira  
Thalita Mara dos Santos  
*Universidade Federal de Uberlândia*

### Resumo

Este relato de experiência versa sobre uma Escola de Redução de Danos tinha como objetivo a formação de agentes redutores de danos para atuar na rede pública de saúde para usuários de álcool e outras drogas e sensibilizar profissionais de saúde e comunidade para a importância e eficácia da estratégia da redução de danos na garantia de acesso e cuidado qualificado à saúde desta população. Utilizamos o método cartográfico para realizar o relato desta experiência. Alguns dos resultados alcançados foram: maior adesão de usuários à rede de serviços de saúde disponíveis; sensibilização de profissionais de saúde e da comunidade para a ampliação tecnologias de cuidado em saúde; capacitação de profissionais de saúde para o uso de tecnologias leves de cuidado em saúde; capacitação de agentes redutores de danos para atuação no território; a criação do cargo de agente redutor de danos para atuação na rede pública de saúde do município.

**Palavras-chave:** Drogas; Redução de Danos; Educação Permanente em Saúde.

### Abstract

This report of practical experience concerns the one School of Harm Reduction aimed the formation of harm reduction agents to act in the public health network care for users of alcohol and other drugs and to sensitize health professionals and the community to the importance and effectiveness of the strategy of reducing Damages in the guarantee of access and qualified health care of this population. We used the cartographic method for reporting this experience. Some of the results achieved were: greater adhesion of users to the network of available health services; sensitization of health professionals and the community to the expansion of health care technologies; qualification of health professionals for the use of light health care technologies; qualification of agents reducing damages for action in the territory; creation of the position of harm reductions agents for acting in the public health network of the municipality.

**Keywords:** Drugs; Harm Reduction; Permanent Education in Health.

## Resumen

Este relato de experiencia versa sobre una Escuela de Reducción de Daños tenía como objetivo la formación de agentes reductores de daños para actuar en la red pública de salud para usuarios de alcohol y otras drogas y sensibilizar a profesionales de salud y comunidad para la importancia y eficacia de la estrategia De la reducción de daños en la garantía de acceso y cuidado calificado a la salud de esta población. Utilizamos el método cartográfico para realizar el relato de esta experiencia. Algunos de los resultados alcanzados fueron: mayor adhesión de usuarios a la red de servicios de salud disponibles; Sensibilización de profesionales de salud y de la comunidad para la ampliación de tecnologías de cuidado de la salud; Capacitación de profesionales de la salud para el uso de tecnologías ligeras de cuidado en salud; Capacitación de agentes reductores de daños para la actuación en el territorio; La creación del cargo de agente reductor de daños para actuación en la red pública de salud del municipio.

**Palabras clave:** Drogas; Reducción de Daños; Educación Permanente en Salud.

## INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, muito esforço se tem feito para a construção de políticas públicas efetivas de atendimento às demandas relacionadas o abuso e dependência do álcool e outras drogas. De acordo com várias pesquisas epidemiológicas sobre o tema (Carlini, Galduróz, Noto & Nappo, 1997, 2002, 2004, 2005), vemos a prevalência crescente em faixas etárias que vão do final da infância a todo o período da adolescência, em classes sociais variadas com prevalência nas classes sociais mais baixas, onde o consumo está geralmente associado à violência e ao tráfico de drogas e armas, com incidência apresentando índices cada vez mais elevados ao ponto de se falar em uma espécie de “epidemia” que coloca em situação de risco a saúde destes grupos sociais.

Daí a preocupação crescente com a construção de estratégias de promoção da saúde e prevenção do abuso e dependência a substâncias psicoativas associadas ou não a outros transtornos mentais. A chamada “epidemia do crack” leva o Governo Federal a instituir através do Decreto no. 7179/2010 o Plano Integrado de Enfrentamento ao crack e outras drogas como estratégia de fortalecimento e ampliação desta rede de atenção em saúde para o enfrentamento deste grave problema de saúde coletiva no país. A construção desta rede de atenção aos usuários de crack e outras drogas conta com o CAPSad - Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas (Brasil, 2004), um serviço de referência que deve funcionar como instância de planejamento e implementação de múltiplas estratégias de redução de riscos e danos causados pelo abuso e dependência de substâncias psicoativas, propiciando o fortalecimento de fatores de proteção da saúde, prevenção e

tratamento através da intervenção terapêutica eficiente, da inserção comunitária e da colaboração de outros segmentos sociais.

