



CURSO DE MEDICINA

RICARDO CAVALCANTE MOTA

**O IMPACTO DE PROGRAMAS DE REDUÇÃO DE DANOS NA SAÚDE DE
ETILISTAS CRÔNICOS EM SITUAÇÃO DE RUA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA
DE LITERATURA**

Salvador

2022

Ricardo Cavalcante Mota

**O IMPACTO DE PROGRAMAS DE REDUÇÃO DE DANOS NA SAÚDE DE
ETILISTAS CRÔNICOS EM SITUAÇÃO DE RUA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA
DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de graduação em Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública para aprovação parcial no 4º ano de Medicina

Orientadora: Prof. Dra. Fernanda Santana Correia Melo

Coorientador: Prof. MSc Cássio dos Santos Lima

Salvador

2022

RESUMO

INTRODUÇÃO: O uso abusivo de álcool representa a segunda maior causa de mortes relacionadas a drogas no mundo. No Brasil, o consumo de álcool foi considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como acima da média mundial, e, levando-se em conta que ele é uma das substâncias que tem seu uso abusivo mais frequentemente ligado à vida da população de rua, e que o Brasil é um país com uma numerosa quantidade de indivíduos nessa situação, há de se atentar para os desafios que o país, e consequentemente o SUS, enfrentam para sanar este que é um problema de saúde pública. Sabendo-se, desta maneira, que políticas de Redução de Danos são importantes ferramentas para o tratamento de pessoas que fazem uso abusivo de drogas e de álcool, há de se analisar qual o impacto que tais políticas podem ter na vida daqueles usuários, moradores de rua, que praticam o abuso dessa substância. **OBJETIVO:** Identificar o impacto de programas que fazem uso da política de redução de danos na saúde das pessoas que praticam o uso abusivo de álcool, em situação de rua. **MÉTODOS:** Trata-se de uma revisão sistemática da literatura que utiliza o modelo PRISMA. As buscas foram realizadas nas bases de dados *PubMed*, *SciELO* e *Cochrane*. Foram incluídos artigos publicados entre os anos 2000 e 2021 que abordam os impactos de políticas de redução de danos na vida de moradores de rua usuários de álcool. Para avaliação da qualidade dos artigos selecionados, foi utilizada a escala STROBE, com ponto de corte considerado adequado acima de 80%. **RESULTADOS:** Nesta revisão sistemática, 4 artigos foram analisados ao todo, e todos, oriundos dos Estados Unidos. No que diz respeito às medidas de intervenção em Redução de Danos utilizadas nos estudos, os 4 utilizaram da não abstinência alcoólica, associada à escolha pessoal do próprio indivíduo, que decidia por conta própria se iria consumir da substância, sem que isso acarretasse o fim de seu tratamento. Além dessa medida, em dois dos estudos foi também utilizado o *Housing First*. Os estudos não mostraram diferenças significativas no uso de álcool entre os grupos controle e experimental quando avaliados através de entrevistas, contudo, o estudo que se utilizou de teste bioquímico, mostrou que a probabilidade dos participantes do grupo experimental de testes positivos para uso abusivo de álcool diminuiu 18% para cada período de duas semanas. **CONCLUSÕES:** As políticas de Redução de Danos podem impactar de maneira positiva na saúde da população de rua usuária de álcool, principalmente no que tange à retenção dos usuários numa residência fixa a partir da estratégia de *Housing First* e à diminuição na probabilidade dos usuários que recebem um tratamento baseado em Redução de Danos de terem testes positivos de EtG. É necessário, entretanto, que novos estudos observacionais sejam feitos ao redor do mundo e com cortes temporais mais longos, tendo em vista que os estudos selecionados tiveram cortes de no máximo 2 anos.

Palavras-chave: Morador de Rua. Álcool. Redução de Danos.

ABSTRACT

BACKGROUND: Abusive use of alcohol represents the second leading cause of drug-related deaths in the world. In Brazil, the consumption of alcohol was considered by the World Health Organization (WHO) as above the world average, and, knowing that it is one of the substances whose abuse is most frequently linked to the life of the homeless population, and that Brazil is a country with a large number of individuals in this situation, attention must be paid to the challenges that the country, and consequently its unified health system, face to solve this public health problem. Knowing, therefore, that Harm Reduction policies are important tools for the treatment of drugs and alcohol users, it is necessary to analyze the impact that such policies can have on the lives of those homeless users. **OBJECTIVE:** Identify the impact of programs that make use of harm reduction policies on the health of the homeless people who abuse alcohol. **METHODS:** This is a systematic literature review that uses the PRISMA model. Searches were performed in *PubMed*, *SciELO* and *Cochrane* databases. Articles that address the impacts of harm reduction policies on the lives of homeless users of alcohol, published between the years 2000 and 2021 were included. To assess the quality of the selected articles, the STROBE scale was used, with a cut-off point considered adequate above 80%. **RESULTS:** In this systematic review, 4 articles were analyzed in total, and all of them came from the United States. As for the Harm Reduction intervention measures used in the studies, all 4 used non-abstinence from alcohol, associated with consumer's choice, the person decided on their own whether to consume the substance, without this causing the end of treatment. In addition to this measure, in two of the studies the *Housing First* was also used. The studies did not show significant differences in alcohol use between the control and experimental groups when evaluated through interviews, however, the study that used a biochemical test showed that the probability of participants in the experimental group testing positive for alcohol abuse decreased by 18% for each two-week period. **CONCLUSIONS:** Harm Reduction policies can have a positive impact on the health of the homeless alcohol consumers, especially regarding the retention of users in a fixed residence based on the Housing First strategy and the decrease in the probability of users receiving treatment. based on Harm Reduction of having positive EtG tests. It is necessary, however, that new observational studies be made around the world and with longer temporal cuts, given that the selected studies had cuts of a maximum of 2 years.

