

Ativando as engrenagens da educação permanente na rede de atenção psicossocial: os desafios no cuidado a pessoas em abuso de substâncias psicoativas

Setting the wheels of continuing education in motion in the psychosocial care network: the challenges of caring for people suffering from psychoactive substance abuse in Brazil (abstract: p. 14)

Activación de los engranajes de la educación permanente en la red de atención psicossocial: los desafíos del cuidado a las personas en situación de abuso de substancias psicoactivas en Brasil (resumen. 15)

Keli Lopes Santos^(a)

<kelilopes@gmail.com> 

Luciana Togni de Lima e Silva Surjus^(b)

<luciana.surjus@unifesp.br> 

^(a) Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS) Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal de Santa Maria de Jetibá. Rua Dalmácio Espíndola, 115, Centro. Santa Maria de Jetibá, ES, Brasil. 29645-000.

^(b) Departamento de Políticas Públicas e Saúde Coletiva, Universidade Federal de São Paulo. Santos, SP, Brasil.

Este artigo apresenta a experiência do Projeto Engrenagens da Educação Permanente, promovido pelo Ministério da Saúde no município de Vila Velha, Espírito Santo, Brasil. Especificamente, serão trabalhadas as experiências das Rodas de Educação Permanente que ocorreram entre março e dezembro de 2016 e em que participaram servidores públicos dos equipamentos da Saúde e da Assistência Social, principalmente. As rodas debateram temas como redução de danos; judicialização da vida; descriminalização das drogas e racismo; e atenção à crise em saúde mental. Esse percurso mostra que é possível construir cuidado em liberdade e cuidado com a formação dos servidores públicos. Podemos notar que as rodas foram se constituindo como um espaço de autonomia e liberdade, capaz de fortalecer e transformar as práticas dos servidores.

Palavras-chave: Educação permanente. Álcool e outras drogas. Rede de cuidado.

Reforma psiquiátrica brasileira e a Rede de Atenção Psicossocial

O movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil emergiu no fim da ditadura militar, no contexto de redemocratização do país, época em que os movimentos sociais conquistaram a possibilidade de manifestação sem a repressão dos anos anteriores¹.

Destaca-se o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que surge no Rio de Janeiro e que:

[...] organiza [...] críticas ao modelo psiquiátrico clássico, constatando-as na prática das instituições psiquiátricas. Procurando entender a função social da psiquiatria e suas instituições, para além de seu papel explicitamente médico-terapêutico, o MTSM constrói um pensamento crítico [...] que permite visualizar uma possibilidade de inversão deste modelo a partir do conceito de desinstitucionalização². (p. 492)

Ao longo dos anos, o movimento da Reforma que conquistou capilaridade no Brasil articulou-se politicamente e conquistou a aprovação da Lei 10.216 em 2001. Essa legislação representou uma grande conquista no campo legislativo, depois de tramitar por 12 anos no Congresso Nacional, dispendo finalmente sobre a proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais e redirecionando o modelo assistencial em Saúde Mental (SM) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)³.

Em 2011 foi publicada a normativa que avança na orientação e viabilidade do cuidado territorial e em liberdade⁴, materializando a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) no SUS para pessoas com transtorno mental.

Nesse contexto, a Raps é composta por um conjunto de componentes e pontos de atenção, compondo uma rede substitutiva ao modelo asilar na qual destacam-se os Centros de Atenção Psicossocial (Caps)^(c), em suas diferentes modalidades, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)^(d) e enfermarias especializadas em hospitais gerais^(e).

Vale ressaltar a inclusão tardia do uso de drogas como questão para a saúde pública e SM. Em 2003, com a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, o Ministério da Saúde reconheceu que houve atraso histórico do SUS na não assunção da responsabilidade pelo enfrentamento de problemas associados ao tema. Isso acontece alinhado a um histórico de intervenções e políticas governamentais desenvolvidas no âmbito da Justiça e da Segurança Pública; enquanto, na agenda de Saúde Pública, reverberavam os problemas decorrentes do consumo de álcool e outras drogas⁵.

Cabe lembrar que tal documento foi publicado a partir da então Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) que, desde a década de 1990, foi responsável pela formulação das primeiras orientações e diretrizes de cuidado a pessoas que usavam drogas, com o enfoque da prevenção de infecções como a AIDS. As experiências de trocas de seringas, inspiradas em políticas propostas inicialmente na Inglaterra e Holanda, significaram um marco para o cuidado das pessoas que usam drogas, a partir da perspectiva do direito à saúde sem a exigência necessária da abstenção do uso de drogas⁶.

A expansão do cuidado às pessoas que usam drogas na perspectiva da Reforma Psiquiátrica, valorizando as conquistas do cuidado territorial em liberdade, tem exigido das equipes dos serviços de saúde mental grandes esforços no tocante às transformações

^(c) Caps I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias para municípios com população acima de vinte mil habitantes. Caps II: Atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, para municípios com população acima de setenta mil habitantes. Caps III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de SM, inclusive Caps Álcool e outras Drogas (Caps-AD), para municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes. Caps Infantojuvenil: Atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e/ou que fazem uso de *crack*, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes. Caps-AD: Atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas. Serviço de SM aberto e de caráter comunitário, indicado para municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes. Caps-AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do ECA, com necessidades de cuidados clínicos contínuos.

continua

das concepções reducionistas oriundas ora de políticas hegemônicas criminalizantes de origem proibicionistas, ora de uma compreensão biológica e bioquímica da vida humana, promotora da lógica da abstinência como único resultado a ser considerado. Apesar da paradoxal organização de muitos serviços de forma médico-centrada, mesmo em um contexto de indisponibilidade de marcadores biológicos que possam justificar compreensões e intervenções dessa ordem, a Redução de Danos enquanto norte ético para o cuidado segue na pauta dessas equipes, trazendo central preocupação com estratégias formativas inovadoras, capazes de fazê-las articular.