Acontece que muitos destes CAPSad tem tido dificuldades em realizar seu papel estratégico no processo de reinserção social dos usuários em parte pelo fato de que as práticas profissionais de atendimento individual, (pautadas por abordagens clínicas tradicionais) o que não responde adequadamente às características do serviço e ao perfil da demanda atendida, o que leva a baixa resolutividade das ações terapêuticas, conseqüente desmotivação e descompromisso profissional e a instalação de uma dinâmica institucional insalubre, burocrática e por vezes manicomial (Dimenstein & Cedras, 2005; Lancetti, 2006).

A ampliação da clínica para além de seu campo instituído das quatro paredes dos consultórios/instituições em direção às alianças com a solidariedade e o engajamento político de coletivos e organizações sociais que lutam pela cidadania e contra as desigualdades e exclusões de todos os tipos, constitui-se como um dos maiores desafios a serem enfrentados pelos gestores e trabalhadores da saúde mental.

Os profissionais da saúde e saúde mental sofrem cronicamente de uma formação profissional balizada por dicotomias historicamente construídas e ideologicamente alimentadas em uma sociedade que investe o poder no saber científico e tecnicista, resultando na definição de objetos de estudo formatados por binômios como saúde-doença, indivíduo-sociedade, saúde individual-saúde coletiva, desconsiderando-se sua coexistência e suas múltiplas determinações históricas e políticas. Quando se segue esta lógica das binarizações e dicotomias maniqueístas, perdemos de vista a riqueza dos atravessamentos e ressonâncias possíveis entre as singularidades dos casos atendidos na clínica e os recortes das análises coletivas, num jogo de forças entre o público e o privado, o individual e o coletivo que se imbricam e se constituem mutuamente e indissociavelmente, o que possibilitaria a criação de saberes e práticas em saúde a partir de uma lógica das transversalidades (Brasil, 2004a).

Desconstruir esta dicotomia reducionista é talvez o maior desafio que se apresenta. Nesse sentido, todas as iniciativas de Educação Permanente em Saúde (EPS) que possam funcionar como “micropotência inovadora do pensar a formação, agenciamento de possibilidades de mudança no trabalho e na educação dos profissionais de saúde e invenção de modos no cotidiano vivo da produção dos atos de saúde” (Ceccin & Feuerwerker, 2004, p. 45) serão bem vindas para que se possa vislumbrar o funcionamento do quadrilátero que integra ensino-atenção-gestão-control social e assim se possa traçar caminhos que produzam “tecnologias leves”, bela terminologia dada por Merhy (1994) para o que designamos como escuta, interação e olhar acolhedores que propiciam os atos de cuidado.

Concomitante à tarefa destrutiva destas lógicas binárias, nossa tarefa construtiva é forjar uma pedagogia que acontece em cenários de práticas profissionais concebidos como campo de investigação e aprendizagem recíproca, se dando através de processos interativos entre trabalhadores, docentes, discentes e usuários do SUS, com vistas a ações que transformem a realidade localregional. Em última instância o que se pretende é que os atores sociais envolvidos possam, gradativamente, se tornar facilitadores de EPS. O facilitador de educação permanente em saúde é aquele que assume uma atitude de recontextualizador crítico, o que implica estar sempre atento às efetivas necessidades político-pedagógicas em saúde e focalizar sua ação em razão da complexidade do trabalho em saúde, dos projetos estruturantes de reorientação da atenção e da formação em saúde. A ação do facilitador implica escuta, interação entre os diferentes atores envolvidos nas práticas de atenção, gestão, de formação e de controle social e reflexão crítica acerca dos processos decisórios que repercutem na concretização do cuidado integral, considerando a responsabilidade tecnocientífica, social, política e ética em saúde (Brasil, 2005).

A defesa de uma política integral de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas implica em ampliar a atenção para além da lógica binária e reducionista que simplesmente associa drogas a comportamentos delinquentes, que enfatiza ações terapêuticas pautadas pelo princípio da abstinência e contenção, não dando a devida importância a ações de prevenção ou reduzindo-as a práticas de redução de demanda e de oferta de drogas, além de desqualificar de forma preconceituosa ações de redução de danos.

Nesse contexto, é fundamental dizer que a Redução de Danos (RD)<sup>1</sup> dimensiona politicamente a clínica ampliada, fortalecendo seu compromisso ético com a afirmação da vida, criando as condições de possibilidade para o exercício de uma prática clínica como campo de experimentação de novas formas de viver e estabelecer relações sociais. O tratamento proposto pela via da RD reconhece o usuário na sua singularidade, tenta traçar com ele estratégias de cuidado em relação à sua vida, a partir do que ele considera ser possível e importante a cada momento do processo e isto se faz através da busca ativa, do trabalho em campo, tornando acessível aos usuários de drogas o seu direito aos cuidados em saúde.