Key-words: Homeless. Alcohol. Harm Reduction.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. OBJETIVO	7
3. REVISÃO DE LITERATURA	8
3.1 O consumo de álcool e a humanidade	8
3.2 A visão social do abuso do álcool	8
3.3 Redução de Danos: origem e trajetória	9
3.4 População de rua e atenção primária	10
4. MÉTODOS	11
4.1 Desenho de estudo	11
4.2 Estratégia de busca	11
4.3 Critérios de inclusão	12
4.4 Critérios de exclusão	12
4.5 Identificação, triagem e elegibilidade	12
4.6 Produção de dados	12
4.7 Avaliação da qualidade dos estudos selecionados	13
4.8 Plano de análise de dados	13
4.9 Aspectos éticos	13
5. RESULTADOS	13
5.1 Resultados da busca	13
5.2 Avaliação da qualidade metodológica de acordo com o STROBE	16
5.3 Características sociodemográficas das amostras	16
5.4 Características sociodemográficas das amostras	17
5.5 Medidas de intervenção em redução de danos	17
6. DISCUSSÃO	18
7. CONCLUSÕES	20
REFERÊNCIAS	21

1. INTRODUÇÃO

O álcool é considerado a substância psicoativa mais usada na maioria dos países do mundo, sendo responsável direta e indiretamente por diversos prejuízos para a sociedade. O uso abusivo de álcool representa a segunda maior causa de mortes relacionadas a drogas, e, na maioria dos países, assumindo posição de destaque nos índices de mortes, ferimentos e custos econômicos se comparado com as drogas ilícitas¹.

Os danos e problemas a curto prazo do consumo de álcool são geralmente acidentes de carro traumáticos, violências e agressões, atividade sexual não planejada ou não desejada e conflitos com a lei. Mortes acidentais, como afogamento, também são frequentemente associadas ao consumo de álcool. Já os indicadores de problemas atribuídos ao consumo, a longo prazo, são: doenças do fígado, problemas de saúde mental, síndrome fetal alcoólica, cânceres e doenças cardiovasculares¹.

No Brasil, o consumo de álcool foi considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como acima da média mundial, em relatório publicado em maio de 2014. A OMS avaliou dados de 194 países e chegou à conclusão de que o consumo médio mundial para pessoas acima de 15 anos é de 6,2 litros por ano. No caso do Brasil, os dados apontam que o consumo médio é de 8,7 litros por pessoa por ano, todavia, o que mais preocupa a OMS são os casos de abusos no consumo. No mundo, a média é de 7,5% da população que experimentou em algum momento do ano consumo excessivo de álcool. No Brasil, porém, a taxa de pessoas que participam de episódios de consumo pesado é de 12,5%².

O álcool é uma das substâncias que tem seu uso abusivo mais frequentemente ligado à vida da população de rua, seja como fator de desencadeamento da situação de rua em si, seja como válvula de escape após o indivíduo já ter iniciado sua vida nas ruas, no intuito de minimizar o sofrimento físico e psíquico⁴.

A OMS considera a dependência de álcool uma doença de natureza complexa, na qual o mesmo atua como um fator determinante sobre as causas psicossomáticas, preexistentes no indivíduo e para cujo tratamento é preciso recorrer a processos profiláticos e terapêuticos de grande amplitude⁵. É nesse contexto, no qual se entende que o uso abusivo de qualquer substância psicoativa – e neste caso, especificamente do álcool – é resultado de um processo complexo

que envolve múltiplos fatores psicossociais, e que gera uma série de outras vulnerabilidades que expõem as pessoas a diversos riscos³ – especialmente a população de rua – em que se faz importante a compreensão do que é, para que serve, e como implementar de maneira eficiente uma política de redução de danos, assim como seus alcances e suas limitações.

A Associação Internacional de Redução de Danos (IHRA) define redução de danos como “políticas, programas e práticas que visam primeiramente reduzir as consequências adversas para a saúde, sociais e econômicas do uso de drogas lícitas e ilícitas, sem necessariamente reduzir o seu consumo, beneficiando pessoas que usam drogas, suas famílias e a comunidade”⁶.

De acordo com a Rede Brasileira de Redução de Danos (REDUC), para além de um conjunto de técnicas e estratégias de cuidado em saúde, a redução de danos é uma perspectiva profundamente ética, sendo, portanto, “uma postura, uma atitude, um modo de se portar em relação ao usuário e aos inúmeros problemas relacionados à maneira como a nossa sociedade vem abordando a questão das drogas”⁷. Os problemas decorrentes do uso de drogas envolvem múltiplas dimensões, para além da saúde, que podem ter graves consequências para os indivíduos e para a coletividade. Nessa perspectiva, conhecer as estratégias de redução de danos pode contribuir para uma melhor assistência prestada pelas equipes de saúde à população de rua em uso abusivo de substâncias^{3,7}.

As pessoas em situação de rua no Brasil formam uma população significativa que está exposta a diversas vulnerabilidades de ordem social, econômica, física e psíquica. Quando se fala em pessoas em situação de rua, entende-se como um “grupo populacional heterogêneo, constituído por pessoas que possuem em comum a garantia de sobrevivência por meio de atividades produtivas, desenvolvidas nas ruas, com vínculos familiares rompidos ou fragilizados e a não referência de moradia regular”⁸ e o uso abusivo de álcool por uma parcela considerável dessa população é uma questão de saúde pública.

Desta maneira, cuidar adequadamente dessas pessoas é um dos grandes desafios que o Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta diariamente, por todo o território brasileiro, principalmente por se tratar de uma população de difícil acesso e em situação de vulnerabilidade. Para além disso, é difícil até mesmo se quantificar esta população, tendo em vista que, apesar de o Brasil dispor de inúmeros censos e sistemas de informação, a população em situação de rua não é contabilizada nessas estatísticas, e nem aparece no cadastro do Sistema de Informação da

Atenção Básica – o SIAB, cuja unidade de análise é domiciliar⁹. Desta maneira, estruturar uma estratégia eficiente de cuidado, junto à Atenção Primária em Saúde (APS), é um duro obstáculo que o SUS precisa vencer.

Em 2008, foi realizada pelo então Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, a Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, que buscou em 71 municípios e identificou 31.922 pessoas maiores de 18 anos vivendo em situação de rua. Desse número, 35,5% haviam ido “parar nas ruas” por causa do uso de álcool e outras drogas¹⁰.