Este artigo surge nesse contexto e objetiva apresentar e discutir a experiência das Rodas de Educação Permanente com profissionais da Saúde e Assistência Social (AS) no município de Vila Velha (ES). Esses espaços constituíram-se como dispositivos para debate entre servidores públicos no formato de rodas de conversa e ocorreram entre os meses de março e dezembro de 2016.

Vale destacar que essas atividades fizeram parte do Projeto Engrenagens da Educação Permanente (PEEP), financiado pelo Ministério da Saúde, que teve os seguintes objetivos no município de Vila Velha: 1) Formar e qualificar equipes da Raps e equipes dos demais serviços dos territórios para o trabalho em rede, bem como fortalecer trabalhadores e usuários para o controle social; 2) Fortalecer no município o processo de educação permanente de seus trabalhadores; e 3) Fortalecer as estratégias de cuidado em liberdade das pessoas com problemas decorrentes do abuso de substância psicoativa ou que passam pela experiência da loucura e seus familiares. Para o desenvolvimento do projeto, foi realizada seleção pelo Ministério da Saúde de um profissional “ativador de redes”, que recebeu uma bolsa mensal, durante dez meses, por meio de convênio com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) para desenvolver as atividades. O projeto contou ainda com reuniões de tutoria em São Paulo com ativadores de rede de Recife (PE), São Carlos (SP), Palhoça (SC), Itajaí (SC), Bagé (RS) e Ouro Branco (MG).

O PEEP foi uma das etapas do projeto Percursos Formativos na Raps, que foi lançado pelo Ministério da Saúde por meio de chamada pública para seleção de projetos, em 2013, contemplando apoio financeiro a 96 municípios para desenvolvimento de ações de educação permanente na Raps. O projeto Percursos contemplou ações de formação no âmbito da troca de experiências entre profissionais e possuiu seis linhas de ação: 1) Atenção à crise; 2) SM Infantojuvenil; 3) SM na Atenção Básica; 4) Demandas associadas ao consumo de álcool e outras drogas; 5) Desinstitucionalização; e 6) Reabilitação Psicossocial. Vila Velha participou da linha 4 e fez intercâmbio com o município de Recife. Dessa forma, foram enviados ao Recife vinte profissionais de Vila Velha, dois por mês durante dez meses, que tiveram a oportunidade de participar das atividades da Raps de Recife por 28 dias.

Neste artigo especificamente serão trabalhadas as experiências das Rodas de Educação Permanentes do PEEP.

Construindo espaços possíveis para educação permanente em Vila Velha

Vila Velha é um dos municípios que integra a região metropolitana de Vitória, Espírito Santo; localizado em área litorânea. É também um dos municípios brasileiros mais antigos e tem a segunda pior receita total *per capita* do estado^(f).

Serviço com no máximo 12 leitos para observação e monitoramento, funcionamento 24 horas, incluindo feriados, indicado para municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes⁴.

^(d) Os STR configuram-se como ponto de atenção do componente desinstitucionalização, sendo estratégicos no processo de desospitalização e reinserção social de pessoas longamente internadas nos hospitais psiquiátricos ou em hospitais de custódia⁴.

^(e) Oferece tratamento hospitalar para casos graves relacionados aos transtornos mentais e ao uso de álcool, crack e outras drogas, em especial a abstinências e intoxicações severas⁴.

^(f) Fonte: Finanças dos Municípios Capixabas. 19. Vitória: Aequus Consultoria. 2013; ISSN: 2317-5273.

Na época do desenvolvimento do projeto (2016), o município contava com 18 Unidades de Saúde, sendo que destas 11 contavam com assistente social e psicóloga trabalhando especificamente com as demandas de SM, e o atendimento psiquiátrico era centralizado no Centro Municipal de Atenção Secundária (Cemas Mais Saúde). Vila Velha também conta com um Caps-Ad II para atendimento de pessoas com problemas decorrentes do abuso de substâncias psicoativas e com um Centro de Referência em Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Destaca-se também que Vila Velha é um dos municípios da região metropolitana que possui servidores públicos com vínculo estatutário com os mais baixos salários. Servidores de nível médio possuem salário-base abaixo do salário mínimo nacional e servidores de nível superior, como psicólogos e assistentes sociais, recebiam na época do projeto em torno de R\$ 1800,00 para uma carga horária de trinta horas semanais. No ano 2016, os servidores articularam uma frente sindical e deflagraram greve que se estendeu por longos meses sem alterar o quadro de precarização.

Em âmbito estadual, existe uma unidade hospitalar onde se localizam leitos psiquiátricos: Hospital Estadual de Atenção Clínica (antigo Hospital Colônia Adauto Botelho). O município conta ainda com três SRT também sob responsabilidade do Governo do Estado, com administração do Instituto Vida e Saúde (Invisa).

Neste contexto, o PEEP inicia suas ações em Vila Velha no ano de 2016 com a criação de Rodas de Educação Permanente para capacitação da rede intersetorial em duas das cinco regiões administrativas do município, com a intenção de fortalecer uma iniciativa dos próprios servidores, que já se reuniam para estudar e debater seus cotidianos de trabalho. Observou-se que pela extensão do município e pela grande quantidade de profissionais da rede apenas seria possível contemplar uma parte deles, por isso a escolha de regiões específicas.