O foco deixa de ser a abstinência para se tornar a construção de uma estética da própria existência, a problematização dos cuidados de si, da capacidade de governar a si mesmo alcançando maiores gradientes de liberdade e autonomia. O redutor de danos (rd) aborda o cidadão enfatizando seu direito de participação em todos os níveis de produção do cuidado, desde a elaboração de seu projeto terapêutico até a avaliação dos dispositivos de

---

<sup>1</sup> No texto utilizaremos a sigla RD para nos referirmos à Redução de Danos e a sigla rd para nos referirmos ao agente redutor de danos.

tratamento a sua disposição. O rd coloca “entre parênteses” a questão da droga, tenta criar condições para que ele, usuário, possa “parar para pensar” sobre a sua existência, a importância ou não de seus vínculos sociais, seus conflitos, anseios, sonhos, seu projeto de vida ou de morte, sua implicação ou não com o tratamento, seu modo singular de viver a vida no cotidiano. Como agente de saúde, o rd vai sempre se colocar a favor da vida respeitando a singularidade de cada caso, numa atitude de abertura e acolhimento ao usuário ajudando-o no que for possível, para que o seu tratamento possa prosseguir e resultar em algum tipo de benefício (Lancetti, 2006; Petuco & Medeiros, 2010).

Em síntese, partimos de pressupostos teóricos, metodológicos e políticos que privilegiam a análise das dimensões micro e macropolíticas que caracterizam a rede de atenção em saúde a usuários de álcool, crack e outras drogas num determinado território; considerando-se a importância estratégica de fortalecimento do quadrilátero de educação permanente em saúde como cenário propício a aprendizagens significativas e transformadoras da formação e exercício profissional, resultando na oferta de serviços e ações qualificadas em saúde para todos os níveis de atenção aos usuários de álcool, crack e outras drogas.

Por todas estas razões consideramos importante a apresentação de uma experiência de EPS realizada pela Coordenação de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia com apoio técnico e financeiro da Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde. Trata-se da Escola de Redução de Danos, que, juntamente com o Consultório de Rua, ambos idealizados por uma equipe de trabalhadores dos CAPSad, CAPSi e docentes do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, foram projetos aprovados em editais abertos pelo Ministério da Saúde como estratégia de formação de RDS da Política Nacional de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas.

Nos atendo especificamente aos projetos de Escolas de RD, em 2010 foi aprovado o primeiro projeto que se intitulou Escola de Redução de Danos do SUS e nos anos seguintes (2011 a 2013) este projeto foi refinanciado e ampliado. Quase concomitantemente, outro projeto com a mesma finalidade e intitulado “Escola Em Rede” foi financiado pela primeira vez em 2011 e refinanciado e ampliado nos anos seguintes. Neste trabalho nos restringiremos ao relato da experiência de implantação e consolidação de uma destas escolas, a chamada Escola de Redução de Danos do SUS, na qual um dos autores deste trabalho desempenhou o papel de coordenação do projeto e a outra autora foi formada como rd na primeira turma.

Antes de mais nada, há que se dizer que os objetivos a serem alcançados pela Escola de Redução de Danos podem ser resumidos em: formar agentes redutores de danos para atuação no SUS como multiplicadores desta política no ensino e nos serviços de

saúde, particularmente no processo de matriciamento da rede de atenção em saúde; desenvolver ações de redução de danos em articulação com os dispositivos da rede de saúde mental, atenção básica em saúde e serviços terciários voltados para o atendimento às demandas de usuários de álcool e outras drogas; apoiar e ampliar os mecanismos de cooperação entre a rede de saúde, de educação, desenvolvimento social, esporte, trabalho, justiça e outras ações intersetoriais, além das entidades da sociedade civil; identificar os determinantes sociais de vulnerabilidade, risco e padrões de consumo fundamentados na estreita relação entre território, dinâmica social e processos de adoecimento; produzir material científico, a partir das experiências desenvolvidas, que subsidiem a consolidação da Política de Redução de Danos do SUS.

### **CARTOGRAFANDO A CRIAÇÃO DE UMA ESCOLA DE REDUÇÃO DE DANOS**

Este trabalho versa sobre uma experiência de educação em saúde em que utilizamos a cartografia como ferramenta para fazer o relato desse processo. A cartografia tal como pensada por Gilles Deleuze e Félix Guattari, tem como objetivo acompanhar traçados e caminhos que foram se compondo num processo de produção em curso, sem o estabelecimento de um caminho fixo e predeterminado metodologicamente para atingir um dado objetivo, ao invés disso, propõe-se pistas que funcionam como uma espécie de guia que nos ajuda a acompanhar a trajetória que nos interessa (Kastrup & Passos, 2013).