Levando-se em conta não só este número, como também o fato de que o álcool e outras drogas são parte do cotidiano das pessoas em situação de rua^{3,4}, os programas de redução de danos aparecem não apenas como uma das várias estratégias, mas, principalmente, como abordagem necessária à promoção da saúde desta população³. Compreender o impacto desse tipo de política pública é fundamental para o entendimento de quais são os métodos que funcionam na ajuda ao indivíduo em uso abusivo de álcool, assim como para o planejamento e a estruturação de toda a estratégia nacional de tratamento ao usuário. A busca na literatura científica se faz, deste modo, determinante para que se assimile aquilo que já foi feito e qual a repercussão disso na construção do que ainda pode ser feito.

Este projeto de pesquisa faz-se necessário por se debruçar sobre a questão das estratégias de redução de danos como método para amparar os etilistas crônicos que fazem parte da população em situação de rua. É de suma importância que se estude, se debata e se coloque este assunto em pauta, por se tratar de uma população em situação de extrema vulnerabilidade, que encontra inúmeras barreiras ao redor do mundo, e, especificamente no Brasil, para ter acesso ao SUS e à Atenção Primária, e que tem no abuso do álcool uma das principais causas para que o indivíduo estabeleça uma vida nas ruas, além de servir como amparo para o sofrimento que é inerente a tal condição. Assim, há de se analisar o estado da arte em que se encontra esse assunto, para que se possa entender e planejar o que pode ser feito para auxiliar essa população.

2. OBJETIVO

Identificar o impacto de programas que fazem uso da política de redução de danos na saúde das pessoas que praticam o uso abusivo de álcool, em situação de rua.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 O consumo de álcool e a humanidade

O consumo de álcool pelo ser humano não é um fenômeno exclusivamente atual, na verdade, ele permeia a história, tendo registros milenares documentados^{11,12}. E assim como a sociedade se transforma com o passar dos séculos, as maneiras de se consumir substâncias psicoativas também se modificam. Se no passado a utilização de bebidas alcoólicas esteve associada a rituais religiosos e festivos em diversas culturas¹², a partir do final do século XV inicia-se a formação de todo um sistema internacional de difusão comercial do álcool¹¹. No final do século XVIII, com as mudanças estruturais e sociais que ocorreram como consequência da Revolução Industrial, os padrões de consumo de álcool e de outras drogas também se modificam consideravelmente. Com a ascensão do sistema capitalista como modo de produção hegemônico, o comércio de substâncias psicoativas passa a ocorrer de maneira massiva e estratégica, com centenas de milhões de dólares circulando mundialmente, a partir do século XX, através da venda não só do álcool, como também de chás, cafés, drogas sintéticas e fármacos^{11,12}.

Todo esse contexto contribuiu para que o consumo de álcool e de outras drogas atingisse uma escala muito mais significativa da sociedade, juntamente com os problemas que o uso abusivo dessas substâncias traz consigo, como o aumento da criminalidade, do narcotráfico, da marginalização e de outros problemas socio sanitários¹³. Não à toa, a relação com o uso abusivo do álcool está tão intimamente ligada à vida nas ruas.

3.2 A visão social do abuso do álcool

A partir do momento em que o uso do álcool passou a ser enxergado como um problema pela sociedade, especialmente pelos países ocidentais que passaram pelo processo de industrialização no fim do século XIX, a medicina passou a tentar encontrar maneiras de lidar com o usuário crônico da substância¹⁴. Assim, os primeiros tratamentos médicos que surgiram durante esse processo foram justamente aqueles que buscavam um “cura”, já que naquele momento se enxergava o abuso da substância como uma doença. Essa cura era equivalente à abstenção absoluta do uso do álcool e o tratamento seguia uma lógica hospitalocêntrica, que se usava da farmacologia para alcançar seu objetivo¹⁵. Essa perspectiva patológica do consumo de bebidas alcoólicas contribuiu para que campanhas de caráter coercitivo e de moral religiosa surgissem, levando a discussão para além de um panorama médico-científico e contribuindo

para que a sociedade como um todo enxergasse os usuários não apenas como doentes, mas também como pessoas com desvio de caráter, que ao abusar do álcool estavam cometendo uma “ação pecaminosa”^{15,16}. A partir desse contexto, não só a abordagem farmacológica ganha mais força, como também começam a surgir intervenções de caráter coercitivo e moralista¹⁶, e essas duas abordagens enxergam como única possibilidade de tratamento, a abstenção.

3.3 Redução de Danos: origem e trajetória

É neste contexto em que surge a Redução de Danos, que, ao invés de entender o usuário – não só de álcool, mas também de outras drogas – como um doente, ou através de uma perspectiva moral ou religiosa, o compreende como sujeito, que se relaciona com a substância e com seu meio sociocultural de maneira muito individual¹⁷. As estratégias de redução de danos não exigem do usuário uma abstenção, apesar de também não serem um impeditivo se esse for o objetivo estabelecido por ele mesmo. Assim, o agente redutor de danos não se posiciona contra ou a favor do uso, mas isenta-se de posições ideológicas¹⁸. A primeira experiência com a redução de danos aconteceu na Inglaterra, em 1926, com o Relatório Rolleston, que estabeleceu o direito aos médicos ingleses de prescreverem opiáceos aos usuários dessa droga, entendendo esse ato como tratamento, e não como gratificação à adição. A prescrição era feita como manejo da síndrome de abstinência em tratamentos com objetivo de cura, após inúmeras tentativas ineficazes de tratamento pela abstinência, e quando ficasse demonstrado que o paciente não conseguiria manter vida normal e produtiva sem uma dose mínima de droga administrada regularmente^{16,19}.

No Brasil, a redução de danos passou a ser utilizada oficialmente como estratégia pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em 2003, quando o Ministério da Saúde lançou a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (PAIUAD). Essa Política preconiza ações preventivas e de redução de danos, bem como o entrelaçamento destas iniciativas aos serviços do SUS, principalmente com os serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e nos serviços de atenção básica à saúde, como a Estratégia de Saúde da Família (ESF)¹³.

Em 2005, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS Nº 1.028, definindo que a redução de danos sociais e à saúde decorrente do uso de drogas que causem dependência se desenvolva por meio de ações de saúde dirigidas a usuários ou a dependentes que não podem, não

conseguem ou não querem interromper o referido uso, tendo como objetivo reduzir os riscos associados sem, necessariamente, intervir na oferta ou no consumo²⁰.