A partir de mapeamento realizado, foi deliberado junto com a gestão de SM que seriam convidados para as rodas profissionais dos seguintes equipamentos: Unidades de Saúde da região, Caps-Ad, Consultório na Rua, Centro de Referência da Assistência Social (Cras)^(g), Casa Lar Feminina, Centro de Referência Especializado da Assistência Social (Creas)^(h) Alvorada, Creas Pop, Abordagem Social, Conselho Tutelar, Conselho Municipal de Saúde e o Projeto Social do território. Ao longo do processo, essa configuração foi se alterando, de acordo com o interesse dos servidores e dos movimentos do território. Assim, foi identificada a necessidade de inserção do Centro de Referência de Infecções Sexualmente Transmissíveis e AIDS (CR IST/AIDS), de estagiários de Psicologia atuantes nas Unidades de Saúde, de representantes de grupos de pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) e de profissionais da área técnica de Saúde Mental do município representando a gestão por sugestão dos próprios participantes, indicando a presença de uma cogestão do processo.

Os participantes das Rodas ao longo do processo também decidiram o formato das reuniões e os assuntos abordados, de acordo com as diretrizes do projeto e as necessidades de seu cotidiano de trabalho. A seguir serão trazidas discussões que tiveram destaque nas rodas. Serão apresentados relatos de cada roda e as reflexões das autoras a partir do diálogo entre o relato e as publicações sobre o tema.

^(g) O Cras é um serviço público previsto na Política de Assistência Social que compõe a Proteção Básica. Seu principal serviço ofertado é o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF). No Cras, devem ser realizadas ações que possuem objetivo de proteção social, fortalecimento de vínculos familiares e comunitários e prevenção de seu rompimento, bem como promoção do acesso aos benefícios socioassistenciais⁷.

^(h) O Creas é um serviço público previsto na Política de Assistência Social que compõe a Proteção Social Especial de Média Complexidade. Oferecem atendimentos às famílias e aos indivíduos com direitos violados, mas cujos vínculos familiares e comunitários não foram rompidos.

Internações compulsórias e judicialização

No primeiro mês, houve uma Roda com o tema Judicialização das questões relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, que contou com a presença de 20 participantes. Nesse encontro houve a apresentação do projeto e dos serviços da Raps do município, e nele foi possível a pactuação com seus participantes da periodicidade dos encontros, calendário de reuniões, local e convidados.

Para disparar a discussão, houve a apresentação de dois casos⁽ⁱ⁾. A discussão contou com questões sobre a judicialização do uso de drogas, a lei de drogas, encarceramento da população pobre por conta do tráfico de drogas e adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa.

Foram apresentados ainda dados⁽ⁱⁱ⁾ fornecidos pela Secretaria Estadual de Saúde, que afirma que em 2011 foram gastos 1,6 milhão de reais em internações clínicas, internações de dependências químicas e de psiquiatria. Em 2015, o gasto saltou para 24,1 milhões, ou seja, em quatro anos o gasto público com internações aumentou 15 vezes.

As alternativas discutidas para sanar os problemas apontados envolvem o fortalecimento e ampliação dos serviços de SM e o trabalho direcionado para RD. Foram apresentados os serviços de SM inexistentes no município de Vila Velha, sendo eles Caps II, Caps Infantojuvenil, SRT, Unidade de Acolhimento (UA)^(k) e Centro de Convivência^(l).

Já a segunda roda contou com a presença 33 profissionais e da convidada professora do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal do Espírito Santo que apresentou sua pesquisa. De acordo com Leal et al⁹, o objetivo da pesquisa foi realizar diagnóstico das instituições públicas e privadas (com e sem fins lucrativos) atuantes nas políticas de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no ES.

Nesta pesquisa foi realizada visita técnica e entrevista em 268 instituições das 345 mapeadas em todo o ES, no período de 2012 a 2014, e verificou-se que 94% das instituições são não governamentais.

Dos 78 municípios, identificou-se a existência de algum tipo de serviço em 46 municípios. Portanto, 32 municípios não possuem acesso a nenhuma atenção específica na área de drogas. E ainda, 23 municípios possuem somente Grupos de Mútua Ajuda como opção para aqueles que procuram algum tipo de atenção na área.⁹ (p. 429)

Entre os objetivos de grande parte das instituições, notam-se valores religiosos e morais, como “Tratar a partir da base cristã e do caráter de Cristo”⁹ (p. 431). Em 51% das instituições, não há profissionais de nível superior.

O controle das internações voluntárias e involuntárias, previstas na Lei 10.216/2001, evidencia que não é possível aceitar a internação involuntária e/ou compulsória como a principal estratégia para o “tratamento” do consumo de drogas.

Há na saúde mental avanços e retrocessos, pois, embora a Política Nacional preconize a redução gradual dos leitos psiquiátricos, [...] o direcionamento no campo da Política de Álcool e outras Drogas está na contramão deste processo. Dentre os vários discursos que disputam espaço na arena pública,

⁽ⁱ⁾ Caso 1: João vive sozinho em um cômodo sem móveis, sem banheiro. Existe a suspeita de que João possua algum transtorno mental, pois os vizinhos dizem que ele fala sozinho. Alimenta-se com a ajuda de uma vizinha que tem problemas de saúde e possui conflitos com alguns dos vizinhos. No quintal de sua casa acumula muito lixo e tem suspeita de que haja focos de dengue. João não dispõe de nenhum recurso financeiro. Imagine que algum juiz solicite relatório sobre este caso para a US, Cras ou Creas. O juiz quer saber se João deve ser internado. O que pode ser feito? É função dos profissionais da Saúde e da assistência social fornecerem laudos, pareceres ou relatórios? Qual é a nossa função? Quais serviços existem disponíveis que podem ser acessados neste caso? Quais serviços ainda não existem para este caso? O que o relatório deve conter?