A cartografia não se faz como metodologia, entendida etimologicamente como *metá-hódos* em que o caminho a ser percorrido já está preestabelecido. Pelo contrário, ela afirma uma reversão metodológica (*hódos-metá*) em que a aposta se dá na experimentação do pensamento. Esse caminho é para ser experimentado, construído a cada passo pelo cartógrafo e pelos outros protagonistas da experiência. A cartografia visa o plano da experiência, observando os efeitos – sobre o cartógrafo e a produção do conhecimento – do próprio caminho que se investiga, parte-se do princípio da conexão contínua entre conhecer e fazer, entre pesquisar e intervir (Passos, Kastrup & Escóssia, 2015).

Esta experiência teve início com a primeira turma da Escola de Redução de Danos em Uberlândia em setembro de 2010 com a contratação de RDS para a primeira turma da Escola e para a primeira turma do Consultório de Rua e se estendeu até o ano de 2015. Uma de nossas preocupações era garantir minimamente uma formalização da função de rd no quadro de funcionários da Secretaria Municipal de Saúde (mesmo se tratando de um contrato temporário) e para isso conseguimos abrir um edital de seleção no Diário Oficial do município seguindo todos os procedimentos institucionais para a contratação tanto de alunos da Escola de RD do SUS como para a equipe do Consultório de Rua.

Sabíamos do árduo aprendizado que teríamos para lidar com a morosa máquina burocrática administrativa do poder público. A primeira pergunta que surgiu foi: qual o melhor perfil para um rd? Buscamos respostas em referências bibliográficas escassas, então recorremos à Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas e nos foi dito que, pelas experiências pioneiras de RDS no país, observou-se que usuários de drogas em uso menos danoso ou funcional, em tratamento com bom prognóstico e/ou em abstinência, tinham tido um bom desempenho nesta função, particularmente pela sua facilidade de abertura de campo por conta de sua familiaridade com as cenas de uso, capacidade de comunicação e acesso aos usuários, capacidade de estabelecer relações de confiança com os pares e, pelo fato de que trabalhar como rd pode ser um importante intercessor a favor de práticas de autocuidado (Marques, Mora & Santos, 2012).

Apesar das dificuldades institucionais de aprovação de um edital em que se buscava um perfil profissional que contemplasse as características apresentadas acima, não abrimos mão de garantir tais critérios para a contratação dos primeiros RDS e, numa negociação desgastante com os gestores da política de recursos humanos do governo local, a coordenação da saúde mental do município conseguiu que o edital contemplasse os seguintes critérios: comprovante de escolaridade (Ensino Fundamental completo); comprovação - mediante declaração de próprio punho do candidato - sobre sua experiência pessoal e/ou familiar de uso, abuso ou dependência de álcool e outras drogas, acompanhada de atestado de saúde emitido por profissionais ou serviço de saúde declarando que o candidato e/ou familiar deste foi atendido pelos serviços de referência devido a problemas relacionados ao uso, abuso ou dependência de álcool e outras drogas; comprovação de experiência profissional ou voluntária com atendimento à população de maior vulnerabilidade social: moradores de rua, profissionais do sexo, usuários de drogas, população prisional, adolescentes privados de liberdade ou crianças e adolescentes em situação de risco.

Foram muitas as resistências institucionais para a publicação deste primeiro edital e de outros publicados nos anos seguintes para ocupação de vagas remanescentes, e é interessante notar um certo estranhamento, mesmo que disfarçado, em relação aos critérios e documentos exigidos no processo seletivo (particularmente no primeiro edital aberto), tanto por parte dos profissionais da área de recursos humanos, quanto por parte dos candidatos e locais onde o edital foi divulgado.

A nosso ver, os editais funcionaram até certo ponto como mais um dispositivo de intervenção político-institucional que afetou e ameaçou porque desconstruiu as dimensões jurídico-patológicas instituídas que reiteram a imagem do usuário de drogas como doente e delinquente, incapaz de trabalhar, cuidar de si e muito menos ainda do outro. O primeiro edital em especial conseguiu escapar do poder instituído do profissionalismo e especialismo

acadêmico para valorizar os conhecimentos adquiridos pela experiência de vida dos candidatos com maior protagonismo social. O edital de contratação de RDS talvez seja o primeiro dos dispositivos de redução de danos que fizemos funcionar na Escola de RD e no Consultório de Rua.

Como já era de se esperar - afinal a força da contrafissura<sup>2</sup> é muito grande e poderosa - infelizmente este dispositivo transgressor teve seus dias contados, tanto que nos últimos dois editais já não se aceitava mais declarações de próprio punho dos candidatos e critérios como titulação e escolaridade passaram a ter maior grau de exigência e valor. Como consequência, o perfil dos candidatos às vagas evidentemente mudou já que muitos pares interessados em se tornar rd não mais preenchiam os critérios exigidos no processo seletivo.