Com a Lei de Drogas nº 11.343 de 2006, que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), a redução de danos é reafirmada enquanto estratégia de saúde pública. O artigo 18º estabelece que cabe ao SISNAD regulamentar as atividades que visem à redução de danos e riscos sociais e à saúde²¹.

O Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS (PEAD) foi lançado em 2009 pelo Governo Federal, e tinha como finalidades: Ampliar o acesso ao tratamento e à prevenção em álcool e outras drogas no Sistema Único de Saúde (SUS); diversificar as ações orientadas para a prevenção, promoção da saúde, tratamento e redução dos riscos e danos associados ao consumo prejudicial de substâncias psicoativas²².

3.4 População de rua e atenção primária

É um direito de todo cidadão brasileiro o acesso universal à saúde. Existem, no entanto, pessoas em situação de vulnerabilidade, como a população em situação de rua, que encontram dificuldades para acessar o SUS e sua principal porta de entrada, a Atenção Primária à Saúde (APS). Assim, essa população acaba, geralmente, utilizando as emergências nas situações agudas ou de risco iminente à saúde e à vida. A APS, implementada em seus atributos de primeiro contato, vínculo longitudinal, integralidade e coordenação da atenção, deveria estar apta a prestar o cuidado integral a populações vulneráveis, como a dos moradores de rua⁹.

Políticas de saúde governamentais voltadas ao cuidado específico a essa população são recentes e se iniciaram no campo da saúde mental, com os “Consultórios de Rua” (CR). Essa proposta inspirou-se no primeiro CR criado em 1999 pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas, como uma resposta ao problema das crianças em situação de rua e uso de drogas^{9,23}. Na cidade de Salvador, em 2004, o CR foi vinculado a um equipamento da área de saúde mental, o Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS-AD), inaugurando tal dispositivo na rede institucional. Em 2009, o Ministério da Saúde reconheceu os CR como uma das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS – PEAD²².

A partir disso, algumas experiências de equipes que trabalhavam com pessoas em situação de rua foram realizadas em algumas cidades do Brasil, como Salvador, Rio de Janeiro e Recife. Em 2012, essas experiências foram debatidas em seminário e sistematizadas em publicação da ENSP/Fiocruz²⁴, evidenciando-se a diversidade das práticas e do processo de implantação das primeiras Equipes de Consultório na Rua (eCnaR), dispositivos de cuidado aos usuários de álcool e outras drogas junto à população em situação de rua⁹.

Foi apenas em 2011 que o cuidado à população de rua foi realinhado às diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)²⁵, quando esta reconhece, frente à heterogeneidade brasileira, a necessidade de um leque maior de modelagens de equipes de atenção básica, dentre essas, as voltadas para os moradores de rua⁹. Assim, em 2011, é efetivada a normatização das equipes de eCnaR, com um modelo flexível às diversas realidades do país de Atenção Primária à Saúde, que tiveram como referência as Unidades Básicas de Saúde/SUS³. A eCnaR deve configurar-se, assim, como a principal porta de entrada dessa população para a rede de serviços e deve atuar integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS), assim como a outras redes intersetoriais. Em sintonia ao modelo de APS adotado no país, propõe-se que a eCnaR desenvolva ações de saúde individuais e coletivas, promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde^{9,25}, considerando o contexto de vida da população.

4. MÉTODOS

4.1 Desenho de estudo

O estudo consiste em uma revisão sistemática da literatura para proporcionar uma análise e compreensão mais rica e específica sobre o impacto de programa de redução de danos na saúde de etilistas crônicos em situação de rua no mundo.

4.2 Estratégia de busca

O presente trabalho utiliza a metodologia recomendada *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA)²⁶ como guia para construção da revisão sistemática.

O trabalho foi realizado através da busca de artigos disponíveis nos bancos de dados eletrônicos: PubMed, SciELO e Cochrane. O uso dos descritores foi definido através do *Medical Subject*

Heading (MeSH), no Descritores em ciência da saúde (DeCS); (“*homeless*”) AND (“*harm reduction*”).

4.3 Critérios de inclusão

Foram utilizados artigos publicados entre os anos de 2000 e 2021, que abordam a base teórico-técnica das políticas de redução de danos para etilistas crônicos em situação de rua, nos idiomas português e inglês.

4.4 Critérios de exclusão

Foram descartados relatos de caso, artigos de opinião, artigos de revisão, ou qualquer artigo cujo período de estudo foi anterior ao ano 2000.

4.5 Identificação, triagem e elegibilidade

Os trabalhos foram identificados pelos autores, que realizaram a leitura dos títulos e resumos para serem triados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão apresentados. Posteriormente, cada artigo selecionado na fase de triagem foi revisado de forma independente na íntegra pelo autor e pela autora para inclusão na análise qualitativa. Aqueles estudos que não apresentaram, em sua estrutura, títulos que preencham os critérios não foram selecionados para a leitura do texto completo. Não foram descartados os estudos que apresentaram os títulos condizentes com tais critérios, mas que não tiveram resumo em sua composição, a fim de aumentar a amostra de artigos. Em ambas as fases, as divergências foram resolvidas por discussão. Para inclusão na análise quantitativa, os estudos foram selecionados por consenso entre os autores, sendo eleito um para desempate quando não houvesse consenso. Aqueles que atenderam aos critérios de inclusão da amostra foram triados a fim de definir a sua elegibilidade. Após essa triagem, os artigos foram acessados e lidos por inteiro, confirmando a sua inclusão na revisão sistemática.

4.6 Produção de dados

Os dados de cada artigo selecionado foram extraídos de forma independente por 2 revisores por meio de planilha elaborada pelos autores, que inclui:

4.6.1 Características do estudo

Autores, país de publicação, tipo de estudo, ano de publicação, tempo de estudo e nível de evidência.

4.6.2 Característica da amostra

Evidências positivas, evidências negativas ou falta de evidências para a mudança da restrição. As divergências nos dados extraídos foram revisadas pelo autor e pela autora e as discordâncias foram resolvidas por discussão.