⁽ⁱⁱ⁾ Caso 2: Uma família pensa em ir à defensoria pública e solicitar internação para o filho adolescente que faz uso de drogas. Antes de ir à defensoria resolve pedir auxílio na US, Cras ou Conselho Tutelar do bairro. O que pode ser feito?

^(k) Dados apresentados pelo secretário estadual de saúde do Espírito Santo em apresentação no 3º Congresso Brasileiro Médico Jurídico em 2015 em Vitória (ES).

^(l) Unidade de Acolhimento é um serviço previsto para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas e fornece atenção residencial de caráter transitório. Funciona 24 horas⁹.

lamentavelmente, tem se destacado o discurso da internação compulsória, da internação involuntária e a compra de leitos com fundo público em CTRs e clínicas psiquiátricas.⁹ (p. 426)

Ressalta-se ainda que:

O tratamento em CTs basicamente se resume ao isolamento do indivíduo da sociedade, laborterapia e forte vinculação religiosa. Essa proposta de tratamento fere o que foi pactuado nas: IV Conferência Nacional de Saúde Mental-Inter-Setorial, VIII Conferência Nacional de Assistência Social e 14ª Conferência Nacional de Saúde, que recomenda o não repasse de recursos públicos para as CTs. Além disso, corroborando essa linha de debate sobre o que são essas instituições, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) divulgou em 2011 o “4º Relatório de Inspeção Nacional de Direitos Humanos: Locais de Internação para Usuário de Drogas”, no qual relata que nestes espaços ocorrem todo tipo de violação de direitos.⁹ (p. 427)

A ideia de compulsoriedade do tratamento surgiu em “[...] períodos marcados pelo autoritarismo estatal e restrição de direitos e liberdades adquiridos ignorando ou se opondo aos saberes científicos [...] e sem maiores debates ou diálogo com os setores interessados da sociedade civil”¹⁰ (p. 68).

De acordo com Vidal¹⁰:

Em 1921, as autoridades brasileiras que lidavam com as questões das drogas se alinharam às posições repressoras dos EUA, seu principal aliado comercial e político, aderindo aos acordos firmados na reunião da Liga das Nações Unidas através da aprovação da Lei Federal nº 4.292, de 6 de julho de 1921. [...] Essa norma previa encarceramento para os traficantes, mas interpretava os consumidores como doentes, vítimas das substâncias, prevendo para eles o tratamento compulsório. (p. 64)

Ainda de acordo com Vidal¹⁰, em 1932 foi implementado o Decreto nº 20.930, que descreve o uso da maconha como doença de notificação e internações compulsórias.

Observa-se, portanto, o caráter autoritário e truculento das medidas de internação compulsória como estratégia para lidar com pessoas que consomem drogas. Nesse encontro, portanto, os profissionais debateram com a pesquisadora os perigos e equívocos das medidas de internação compulsória como tem sido utilizadas.

Descriminalização das drogas e racismo

A terceira roda contou com a presença de dois militantes do movimento negro do estado e teve como tema a “Descriminalização das Drogas e Racismo”. Foi apresentado o documentário “Cortina de Fumaça”^(m), que discute a relação histórica da humanidade com as drogas, o uso industrial e medicinal da maconha e a política de guerra nas grandes cidades.

⁹ O Centro de Convivência oferece à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade. São estratégicos para a inclusão social das pessoas com transtornos mentais e pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas⁴.

^(m) Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=L44QDZjKNzY>.

Os convidados expressaram suas vivências nas periferias, onde é possível constatar intervenções policiais agressivas e prisões que só são possíveis pelo fato de o comércio das drogas ser crime. Foi discutido também sobre o racismo institucional da polícia e situações reais de desigualdade e desvantagem da população negra⁽ⁿ⁾.

Foram trazidos elementos históricos para embasar o debate, que foi acalorado e reverberou durante os meses seguintes nas discussões nos serviços, de acordo os participantes. A esse respeito cabe citar Domiciano Siqueira¹¹:

Os miseráveis, os pobres, os favelados, esse grupo de pessoas, que é enorme e que está na periferia das cidades [...] não têm o que vender e não têm como comprar nada, então a sociedade não é para eles, e por isso eles estão fora. [...] A única coisa que se pode dar a eles como uma possibilidade de ser igual aos outros é que, se eles tiverem alguma coisa para vender e, portanto, vendendo, têm como comprar outras coisas. Mas a única coisa que se coloca na mão dessa camada para vender é a droga; essas pessoas a vendem pra poder ter algo, comprar aquilo que as pessoas que não vendem droga também querem comprar. (p. 58)

Pode-se afirmar que criminalizar a venda de drogas, portanto, é criminalizar uma parcela da população que tem sido exposta às consequências da desigualdade social, como desemprego, falta de acesso a serviços públicos e ao consumo. Leal et al⁹ (p. 431) afirmam que esse discurso de “guerra às drogas” “[...] alinha-se uniformemente aos interesses do neoliberalismo, que demanda controle das classes populares insurgentes”.

A respeito da *Cannabis*, por exemplo, a proibição incita por meio do mercado ilícito a assunção de uma configuração violenta e vinculada a diversos crimes, causando mais prejuízos à vida das pessoas do que os que poderiam ser causados pelo consumo direto da substância¹⁰.