Independente disso vale a pena cartografar algumas das ações desenvolvidas no projeto e particularmente das incursões dos alunos em formação na Escola de RD do SUS para que possamos dar maior visibilidade à inventividade da clínica ampliada pela estratégia da RD em processos de EPS. Os aprovados no edital de seleção de alunos da Escola de RD recebiam uma bolsa para realizar em média 20 horas de atividades, na sua maioria práticas. A primeira atividade era um curso introdutório sobre RD e políticas públicas de saúde, com aulas sobre temas básicos como os princípios do SUS, passando pela história da luta antimanicomial, a história das drogas e das políticas públicas desenvolvidas no mundo, até temas específicos como informações fundamentais sobre os programas de prevenção e cuidado da tuberculose, da hepatite, das DSTs, etc.

Na medida que o projeto se sustentava e crescia, passávamos a realizar este curso introdutório não mais apenas para os alunos aprovados na seleção para a Escola de RD e do Consultório de Rua. Nas edições que se seguiram tínhamos a importante presença de profissionais dos serviços dos territórios em que a abertura de campo feita pelos RDS já estava em curso. Contávamos com profissionais das equipes de saúde da família (agentes comunitários de saúde, enfermeiros e auxiliares de enfermagem); dos CAPS e CAPSad (psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros); de comunidades terapêuticas da região, das universidades tínhamos alguns alunos e professores de cursos com interesses afins com os do projeto.

---

<sup>2</sup> “Uma corrente entorpecedora em favor do enfrentamento da chamada epidemia do crack ensombrece a sociedade brasileira”. Assim Lancetti inicia a sua desconstrução da ideia falaciosa de epidemia do crack disseminada pela mídia na sociedade de controle. A contrafissura aparece “Hoje, a prática de exceção acontece majoritariamente com usuários e pequenos traficantes... e muitas práticas profissionais a justificam... as sucessivas internações e retorno às zonas de uso não importam ante à fissura generalizada por internar quem usa drogas ilegais...a abstinência faz parte do sintoma do drogado e de toda a série de repressores e terapeutas... em nome de medidas de proteção, aplicou medidas de internação. Na prática foram caçadas crianças e adolescentes...A contrafissura é uma paixão propriamente capitalística... não se manifesta exclusivamente nos proibicionistas...” (Lancetti, 2015, pp. 33-40).

Com um público mais heterogêneo e formado por profissionais em serviço e RDS realizando abertura e consolidação de campos de práticas, a riqueza de relatos de experiências em ressonâncias com os textos e vídeos curtos e didáticos sobre temas fundamentais, além de demandas levantadas nos grupos de trabalho, tivemos a oportunidade de trabalhar como facilitadores de EPS e realizamos rodas de conversa que oportunizaram a colocação em prática da metodologia da aprendizagem baseada em problemas concretos a partir da relação entre teoria, política, ética e situação/cenas vividas pelos RDS e outros profissionais no cotidiano das práticas.

Esta mesma experiência de alegria e aprendizado a partir das diferenças aconteceu com toda potência também no dispositivo roda de conversa com os RDS em que ocorriam os relatos das experiências de cada um e as intervenções da roda para potencializar a força terapêutica do trabalho realizado e servir como espaço de continência de todo tipo de afetos e experiências vividas naquele processo de formação profissional em serviço. A alegria das rodas de conversa dos RDS tinha como um de seus principais ingredientes a diversidade das histórias de vida e de trabalho dos alunos RDS.

Além de pares tivemos alunos que são familiares de pacientes, alunos de Artes Visuais, de Psicologia, de Serviço Social, de Pedagogia, de Administração, jogador de futebol, membros da Pastoral da Rua e de outras ONGs, agentes comunitários de saúde (acs). Essa heterogeneidade de experiências e modos de vida fecundavam a roda, a conversa, o pensamento e o gesto.

O esforço para abertura de campo teve como um dos seus aliados mais importantes alguns agentes comunitários de saúde, os chamados acs. Além deles, tivemos também enfermeiras e assistentes sociais que, muito contribuíram para que as duplas ou trios de RDS pudessem ter acesso aos casos “perdidos”, como alguns costumavam chamar, e que em grande parte envolviam uso problemático de álcool e outras drogas e grande vulnerabilidade social. Portanto, vale destacar que os serviços de saúde pública mais próximos do território como as unidades básicas de saúde da família se constituíam como pontos de apoio estratégico para as equipes de RDS em formação. Chegamos até a conseguir realizar reuniões sistemáticas com determinadas equipes destes serviços para discussão e manejo de casos clínicos e busca de estratégias coletivas de promoção de saúde e prevenção do uso problemático de álcool e outras drogas. Em outros casos os RDS teceram rede com outros equipamentos sociais como a escola e uma terapeuta comunitária que realizava rodas de terapia comunitária semanalmente em uma escola pública do território.