4.7 Avaliação da qualidade dos estudos selecionados

A qualidade dos estudos selecionados foi avaliada a partir da metodologia e resultados com base na iniciativa Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE), validada em português, com ponto de corte considerado adequado acima de 80% neste estudo²⁷.

4.8 Plano de análise de dados

Os dados obtidos foram organizados em planilha do programa Excel. Em seguida, foram apresentados em formato de tabelas, seguindo a seguinte sequência: caracterização dos artigos selecionados, descrição dos aspectos metodológicos dos estudos selecionados e apresentação das variáveis estudadas.

4.9 Aspectos éticos

Por se tratar de uma revisão sistemática com base documental, ambas trilhas se referem a legado analítico para domínio público. Os dados foram recolhidos de artigos previamente publicados e sem envolvimento de seres humanos, portanto, não se faz necessária a submissão ao CEP/CONEP.

5. RESULTADOS

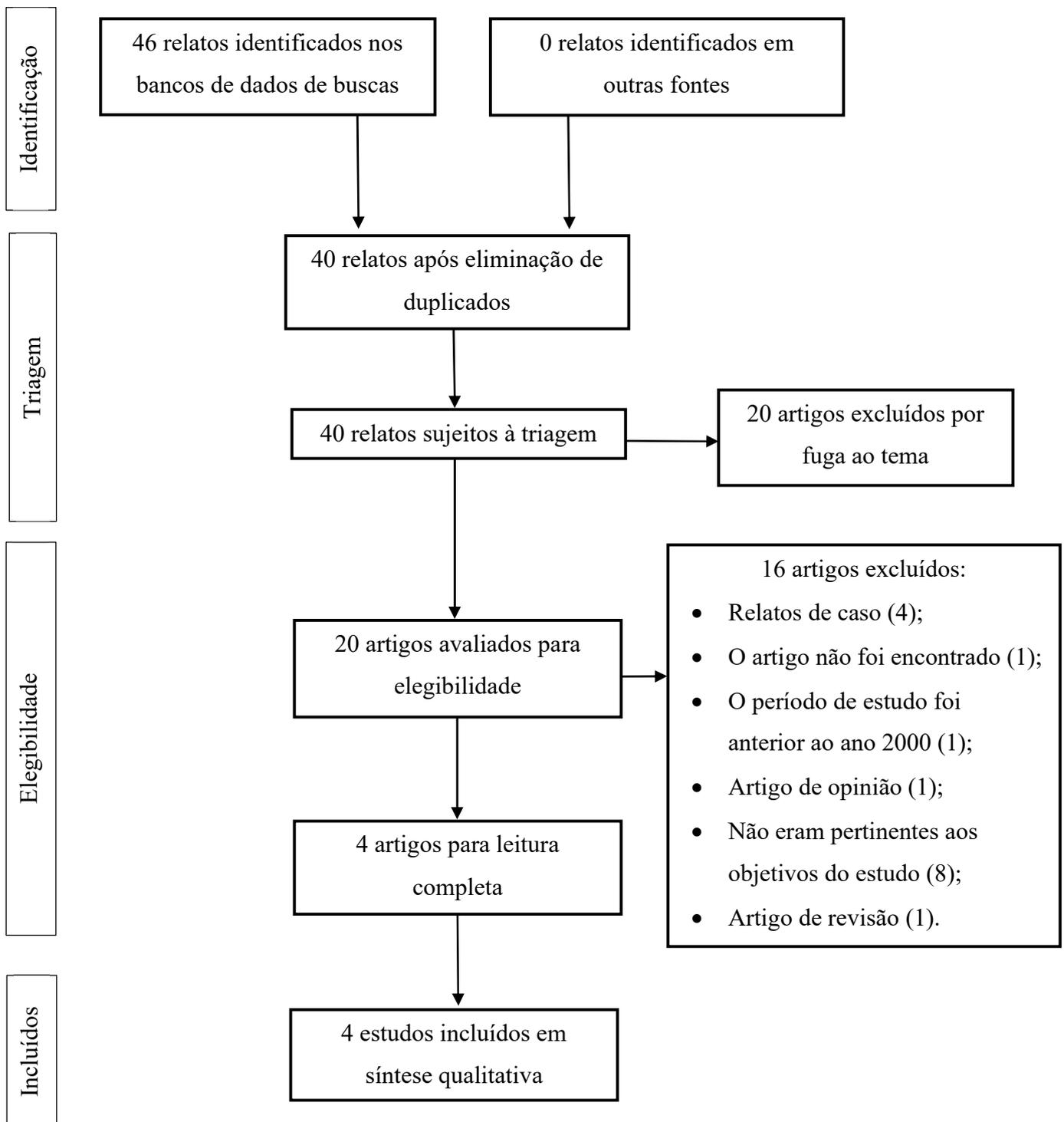
5.1 Resultados da busca

A busca de artigos foi realizada no PubMed, SciELO e Cochrane com os descritores citados anteriormente, além dos critérios de idioma e intervalo do ano de publicação como filtros de pesquisa nos bancos de dados. O resultado da busca foi triado pelo título dos artigos com posterior análise dos resumos e definição da elegibilidade.

Foram encontrados o total de 46 artigos, a partir das estratégias de busca utilizadas. Destes, 5 foram localizados na plataforma PubMed, 10 foram encontrados na plataforma SciELO e 31 na plataforma *Cochrane Central Register of Controlled Trials*. Após exclusão dos 6 artigos duplicados/repetidos, os 40 remanescentes passaram pela etapa de triagem. Na triagem foram

excluídos 20 artigos que fugiram ao tema dessa revisão, restando, assim, 20 artigos que passaram para a etapa de avaliação de elegibilidade. Dos 20 artigos que passaram pela etapa de elegibilidade, 16 foram excluídos da revisão, sendo desses: 4 por se tratarem de relatos de caso, 1 por se tratar de um artigo de opinião, 1 por não ter sido encontrado, 1 por ter sido um estudo realizado anteriormente ao ano 2000, 8 que não eram pertinentes aos objetivos deste estudo e 1 por se tratar de um artigo de revisão. Os 4 artigos²⁸⁻³¹ remanescentes após o segundo crivo, e, posteriormente à aplicação do STROBE, onde os quatro obtiveram o mínimo de 80%, foram lidos integralmente e adicionados na revisão sistemática (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma da seleção dos artigos da revisão sistemática



Fonte: elaborado pelos autores.