Observa-se, portanto, que a política de “guerra às drogas” importada dos Estados Unidos da América tem trazido prejuízos principalmente para a população negra, empobrecida e usuária de drogas no Brasil.

A seguir serão trazidos elementos da Roda de Julho, que trabalhou principalmente estratégias para lidar com pessoas em uso de drogas a partir da criação de uma nova perspectiva sobre o fenômeno.

Construindo ferramentas para atuação

A quarta roda contou como disparador para o debate o vídeo *Addiction*, que traz de forma didática experimentos científicos sobre dependência química. O grupo teve a oportunidade de discutir sobre a necessidade de o tratamento estar voltado para a integração entre as pessoas e não para seu isolamento social. O grupo acordou a partir dessa discussão que trocariam entre si informações sobre serviços e atividades de lazer, esporte, cultura e entretenimento como forma de potencializar o tratamento e promoção da qualidade de vida das pessoas atendidas.

Nesse encontro também foi entregue um questionário com o objetivo de avaliar as rodas e instigar os participantes a refletirem sobre seu cotidiano de trabalho. Os participantes foram divididos em grupos e orientados a responderem coletivamente ao questionário. O conteúdo da avaliação será apresentado no tópico “Avaliação das rodas pelos participantes”.

⁽ⁿ⁾ A esse respeito, assistir o documentário “13ª Emenda” Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=U-cjLV4PC5E&t=1s>.

Foram divulgadas as reuniões do grupo de estudos sobre a Estratégia Gestão Autônoma da Medicação (GAM); serviço do ES para atendimento de pessoas com complicações clínicas decorrentes do abuso de álcool; e data e horário da Reunião do Fórum de SM da Infância e Juventude de Vila Velha.

No fim, o grupo deliberou que no próximo encontro seria discutido o tema redução de danos (RD) a partir da apresentação de algum representante da Associação Capixaba de Redutores de Danos (Acard).

A redução de danos em cena

A quinta roda se iniciou com a fala de um redutor de danos, representante da Acard, que fez uma apresentação intitulada “Redução de danos: uma estratégia de saúde”. Para Petuco¹², a RD teve três nascimentos: na Inglaterra, na Holanda e no Brasil. Como nascimento inicial, reconhece a iniciativa da instituição de estabelecer diretrizes para o tratamento da dependência de opiáceos, decorrentes do contexto da Primeira Guerra Mundial. Tal iniciativa, conhecida como Relatório Rolleston, na década de 1920, recomendava a administração de drogas por profissionais médicos frente à ineficácia dos tratamentos vigentes de retirada abrupta das substâncias e ao sofrimento causado por essa estratégia.

O segundo nascimento teria sido na Holanda, na década de 1980. A partir do reclame organizado de usuários de drogas e frente ao risco de epidemia de hepatites, o primeiro programa de troca de seringas (PTS) foi iniciado, que promoveu um deslocamento da preocupação no uso das drogas, centrando esforços nas formas de uso e evitando os riscos a elas relacionados.

Ainda para o autor, a epidemia de AIDS no fim da década de 1980 impulsionou o terceiro nascimento da RD, no Brasil, em Santos, cidade que concentrava um quadro de gestores qualificado e arrojado, que implementou estratégias inovadoras no campo da saúde, seja no cuidado em liberdade às pessoas com transtornos mentais, seja na promoção de saúde e prevenção das infecções sexualmente transmissíveis.

Nosso redutor de danos convidado afirmou na roda de conversa que:

O programa de redução de danos no Brasil começou a ser implementado na metade dos anos 80. A primeira tentativa com a troca de seringas foi em Santos (SP), em 1989. Porém, somente seis anos depois, o Ministério da Saúde conseguiu a autorização do poder judiciário para implementar o programa. Na época, a polêmica se baseava na acusação de que a estratégia de redução de danos estimulava o uso de drogas^(o).

Sobre a história da Acard, salienta:

A Associação Capixaba de Redução de Danos foi fundada em 15 de outubro de 2001 por médicos, usuários de drogas, psicólogos, assistentes sociais e demais profissionais de saúde, preocupados com a incidência do HIV/AIDS entre usuários de drogas injetáveis. [...] A Associação [...] tem como missão desenvolver ações de RD para a realização de mudanças sociais, de saúde e de cidadania frente à ocorrência de substâncias psicoativas^(o).

^(o) Apresentação de slides de autoria da Acard, com o título: Redução de Danos: uma estratégia de saúde. 30 ago. 2016. 22 slides.

O convidado trouxe elementos do Manual de RD do Ministério da Saúde para conceituar a RD, que orienta a execução de ações para a prevenção das consequências danosas à saúde decorrente do uso de drogas sem necessariamente interferir na oferta ou no consumo. O princípio fundamental que as orienta é o respeito à liberdade de escolha, uma vez que muitos usuários não conseguem ou não querem deixar de usar drogas¹³. Apresenta também a lógica da política de RD, que entende que as drogas fazem parte do nosso cotidiano e busca, a partir disso, alternativas para lidar com os possíveis efeitos adversos à saúde. A RD surge como uma abordagem de saúde pública alternativa àquelas que direcionam suas ações baseadas em um modelo moral/criminal e de doença em relação ao uso e à dependência de drogas¹².