## **A DELICADA TESSITURA DE REDES DE CUIDADO**

Tivemos o caso de um casal de idosos morando sozinhos numa casa bem pobre. A única filha que cuidava deles casou-se com um pastor que não aceita o alcoolismo do casal e restou à filha seguir o marido e mudar-se para uma cidade da região. Desde então eles vivem em condições de higiene precária, sem tratamento adequado, tendo sido roubados por oportunistas. O idoso que vamos chamar de Inácio, tem problemas vasculares e ulcerações nas pernas maltratadas e tem dificuldade de andar mas bebe diariamente e não esconde, apenas é muito tímido, de poucas falas. Já ela, que chamaremos de dona Maria, se diz uma boa esposa, diz que cuida dele, esconde que bebe e por vezes sai de casa tarde da noite e já ficou em situações de risco algumas vezes. Desde o início o trabalho foi difícil.

Na primeira visita a ACS não entrou na casa (que estava totalmente aberta, sem nenhuma segurança) e saiu rápido logo após apresentar o trio de RDS para o casal de idosos. Dona Maria foi muito cordial com as RDS, convidou-as a sentar, ofereceu café, o senhor idoso que chamarei de Inácio, ficou calado e apenas observando. As RDS estranharam a cena já que tinham recebido informações da equipe da saúde da família de que o casal era muito difícil, não adere ao tratamento, que por conta do álcool, várias vezes eles acabam com o dinheiro da aposentadoria e ficam dependendo da “caridade do próximo”, e o discurso dos profissionais da equipe de saúde da família girava em torno da culpa do álcool e da impossibilidade de tratar, inclusive por conta do abandono familiar. Novamente a contrafissura parece fazer suas maquinações micro e macropolíticas de assujeitamento a um poder de culpabilização, redução de tudo à vida orgânica e escolhas pessoais, correndo o risco de desconsiderar por exemplo a responsabilidade do Estado sobre tais populações e situações de vida.

Nós apostamos na presença e no colocar-se no lugar do outro ali onde ele ainda não consegue estar e viver. Apostamos na complexidade daquelas vidas e daquele sofrimento contra o reducionismo a seja lá o que for. De volta ao posto de saúde as RDS relatam o que viveram para a equipe e são surpreendidas com a pergunta: mas vocês se sentaram no sofá? A reação das RDS foi de espanto pela obviedade da resposta e em seguida retrucam as profissionais, dizendo que havia uma suspeita de que o casal estava com uma doença de pele chamada sarda e que o contágio é por contato. Automaticamente as RDS começaram a se coçar sem parar... Nesse interim vale dizer que nenhuma das RDS foi contaminada por sarda, e o que realmente fizeram foi estar mais presente no cotidiano, ajudar o casal a cuidar minimamente do espaço em que viviam, sua casa.

Numa outra passagem, uma das RDS, não aguentando presenciar tanto abandono e sujeira naquela casa, tomou a iniciativa de fazer uma faxina na casa com ajuda da dona Maria e isso deu “pano para manga” como dizemos por aqui, ou seja, muita conversa na roda dos RDS com reflexões em torno dos papéis em jogo, demandas,

desdobramentos dessa cena, etc. As RDS também ajudaram-nos na melhor administração dos recursos financeiros, do seguimento dos tratamentos de saúde e na retomada de contato com a filha.

Depois de várias situações de recaída e de melhoras sutis, mas nem por isso menos importantes, dona Maria diminui suas saídas às escondidas de noite, o que costumemente a colocava em situações de grande vulnerabilidade, além de levar a sérios conflitos conjugais. Ele, o marido, por sua vez, conseguiu por alguns períodos reduzir o uso de álcool, cuidar melhor da perna, fazer curativos no posto de saúde. Em contrapartida, em outros momentos ambos recaíam, ele abusava do álcool e as debilidades orgânicas se agravavam de forma preocupante, e nosso trabalho era de novo tentar retomar os projetos de vida e saúde que foram intencionados e com isso trabalhar também com a equipe de saúde da família a corresponsabilidade pelo caso, agora não mais visto como “caso perdido”.

Depois de várias tentativas de contato com a filha do casal de idosos, quando as RDS já estavam desistindo, a filha nos surpreendeu aparecendo e tomando para si, com o apoio do marido, a responsabilidade pelos pais e levando-os para a cidade onde mora. Nessa situação abrupta e por isso emergencial que finalizou o acompanhamento do caso, as RDS muito se esforçaram em sensibilizar a filha e seu marido sobre a importância do respeito e da liberdade em qualquer forma de tratamento a ser oferecida aos pais. Mais que isso, o que ficou foi apenas a nossa torcida para que esse casal tão sofrido não seja encarcerado pelo biopoder e sua capacidade de sequestro da vida em sua potência afirmativa.