5.2 Avaliação da qualidade metodológica de acordo com o STROBE

Descrita na Tabela 1.

Tabela 1. Avaliação da qualidade metodológica de acordo com o STROBE

	Rhoades, Harmony, et al.²⁸	Tsemberis, Sam, et al.²⁹	Collins, Susan E., et al. (2019)³⁰	Collins, Susan E., et al. (2020)³¹
1	Adequado	Inadequado	Adequado	Adequado
2	Adequado	Adequado	Adequado	Adequado
3	Adequado	Adequado	Adequado	Adequado
4	Adequado	Adequado	Adequado	Adequado
5	Adequado	Adequado	Adequado	Adequado
6	Adequado	Adequado	Adequado	Adequado
7	Adequado	Adequado	Adequado	Adequado
8	Adequado	Adequado	Adequado	Adequado
9	Adequado	Inadequado	Adequado	Adequado
10	Adequado	Adequado	Adequado	Adequado
11	Adequado	Adequado	Adequado	Adequado
12	Adequado	Adequado	Adequado	Adequado
13	Adequado	Adequado	Adequado	Adequado
14	Inadequado	Adequado	Adequado	Adequado
15	Adequado	Adequado	Adequado	Adequado
16	Adequado	Adequado	Adequado	Adequado
17	Inadequado	Inadequado	Inadequado	Inadequado
18	Adequado	Adequado	Adequado	Adequado
19	Adequado	Inadequado	Adequado	Adequado
20	Adequado	Adequado	Adequado	Adequado
21	Adequado	Adequado	Inadequado	Inadequado
22	Adequado	Adequado	Adequado	Adequado
Total	90%	81%	90%	90%

Os quatro artigos selecionados atingiram pelo menos 80% na escala STROBE, o que os qualifica para serem avaliados nesta revisão sistemática, de acordo com os critérios de avaliação da qualidade dos estudos determinada na metodologia.

5.3 Características sociodemográficas das amostras

As características gerais dos estudos estão sumarizadas na Tabela 2.

Tabela 2. Características gerais dos estudos incluídos na revisão sistemática

Autores	Ano de Publicação	País de Publicação	Tempo de Estudo
Rhoades, Harmony, et al. ²⁸	2018	Estados Unidos	2014 - 2016
Tsemberis, Sam, et al. ²⁹	2004	Estados Unidos	1997 - 2001
Collins, Susan E., et al. ³⁰	2019	Estados Unidos	2019
Collins, Susan E., et al. ³¹	2020	Estados Unidos	2019

5.4 Características sociodemográficas das amostras

Descritas na Tabela 3.

Tabela 3. Características sociodemográficas das amostras

	Rhoades, Harmony, et al. ²⁸	Tsemberis, Sam, et al. ²⁹	Collins, Susan E., et al. (2019) ³⁰	Collins, Susan E., et al. (2020) ³¹
Sexo	120 mulheres/301 homens	44 mulheres/162 homens	40 mulheres/129 homens	42 mulheres/126 homens
Idade	54 (média)	18–30 anos: 39 31–40 anos: 59 41–50 anos: 62 51–60 anos: 36 ≥61 anos: 10	47,86 (média)	47,9 (média)
Etnia	235 negros/100 brancos/85 outros	84 negros/55 brancos/67 outros	98 negros/37 brancos/34 outros	97 negros/37 brancos/34 outros
Escolaridade	324 com ensino médio completo/97 sem ensino médio completo	119 com ensino médio completo/87 sem ensino médio completo	Não foi perguntada	Não foi perguntada

5.5 Medidas de intervenção em redução de danos

Descritas na Tabela 4.

Tabela 4. Medidas de intervenção em redução de danos utilizadas nos estudos analisados

Rhoades, Harmony, et al. ²⁸	Tsemberis, Sam, et al. ²⁹	Collins, Susan E., et al. (2019) ³⁰	Collins, Susan E., et al. (2020) ³¹
<i>Housing First;</i> Não abstinência e consumo livre de álcool, de acordo com a escolha do próprio indivíduo, sem pausa no seguimento do tratamento em caso de uso da substância.	<i>Housing First;</i> Não abstinência e consumo livre de álcool, de acordo com a escolha do próprio indivíduo, sem pausa no seguimento do tratamento em caso de uso da substância.	Não abstinência e consumo livre de álcool, de acordo com a escolha do próprio indivíduo, sem pausa no seguimento do tratamento em caso de uso da substância.	Não abstinência e consumo livre de álcool, de acordo com a escolha do próprio indivíduo, sem pausa no seguimento do tratamento em caso de uso da substância.

6. DISCUSSÃO

Nesta revisão sistemática, todos os 4 artigos analisados são oriundos dos Estados Unidos, o que, por si só, demonstra uma possível falta de interesse da comunidade científica em produzir pesquisa acerca da população de rua, além de coincidir com o fato de que esse país dispõe de incentivos ao produzir científico que a maior parte dos outros países ao redor do mundo não possuem.

Pode-se notar que, em todos os artigos analisados, há uma disparidade considerável entre a população feminina e a masculina, tendo uma percentagem de mulheres de menos de 30 pontos percentuais, sendo 28% no estudo RHOADES, et al (2018), 21% em TSEMBERIS, et al (2004), e 24% em ambos os estudos COLLINS, et al (2019, 2020), o que sugere que a população masculina está mais propensa a se tornar moradora de rua, bem como usuária de álcool. Outro dado relevante no que tange à demografia dos estudos analisados é a disparidade entre a amostra de moradores de rua negros e brancos, chegando a 58% a porcentagem de negros que participaram dos estudos COLLINS, et al, o que demonstra a maior vulnerabilidade social à qual a população negra está exposta. Em relação à escolaridade, os artigos RHOADES, et al e TSEMBERIS, et al demonstram que, ao contrário do que é de se esperar, a quantidade de moradores de rua com ensino médio completo que participaram desses estudos é significativamente superior à daqueles sem ensino médio completo, sendo 77% dos participantes graduados no ensino médio em RHOADES, et al e 58% em TSEMBERIS, et al, o que, provavelmente é reflexo do país de origem desses estudos (Estados Unidos), onde a maior parte de sua população possui um diploma de Ensino Médio ou equivalente.