Foram apresentadas as ações desenvolvidas pela associação e os insumos usados nas abordagens a usuários de drogas injetáveis, drogas inaladas e insumos para o uso de *crack*. Mostra ainda alguns resultados positivos dos programas de RD, como a maior adesão dos usuários de drogas aos serviços do SUS. No fim da apresentação, foram fornecidos endereço e e-mail para contato da Associação.

É importante dar visibilidade a essas ações em um contexto de moralização do uso de drogas e legislações que ainda criminalizam a venda e em determinadas circunstâncias o uso de drogas. A esse respeito, Trad¹⁴ afirma que: "[...] o pânico moral instalado na sociedade brasileira (devido, principalmente, à violência do tráfico e ao sensacionalismo da mídia) dificulta a aceitação mais ampla de estratégias que valorizem os controles societários e os direitos dos usuários" (p. 109).

No fim do encontro, foram realizadas recomendações de leitura e locais de acesso a materiais de estudos.

Atenção à crise

A sexta e a sétima rodas contaram com a presença da gestora de um Caps-AD III de um município vizinho. O debate se inicia com questões relativas às condições concretas de trabalho dos servidores e se estende como uma conversa entre os participantes. No fim, foram trabalhadas estratégias de atenção a situações de crise no contexto do uso de drogas com objetivo de conceituar crise e construir ferramentas de intervenção contextualizadas com as necessidades dos usuários e com as situações que se apresentam.

Os trabalhadores dos serviços de AS pontuaram que atuam também, por exemplo, em casos de usuários que entram embriagados nos serviços. Apontam que, de acordo com o que aprenderam e a depender da situação, podem oferecer água e pedir para o usuário repousar em uma sala, como estratégia de RD e prevenção de acidentes, atuando em conjunto com o Caps-AD e US no acompanhamento dos casos.

Importante a fala da profissional da AS em um contexto de desnaturalização do cuidado da pessoa em abuso de drogas no campo dos serviços públicos de saúde mental. O grupo pode refletir sobre o papel dos serviços da AS no cuidado a esse público com suas particularidades. A inclusão dos profissionais da AS nas rodas foi de fundamental importância por possibilitar esse tipo de deslocamento, ou seja, a corresponsabilização e a intersectorialidade do cuidado. Acreditamos que a presença da profissional do Centro de Referência em IST/AIDS também promoveu esse mesmo efeito.

Gestão autônoma da medicação

A oitava Roda de Educação Permanente, por sua vez, contou com a presença do grupo de pesquisa sobre GAM e profissionais de um Caps II para adultos da região metropolitana que desenvolvem essa estratégia.

Os convidados apresentaram o guia GAM, que consiste em uma estratégia criada originalmente no Canadá para aumentar o grau de autonomia sobre seus tratamentos das pessoas que fazem uso de psicofármacos.

A GAM busca que as pessoas que usam psicofármacos sejam mais críticas com o uso que fazem deles, que conheçam melhor os medicamentos que usam cotidianamente e seus efeitos desejados e não desejados. Busca, ainda, que conheçam quais são seus direitos e que saibam que podem decidir se aceitam ou recusam as diferentes propostas de tratamento. Assim, dois princípios importantes da GAM são: o direito à informação e o direito a aceitar ou recusar os tratamentos. Para a GAM, a participação das pessoas nas decisões sobre os seus tratamentos é algo central.¹⁵ (p. 5)

Os convidados apresentaram suas experiências com a condução de um grupo GAM com usuários com transtornos mentais graves de um Caps II e pontuaram que houve uma significativa mudança na lógica do serviço a partir do momento em que começam a debater abertamente sobre o uso da medicação e estratégias de tratamento.

Foram trabalhadas questões que aproximaram a estratégia GAM da política de RD, considerando uma aproximação entre o uso de drogas prescritas e proscritas; e o eixo comum que trata do protagonismo e dos direitos dos usuários na definição do percurso de seu cuidado, refletindo também como estratégia possível para intervenção com pacientes que fazem tratamento medicamentoso para DST/AIDS, podendo potencializar uma articulação entre os serviços de referência para IST e os serviços de saúde mental voltados para as pessoas que usam drogas.

Avaliando um percurso de formação

No decorrer das rodas foi possível delimitar dois momentos de avaliação. Uma parcial se deu nos meses de julho e agosto por meio de um questionário com posterior discussão dos resultados em grupo, e uma avaliação final no mês de novembro foi realizada oralmente em grupo.

Na avaliação parcial, os participantes foram divididos em grupos e responderam por escrito a um questionário com as seguintes perguntas: 1) Qual o tema trabalhado chamou mais a sua atenção até o momento? Por quê? 2) O que mudou no trabalho que você desenvolve depois de ter participado das discussões? 3) Quais outros temas você avalia que necessitam ser trabalhados? 4) Quais as dificuldades que o seu serviço encontra para trabalhar com atendimento a pessoas que fazem abuso de substância psicoativa ou que passam pela experiência da loucura? 5) O que pode ser feito para sanar tais dificuldades? Cada grupo anotou suas impressões em uma folha de papel. As respostas serão identificadas aqui como “Grupo 1”, “Grupo 2”, Grupo 3” e “Grupo 4”. Um dos participantes realizou a avaliação individualmente e será identificado como “Participante 1”.

Quando questionados sobre o tema que chamou mais atenção, todos os participantes apontaram para a terceira roda: “Todos os temas foram de grande importância, porém, o tema relacionado a Comunidades Terapêuticas teve maior impacto por retratar o ‘pano de fundo’ nunca citado em abordagens anteriores” (Grupo 2).