Em muitos territórios em que as equipes de rd atuaram, o trabalho se iniciava com o acompanhamento dos RDS aos acs na circulação pelo bairro e nas visitas realizadas pelo último. Esta fase de familiarização com o território era sempre importante para que os RDS conhecessem o bairro com seus equipamentos, recursos sociais e comunitários; para que fossem apresentados aos moradores e tomassem conhecimento de casos de usuários de álcool e outras drogas que poderiam compor o público alvo do trabalho a ser desenvolvido inicialmente ali.

Outra estratégia de abertura de campo chamaremos de deriva pelo território à espreita de demandas que possam surgir na rua, nas praças, bares, e até mesmo em matas fechadas próximas a um determinado bairro como aconteceu com uma das equipes de RDS, locais que as equipes de saúde nem cogitavam em realizar intervenções tamanho o desconhecimento e medo, espaços ideais para cenas de uso e portanto, oportunidade de oferta de cuidado e formação de vínculos.

A abertura de campo também se fazia pela instalação de oficinas a céu aberto, espaços de convivência em locais públicos como praças onde os RDS levavam jogos,

brincadeiras, brinquedos, material de desenho, pintura, modelagem, etc. para chamar a atenção dos moradores e transeuntes - sejam eles crianças, adolescentes e adultos - para uma relação lúdica e de convivência, já que estas atividades aconteciam rigorosamente toda semana no mesmo lugar, dia e horário.

Algumas vezes foi nesses dispositivos a céu aberto que os RDS conseguiram acessar pessoas e famílias em grande sofrimento por conta de problemas relacionados direta ou indiretamente com álcool e outras drogas e que provavelmente não procurariam ajuda, e assim foi possível intervir terapêuticamente e prevenir alguns agravos. Como os RDS andavam pelas ruas do bairro uniformizados e eram confundidos com ACS, muitas foram as vezes em que a comunidade solicitava ajuda para consultas e exames no posto de saúde e estas pequenas confusões também foram oportunidades de formação de vínculos.

Numa dessas situações os RDS foram abordados por um morador de rua muito embriagado (que vamos chamar de Antonio), ele pediu para conseguirem um tratamento dentário e se surpreendeu com a presteza dos RDS em conseguir uma avaliação para o dia seguinte. Os RDS acompanharam-no durante a consulta e mediaram a relação de Antonio com os dentistas que inicialmente não queriam atendê-lo por estar embriagado, e por fim realizaram seu trabalho e Antonio ficou muito agradecido com o alívio da dor. A partir daí o vínculo entre ele e os RDS se fortaleceu, ele precisou algumas vezes da ajuda dos RDS para mediar os problemas que teve com seu dentista já que não conseguia seguir à risca o agendamento de consultas odontológicas. E assim Antônio passou a ser cuidado pela equipe e mais tarde veio a ser uma espécie de educador de pares, um colaborador no acesso e vinculação a outros usuários em situação de uso problemático de álcool e outras drogas (Marques et. al, 2012).

Outra cena aconteceu com um dos RDS da primeira turma, mais exatamente um educador de pares, usuário de drogas em abstinência e em tratamento num dos CAPSad. Seguiu ele e a outra rd numa deriva pelas ruas do bairro no meio da tarde de um dia de sol intenso, com uma garrafa de água e passa por ele uma mulher de mais ou menos 30 anos, que chamaremos de Marta e que lhe pede cachaça, ele mostra a garrafa e brincando diz que é água, eles se aproximam. Ele diz a ela que é um rd, fala sobre a RD, ela diz se interessar pelo assunto, diz ser usuária de drogas e chama ele para uma festa que estava acontecendo no meio da tarde. A festa se torna um cenário de inúmeras intervenções e como um bom educador de pares, ele tem uma postura desenvolta, realiza inúmeras intervenções e estabelece várias redes de contato que nos servirão na maior abertura do campo, o que resultará em maior visibilidade do trabalho da RD no bairro e junto à equipe de saúde (Silveira, 2016).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O respeito à liberdade de escolha e o direito de acesso à saúde, educação, trabalho e dignidade são princípios fundamentais defendidos pelo SUS e pela RD e consideramos os breves relatos de cenas e descrição de dispositivos de invenção de uma clínica ampliada, a céu aberto, em roda, compromissada com a tessitura de redes de cuidado, importantes intercessores para cartografar os processos inventivos vividos através de uma experiência de EPS que se efetivou através da Escola de RD (Deleuze, 1992).