No que diz respeito às medidas de intervenção em Redução de Danos utilizadas nos estudos, todos os quatro utilizaram da não abstinência alcoólica, associada à escolha pessoal do próprio indivíduo, que, durante todo o período dos estudos, decidia por conta própria se, quando e o quanto iria consumir da substância, sem que isso acarretasse o fim de seu tratamento. Além dessa medida, em dois dos estudos foi também utilizado o *Housing First*, uma medida de redução de danos que oferece ao morador de rua uma residência fixa, o que faz com que ele seja tirado imediatamente da situação de vulnerabilidade em que se encontrava.

No artigo RHOADES, et al, que ofereceu o *Housing First* para o grupo experimental, os pacientes foram acompanhados pelo período de 1 ano, com entrevistas após 3, 6 e 12 meses do início do estudo, nas quais foi avaliado o padrão de uso do álcool pelos participantes, através de 2 critérios, o primeiro, de uso abusivo de álcool, que foi avaliado perguntando com que frequência o entrevistado consumiu quatro (para mulheres) ou cinco (para homens) bebidas em um período de duas horas nos últimos três meses, e o segundo, de intoxicação alcoólica. É notável que, após 1 ano de estudo, o percentual de pacientes que fizeram uso abusivo da substância não teve uma alteração significativa, sendo de 15,91% antes do início do estudo e de 14,88% ao seu fim. Em relação à intoxicação alcoólica, o percentual também diminuiu, de 1,91% dos entrevistados para 1,43% após 12 meses de intervenção. Há de se notar que, por se tratar de um estudo de corte temporal curto – apenas 1 ano – espera-se que a diminuição no consumo alcoólico realmente não seja tão significativa, ainda mais se tratando de uma população de rua, que não possui ou possui poucos laços familiares e comunitários.

Já o estudo TSEMBERIS, et al acompanhou os participantes por um período de 2 anos, tendo entrevistas com eles após 6, 12, 18 e 24 meses do início da pesquisa. Assim como RHOADES, et al, esse estudo não mostrou diferenças significativas no uso de álcool entre o grupo controle e o grupo experimental ao longo dos meses, contudo, um dado que chama atenção diz respeito à estabilidade de moradia: o grupo experimental obteve reduções significativamente maiores na porcentagem de participantes moradores de rua e conseqüentemente um aumento na porcentagem de participantes com moradia fixa em relação aos participantes do grupo controle, tendo o grupo *Housing First* uma taxa de aproximadamente 80% de retenção de participantes em moradia fixa. Outro dado importante encontrado no artigo é o que diz respeito à procura dos participantes por centros de tratamento para uso abusivo de substâncias ao longo do período do estudo, com o grupo controle relatando um uso significativamente maior desses programas de

tratamento do que o grupo *Housing First*. Assim, fica clara a importância de se oferecer ao morador de rua uma residência fixa, de modo que ele possa lidar com todos os problemas que lhe cercam sem ter de se preocupar com o local onde dorme, além da moradia servir também de amparo comunitário, tendo em vista que a partir dela, o usuário passa a criar laços com sua vizinhança, a fazer parte de uma comunidade pela qual ele possa ser acolhido.

Além de se utilizar de entrevistas, o estudo COLLINS, et al (2019) – que acompanhou os participantes por um período de 3 meses, com as entrevistas sendo realizadas após, 1, 2 e 3 semanas, 1 mês e, por fim, 3 meses do início da pesquisa – também avalia o uso de álcool através de teste de etil-glicuronídeo na urina (EtG). O EtG é um metabólito do álcool etílico formado no organismo por glicuronidação após a exposição ao etanol e pode ser detectado na urina até 80h após a exposição à substância. Assim sendo, o dado mais relevante do estudo foi justamente aquele que diz respeito aos efeitos do tratamento baseado em redução de danos no EtG urinário, que mostrou que a probabilidade dos participantes do grupo experimental de testes positivos de EtG urinário diminuiu 18% para cada período de duas semanas. É fato que o EtG urinário é um bom indicativo principalmente nos casos de abuso de álcool, pois quanto maior a quantidade ingerida, mais chances de se detectar o metabólito na urina. Assim sendo, fica claro que as estratégias de redução de danos nesse estudo, ao menos no caso de intoxicação, foram efetivas.

7. CONCLUSÕES

As políticas de Redução de Danos podem impactar de maneira positiva na saúde da população de rua usuária de álcool. Como pode-se observar através dos estudos analisados nesta revisão sistemática, principalmente no que tange à retenção dos usuários numa residência fixa a partir da estratégia de *Housing First* e à diminuição na probabilidade dos usuários que recebem um tratamento baseado em Redução de Danos de terem testes positivos de EtG, é notória a importância de programas que se utilizam dessas estratégias para a saúde e o bem-estar da população de rua.

É necessário, entretanto, que novos estudos sejam feitos, principalmente atentando-se ao fato de que ao redor do mundo, pouco se produziu até agora sobre o assunto, sendo os quatro artigos analisados oriundos do mesmo país. Além disso, estudos observacionais com cortes temporais mais longos também são necessários, pois ainda não se sabe, a longo prazo, qual os impactos