Outro tema citado por dois grupos foi a “Descriminalização das drogas e racismo”. Um dos grupos aponta que identifica “[...] por exemplo, dificuldades e resistências em relação ao atendimento de usuários em situação de rua” (Grupo 3). Ainda foi citada por dois grupos a política de RD.

Sobre a segunda pergunta do questionário, os Grupos 2 e 4 citam a criação de reflexões críticas sobre o cotidiano e o rompimento de paradigmas.

O Participante 1 e o Grupo 3 citam questões referentes à melhoria da articulação em rede e criação de fluxos entre os serviços: “Observamos que os temas têm influenciado os posicionamentos referentes a procedimentos de rotina. Oportuno para discussão de fluxos e proposições de (troca de) experiências” (Grupo 3).

A respeito da pergunta de número 3, foram citados os seguintes temas: 1) internação compulsória; 2) instituições que fazem atendimento (internação) de adolescentes que fazem uso abusivo de drogas; 3) prevenção, RD e internação direcionada para adolescentes; 4) questões relacionadas ao direito da criança e do adolescente; 5) instrumentalização/ferramentas estratégicas para rodas de conversa com usuários e trabalhadores sobre os mitos das drogas e temas relacionados à humanização e RD; 6) manejo de crise; 7) mediação de conflitos; 8) trabalho com famílias; 9) intervenção por meio de grupos; e 10) instrumental para RD (como fazer).

Vale ressaltar que em uma das rodas essa questão foi debatida em grupo, foram levantados os temas prioritários e novos temas foram incluídos. Foram discutidos nomes de convidados que poderiam contribuir nas discussões. Os temas manejo de crise, instrumentalização para RD e GAM foram tidos como prioritários pelos participantes. Como visto, nem todos os temas sugeridos foram trabalhados por não ter havido tempo suficiente.

A quarta questão visou levantar as principais dificuldades dos serviços para atendimento ao público de SM. O participante 1 e o Grupo 2 citam a falta de conhecimento e capacitação, como é possível notar nos seguintes trechos: “Já aconteceram algumas situações no Cras que a equipe ficou sem saber como proceder (usuários com comportamento agressivo devido ao uso de álcool e outras drogas). Outra participante salienta que: “Apesar de não atuar diretamente nesta área, atendemos famílias que apresentam tal demanda e que, por diversas vezes, não sabemos para onde encaminhar” (Grupo 2).

Os Grupos 3 e 4 citam a precariedade no atendimento à população em situação de rua, bem como a ausência de serviços substitutivos e rede de apoio no município, como Caps 24 horas, leitos e UA.

O Grupo 4 sinaliza ainda como empecilhos a desarticulação intersetorial, a concepção dos profissionais sobre essas questões, a ausência de uma política de saúde do trabalhador e condições de trabalho.

Sobre estratégias e alternativas para sanar as dificuldades listadas, citam-se: 1) investimento em educação permanente com ampliação de vagas e horários protegidos para participação profissional (rodas, fóruns, cursos, palestras, entre outros); 2) Melhor

articulação da rede socioassistencial; 3) compromisso dos gestores com a ampliação das equipes e dos serviços; e 4) empoderamento dos usuários e fortalecimento da participação popular.

Na última roda do ciclo, foi realizada uma avaliação final dos encontros pelos participantes que foram estimulados a refletirem sobre a contribuição das rodas para o seu trabalho. Os servidores da AS relatam que foi muito positiva sua participação e que têm conseguido multiplicar o conhecimento e debates das rodas na equipe por meio da reunião de equipe de seus respectivos equipamentos.

Relatam que entraram em contato com temas que antes não tinham acesso e que já iniciaram a produção de estratégias de RD nos serviços. Os profissionais da Saúde sinalizaram a importância das reuniões de equipe. Citam ainda a ampliação do debate para além das equipes de SM; e relatam a importância da participação dos enfermeiros nas rodas e como isso reverbera positivamente no cotidiano do serviço.

Os participantes acreditam que as rodas devem continuar acontecendo por terem reconhecido a importância de ações de educação permanente e se comprometem a dar sustentabilidade para essa ação mesmo após o fim do PEEP.

O grupo também avaliou como desafio a articulação para inclusão de usuários e moradores nas ações. Por mais que a importância da participação dos usuários tenha sido trabalhada durante todo o ano, o grupo não conseguiu se organizar para a mobilização dos usuários, sendo que sua ausência foi avaliada pelo grupo como um indicativo de falta de ações mobilizadoras e articuladoras nos serviços. Foi pontuado também que as rodas ocorriam durante o dia, período em que muitos usuários estavam trabalhando, ou seja, desde o início foi pensada para atender aos interesses dos profissionais, não dos usuários.

Os profissionais também salientaram a importância de as rodas terem sido direcionadas pelas diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira e pela política de RD.

Considerações finais

Por todo exposto, nota-se que o projeto teve um saldo positivo para o município. Várias discussões foram pautadas e as equipes de SM e AS foram fortalecidas. Porém, vários desafios precisam ser superados para a efetiva garantia de dignidade para as pessoas que necessitam dos serviços de saúde mental no município e para seus trabalhadores. Podemos citar alguns dos desafios apresentados pelos participantes ou que se fizeram presentes no processo: 1) ausência de reuniões de equipe nas Unidades Básicas; 2) ausência de serviços da Raps, o que resulta na sobrecarga dos serviços já existentes, bem como em prejuízos na condução dos casos; 3) desvalorização do servidor público; 4) alta rotatividade dos profissionais nos serviços, devido à desvalorização, prejudicando a formação do vínculo com a comunidade e a continuidade do trabalho; e 5) ausência de implementação de política consistente de educação permanente.