Mais um dos frutos deste processo foi a criação do serviço de Consultório na Rua vinculado à Atenção Primária em Saúde e a abertura de dezoito vagas para RDS na rede pública de saúde e saúde mental do município. Esperamos que o traçado desta cartografia exitosa possa contagiar experiências inéditas de educação permanente em saúde como a que acreditamos ter vivido. Vale dizer que o autor deste trabalho foi supervisor da Escola de RD do SUS e a autora é rd e foi aluna da primeira turma desta escola.<sup>i</sup>

## REFERÊNCIAS

- Brasil (2004). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde.
- \_\_\_\_\_. (2004a). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. *Apolítica do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas*. 2ª. ed. revista e ampliada. Brasília: Ministério da Saúde.
- \_\_\_\_\_. (2005). Ministério da Saúde. Secretaria do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/FIOCRUZ.
- Carlini, E.A., Galduróz, J.C.F., Noto, A.R. & Nappo, S.A. (1997) *IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1 e 2 grau em 10 capitais brasileiras*. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo.
- \_\_\_\_\_. (2002). *I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo Envolvendo as 107 Maiores Cidades do País – 2001*. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo.
- \_\_\_\_\_. (2004). *V Levantamento Nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras – 2004*. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo.
- \_\_\_\_\_. (2005). *II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo Envolvendo as 108 Maiores Cidades do País – 2005*. São Paulo: CEBRID

- Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo.
- Ceccin, R.B. & Feuerwerker, L.C.M. (2004). O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis* [online]. 14(1), 41-65. Disponível em: <http://ltcead.nutes.ufrj.br/constructore/objetos/O%20Quadril%e1tero%20da%20Forma%e7%e3o%20para%20a%20c1rea%20da.pdf> Recuperado em: 10 de outubro de 2016.
- Deleuze, G. Os intercessores. In: Deleuze, G. (1992) *Conversações Trad.:* Peter PálPelbart. (151-168) Rio de Janeiro: Ed. 34.
- Dimenstein, M. & Cedras, A. (2005) Oficinas terapêuticas no cenário da Reforma Psiquiátrica: modalidades desinstitucionalizantes ou não? *Mal-estar e Subjetividade*. 5(2), 300-327.
- Kastrup, V. & Passos, E. (2013) Cartografar é traçar um plano comum. *Fractal*, 25(2), 263-280.
- Lancetti, A. (2006) *Clínica Peripatética*. São Paulo: Hucitec.
- \_\_\_\_\_ (2015) *Contrafissura e plasticidade psíquica*. São Paulo: Hucitec.
- Marques, J.; Mora, A.S. & Santos, A. (2012) *O trabalho primeiro – Manual para a Promoção da Empregabilidade de Utilizadores de Drogas e Recomendações para a Integração pela Educação de Pares*. Vila Nova de Gaia: Agência Piaget para o Desenvolvimento.
- Mehry, E.E. (1994) Em busca da Qualidade dos Serviços de Saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho em busca da qualidade das ações de saúde). In: Cecílio, L. C.(Org.) *Inventando a mudança na saúde*. (pp. 117-160) São Paulo: Hucitec.
- Passos, E.; Kastrup, V. & Escóssia, L.; (Org.) (2015) *Pistas do método da cartografia: Pesquisa intervenção e produção de subjetividade*. 4ª. ed. Porto Alegre: Sulina, 2015.
- Petuco, D.R.S. & Medeiros, R.G. (2010) Saúde Mental, Álcool e outras drogas – Contribuição à IV Conferencia Nacional de Saúde Mental - Intersetorial. Disponível em: <http://redehumanizaus.net/node/9808>, Recuperado em 12 de outubro de 2016.
- Silveira, R.W.M. (2016) Redução de Danos e Acompanhamento Terapêutico – aproximações possíveis. *Revista NUFEN*, 8(1), 110-128, jan.-jul.

#### Nota sobre os autores:

**Ricardo Wagner Machado da Silveira.** Psicólogo, mestre e doutor em Psicologia, docente do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia. E-mail: [ricardo.silveira@ufu.br](mailto:ricardo.silveira@ufu.br).

**Thalita Mara dos Santos.** Psicóloga. Mestre em Psicologia aplicada, Especialista em teoria psicanalítica. Psicóloga da Prefeitura Municipal de Uberlândia. E-mail: [thalitapsico@yahoo.com.br](mailto:thalitapsico@yahoo.com.br).

Recebido em: 08/06/2017.  
Aprovado em: 03/08/2017.

---

<sup>i</sup> A Escola de Redução de Danos do SUS contou com apoio financeiro do Ministério da Saúde.