que as políticas de Redução de Danos podem causar na saúde da população de rua, tendo em vista que os estudos selecionados tiveram cortes de no máximo 2 anos.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde – OMS. International Guide for Monitoring Alcohol Consumption and Related Harm, 2002. *Avaiable from:* https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66529/WHO_MSD_MSB_00.4.pdf. Acesso em 13 mai. 2021.
2. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Global status report on alcohol and health – 2014 ed. *Avaiable from:* http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112736/9789240692763_eng.pdf?sequence=1 Acesso em: 13 mai. 2021
3. BRASIL. Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. *Avaiable from:* http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_978602877.pdf Acesso em: 31 mai. 2021
4. Amaral A Vieira A. Pessoas em Situação de Rua no Brasil: Revisão Sistemática. *Psicologia: Ciência e Profissão, Universidade Federal de Santa Catarina (2018)*. *Avaiable from:* <https://www.scielo.br/j/pcp/a/zZmF6jcYxpRqGS4b5QMX9sQ/?lang=pt>
5. Reisdorfer, E. Prevalência e Fatores Associados ao Uso Problemático de Álcool Entre Adultos: Um Estudo de Base Populacional em Florianópolis – Santa Catarina. *Universidade Federal de Santa Catarina (2010)*. *Avaiable from:* <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/93892>
6. Associação Internacional de Redução de Danos (IHRA). O que é redução de danos. *Avaiable from:* https://www.hri.global/files/2021/05/05/What_is_Harm_Reduction_Portuguese_HRI.pdf. Acesso em: 31 mai. 2021.
7. Macrae, E, Gorgulho, M. Redução de danos e tratamento de substituição: posicionamento da Rede Brasileira de Redução de Danos. *J. Bras. Psiquiatria, São Paulo, (2003)*. *Avaiable from:* <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-386266>
8. BRASIL. Presidência da República. Decreto Presidencial nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. *Diário Oficial da União*. *Avaiable from:* http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm
9. Engstrom, E, Teixeira, M. Equipe “Consultório na Rua” de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável. *Ciência & Saúde Coletiva (2016)*. *Avaiable from:* <https://www.scielo.br/j/csc/a/P93ybrPWRqCHtFHh4T7JkxB/?lang=pt>
10. BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Rua: aprendendo a contar: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua. *Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, Secretaria Nacional de Assistência Social (2009)*. *Avaiable from:* http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Livros/Rua_aprendendo_a_contar.pdf Acesso em: 10/06/2021
11. Carneiro H. As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX. *Revista Outubro (2002)*, 6:115-128. *Avaiable From:* http://www.neip.info/downloads/t_hen2.pdf

12. Maciel M, Vargas D. Redução de danos: uma alternativa ao fracasso no combate às drogas. *Cogitare Enferm* (2015). *Avaliable from:* <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/37728>
13. Fonsêca C. Conhecendo a redução de danos enquanto uma proposta ética. *Psicologia & Saberes* (2012), 1(1):11-36. *Avaliable from:* <http://goo.gl/9Krylt>
14. Macrae, E. Antropologia: Aspectos sociais, Culturais e Ritualísticos. In: Dependência de Drogas, Seibel, S.D., Toscano Jnr., (Eds.) São Paulo, Editora Atheneu, 2001, pp25-34. *Avaliable from:* <https://www.scielo.br/j/icse/a/3YXysW9VyFyGr6zRHFf4SLk/?lang=pt&format=pdf>
15. Agra, C. Droga: dispositivo crítico para um novo paradigma. *Gabinete da Presidência da República de Portugal*, (1996). *Avaliable from:* <https://jorgesampaio.arquivo.presidencia.pt/pt/biblioteca/outros/drogas/iii1.html>
16. Santos, V, Miranda, M. Projetos/Programas de Redução de Danos no Brasil: uma revisão de literatura. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, [S.L.], v. 5, n. 1, 18 maio 2016. *Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Avaliable from:* <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/841>
17. Olievenstein, C. A droga: drogas e toxicômanos. *São Paulo: Brasiliense, 1988. Avaliable from:* <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/crt-770>
18. Dias, R. Do asilo ao CAPSad: lutas na saúde, biopoder e redução de danos. *Dissertação de Mestrado Universidade Federal Fluminense. Niterói (2008). Avaliable from:*
19. BRASIL. Manual de Redução de Danos. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Saúde e Cidadania. *Brasília: Ministério da Saúde (2001). Avaliable from:* <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/10006003202.pdf>
20. BRASIL. Portaria N° 1.028/gm de 1° de julho de 2005. *Avaliable from:* https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html
21. BRASIL. Lei no 11.343, de 23 de agosto de 2006. *Diário Oficial da República do Brasil. Poder Executivo. Brasília-DF, (2006). Avaliable from:* http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm#:~:text=Institui%20o%20Sistema%20Nacional%20de,crimes%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs.
22. BRASIL. Portaria N° 1.190 de 4 de junho de 2009. *Avaliable from:* https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html
23. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental. Consultórios de Rua do SUS. Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. *Brasília: MS/Convênio Escola Politécnica Joaquim Venâncio (EPSJV), Fiocruz (2010). Avaliable from:* <https://aps.saude.gov.br/ape/consultoriorua/>
24. Teixeira M, Fonseca Z. Saberes e Práticas na Atenção Primária à Saúde: Cuidado à população em situação de rua e Usuários de Álcool, crack e outras drogas. *São Paulo: Hucitec (2015). Avaliable from:* <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/int-4670>
25. BRASIL. Portaria n° 2.488, de 21 de outubro de 2011. *Avaliable from:* https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
26. Galvão T, Pansani T, Harrad D. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. *Epidemiologia e Serviços de Saúde [Internet]. 2015 junho [cited 2021 Nov 23]. Avaliable from:* <https://www.scielo.br/j/ress/a/TL99XM6YPx3Z4rxn5WmCNCf/?lang=pt>.
27. Malta M, Cardoso L, Bastos F, Magnanini M, Silva, C. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. *Rev Saúde Pública [Internet]. 2010;44(3):559–65. Avaliable from:* <http://www.consortstatement.org/consort-statement/>

28. Rhoades H, et al. "Social Networks and Substance Use after Transitioning into Permanent supportive Housing". *Drug and Alcohol Dependence* (2018). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30086424/>
29. Tsemberis S, et al. "Housing First, Consumer Choice, and Harm Reduction for Homeless Individuals With a Dual Diagnosis". *American Journal of Public Health*, (2004). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15054020/>
30. Collins, E, et al. "Jail and Emergency Department Utilization in the Context of Harm Reduction Treatment for People Experiencing Homelessness and Alcohol Use Disorder". *Journal of Urban Health* (2021). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33185824/>
31. Collins, E, et al. "Randomized Controlled Trial of Harm Reduction Treatment for Alcohol (HaRT-A) for People Experiencing Homelessness and Alcohol Use Disorder". *International Journal of Drug Policy* (2019). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30851620/>