Apesar dos desafios, o projeto seguiu contra a maré. Esse percurso de educação permanente mostra que é possível construir cuidado em liberdade e cuidado com a formação dos trabalhadores. As rodas foram construídas pelos servidores e constituíram-se em um espaço de autonomia e liberdade, capaz de ampliar a capacidade

de ação dos servidores. Além disso, não tiveram a intenção de fornecer modelos de atuação, mas sim de focar a direção ético-política de produção de humanização, quebrando moralismos ou regras gerais de se viver e colocando em questão a própria sociedade em que se vive, bem como suas relações. Essa perspectiva abre caminhos para a construção de práticas inventivas comprometidas com o cuidado em liberdade. Nesse ensejo, cabe lembrar que a luta pela sociedade que desejamos, por uma sociedade sem manicômios, é feita todo dia.

Contribuições dos autores

Todas as autoras participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Agradecimentos

As ações do projeto descrito neste artigo foram financiadas pelo Ministério da Saúde em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Referências

1. Vasconcelos EM. Crise Mundial, conjuntura política e social no Brasil, e os novos impasses teóricos na análise da reforma psiquiátrica no país. *Cad Bras Saude Ment.* 2012; 4(8):8-21.
2. Amarante P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate sobre a reforma psiquiátrica no Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 1995 [citado 23 Abr 2018]; 11(3):491-4. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/1995.v11n3/491-494/pt/>
3. Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de Abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e direitos das pessoas portadoras de transtorno mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União* [Internet]. 9 Abr 2001 [citado 19 jan 2017]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* [Internet]. 2011 [citado 20 jan 2017]; Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.
5. Machado AR, Miranda PSC. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. *Hist Cienc Saude - Manguinhos.* 2007; 14(3):801-21.



6. Wodak A. Redução de danos e troca de seringas. In: Bastos FI, Mesquita F. Troca de seringas, drogas e aids: ciência, debate e saúde pública. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.
7. Santos KL, Heckert ALC, Carvalho SV. Família e mulher como instrumentos de governo na Assistência Social. *Psicol Soc.* 2017; 29:1-10.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 121, de 25 de Janeiro de 2012. 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 [Internet]. Diário Oficial da União. 2012 [citado 29 Jan 2017]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html
9. Leal FX, Santos CCM, Jesus RS. Política sobre drogas no ES: consolidando retrocessos. *Textos Contextos (Porto Alegre)*. 2016; 15(2):423-36.
10. Vidal S. A regulamentação do cultivo de maconha para consumo próprio: uma proposta de Redução de Danos. In: Nery Filho A, Macrae E, Tavares LA, Rêgo M, organizadores. *Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas*. Salvador: EDUFBA, CETAD; 2009. p. 61-96.
11. Siqueira D, Lancetti A. Conversa com Domiciano Siqueira sobre redução de danos. In: Lancetti A. *Clínica peripatética*. São Paulo: Hucitec; 2014.
12. Petuco DRS. O pomo da discórdia? A constituição de um campo de lutas em torno das políticas públicas e das técnicas de cuidado em saúde dirigidas a pessoas que usam álcool e outras drogas no Brasil [tese]. Juíz de Fora: Universidade Federal de Juíz de Fora; 2016.
13. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/Aids. Manual de redução de danos. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
14. Trad S. Controle do uso de drogas e prevenção no Brasil: revisando sua trajetória para entender os desafios atuais. In: Nery-Filho A, Macrae E, Tavares LA, Rêgo M, organizadores. *Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas*. Salvador: EDUFBA, CETAD; 2009. p. 97-112.
15. Onocko-Campos R, Palombini AL, Passos E, Leal EM, Serpa OD, Emerich BF, et al. Gestão autônoma da medicação: guia de apoio a moderadores. Campinas: DSC/FCM/UNICAMP, AFLORE, DP/UFF, DPP/UFRGS; 2014 [citado 29 Jan 2017]. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saude-mental-interfaces>.

This article describes the experience of the project The Wheels of Continuing Education implemented by the Ministry of Health in Vila Velha, Espírito Santo State, Brazil. It focuses on the experiences of the Continuing Education Discussion Circles held between March and December 2016 with health and social service staff. The Discussion Circles discussed topics such as damage reduction, the judicialization of life, drug decriminalization and racism, and tackling the mental health crisis. The process shows that it is possible to construct care in the community with adequate staff training. The discussion circles showed themselves to be spaces that promote autonomy and freedom capable of strengthening and transforming staff practices.

Keywords: Continuing education. Alcohol and other drugs. Care network.



Este artículo presenta la experiencia del Proyecto Engranajes de la Educación Permanente promovido por el Ministerio de la Salud en el municipio de Vila Velha, estado de Espírito Santo, Brasil. Específicamente, se trabajarán las experiencias de las Ruedas de Educación Permanente que tuvieron lugar entre marzo y diciembre de 2016 en las que participaron funcionarios públicos de los equipos de la Salud y de la Asistencia Social principalmente. Las Ruedas discutieron temas tales como Reducción de daños, Judicialización de la vida, Descriminalización de las drogas y racismo y Atención a la crisis en salud mental. Esta trayectoria muestra que es posible construir cuidado en libertad y cuidado con la formación de los funcionarios públicos. Podemos observar que las Ruedas se constituyeron como un espacio de autonomía y libertad, capaz de fortalecer y transformar las prácticas de esos funcionarios.

Palabras clave: Educación permanente. Alcohol y otras drogas. Red de cuidado.

Submetido em 07/08/18.

Aprovado em 13/02/19.