

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA

MORONI CORREA DE OLIVEIRA

**IMPLANTAÇÃO DA ESCOLA DE REDUÇÃO DE DANOS: UMA
ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NO MUNICÍPIO DE
URUGUAIANA, RS**

Uruguaiiana

2015

MORONI CORREA DE OLIVEIRA

**IMPLANTAÇÃO DA ESCOLA DE REDUÇÃO DE DANOS: UMA
ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NO MUNICÍPIO DE
URUGUAIANA, RS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado a Graduação de
Enfermagem da Universidade Federal do
Pampa, como requisito parcial para
obtenção do grau de bacharelado em
Enfermagem.

Orientador: Michele Bulhosa de Souza

Co-orientador: Odete Messa Torres

Uruguaiana

2015

Ficha catalográfica elaborada automaticamente com os dados fornecidos
pelo(a) autor(a) através do Módulo de Biblioteca do
Sistema GURI (Gestão Unificada de Recursos Institucionais)

d867577i de Oliveira, Moroni Correa

IMPLANTAÇÃO DA ESCOLA DE REDUÇÃO DE DANOS: UMA
ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NO MUNICÍPIO DE
URUGUAIANA, RS / Moroni Correa de Oliveira.

56 p.

Trabalho de Conclusão de Curso(Graduação)-- Universidade Federal do Pampa,
BACHARELADO EM ENFERMAGEM, 2015.

"Orientação: Michele Bulhosa de Souza".

1. Saúde Mental. 2. Redução de Danos. 3. Educação Permanente. I. Título.


MORONI CORREA DE OLIVEIRA

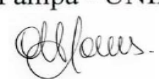
**IMPLANTAÇÃO DA ESCOLA DE REDUÇÃO DE DANOS: UMA
ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NO MUNICÍPIO DE
URUGUAIANA, RS**


Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a
Graduação de Enfermagem da Universidade Federal
do Pampa, como requisito parcial para obtenção do
grau de bacharelado em Enfermagem.

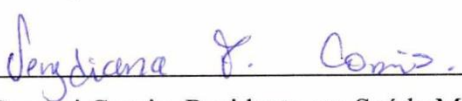
Trabalho defendido e aprovado em: 2/07/2015

Banca examinadora


Orientadora: Prof^a. Me. Michele Bulhosa de Souza - Enfermagem, Universidade
Federal Pampa - UNIPAMPA


Co- Orientadora: Prof^a. Me. Odete Messa Torres - Enfermagem, Universidade
Federal Pampa - UNIPAMPA


Prof^a. Me. Débora Schlotefeldt Siniak- Enfermagem, Universidade Federal do
Pampa- UNIPAMPA


Enfermeira Verydiana Peruzzi Comis- Residente em Saúde Mental Coletiva da
Universidade Federal do Pampa- UNIPAMPA

RESUMO

A Redução de Danos (RD) teve início no ano de 1926 na Inglaterra. Surge como proposta, para reduzir os danos ou prevenir a transmissão de doenças sanguíneas entre usuários de drogas injetáveis (UDIs). Quando incorporada a Política Nacional de Atenção Integral ao Usuário de Alcool e outras Drogas no Brasil em 2003, passa a ser direcionada principalmente as drogas. Trabalha com tecnologias leves, abordando o usuário em seu local de uso, e identificando com este estratégias de enfrentamento à sua dependência. O município de Uruguaiana, situado na Fronteira oeste do Rio Grande do Sul torna-se pioneiro na região através da implantação da escola de formação de redutores de danos. As atividades ocorrem no espaço destinado ao desenvolvimento de ações de saúde, para formação profissional e eventos relacionados à área, O Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC). Com isto, buscou-se fazer uma análise de como ocorreu a implantação do curso de formação em redutores de danos e a sua importância como ferramenta na ampliação das ações na Rede de Atenção em saúde Mental. Para tal finalidade, utilizou-se da metodologia de Grupo Focal, técnica que propicia além de uma aproximação entre os integrantes, favorecendo descobertas ou troca de saberes, gerar possibilidades de contextualização, para que se possam realizar descobertas a cerca do assunto. Foi possível identificar com os profissionais as dificuldades encontradas ao longo do processo de implantação, desde a contemplação do projeto pelo Ministério da Saúde, e devido a gestão da época, não houve prosseguimento e oferta de condições para a implantação da Escola de Redução de Danos, bem como identificou-se as potencialidades da proposta para formação e qualificação de trabalhadores da saúde, caracterizando-se uma estratégia de Educação Permanente, além de ampliar a atenção em saúde mental no município. Contudo, é possível constatar-se que existe um desafio a ser superado para a manutenção da escola, estando relacionado à composição da equipe condutora das atividades.

Palavras-Chave: Saúde Mental, Redução de Danos, Educação Permanente

ABSTRACT

The Harm Reduction (DR) began in 1926 in England. Emerges as a proposal to reduce the damage or prevent the transmission of blood-borne diseases among injection drug users (IDUs). When incorporated into the National Comprehensive Care Politics on Alcohol and Other Drugs User in Brazil in 2003, is now targeted drugs mostly. Works with lightweight technologies, addressing the user in their place of use, and identifying with this coping strategies of their dependence. The municipality of Uruguaiana, located on the western border of Rio Grande do Sul becomes a pioneer in the region through the implementation of the training school of reducing damage. Activities take place in the space for the development of health actions for training and events related to the area, the Municipal Center for Community Health Education (NUMESC). With this, we sought to analyze how was the implementation of the training course on reducing damage and its importance as a tool for further actions in Care Network on Mental Health. For this purpose, we used the methodology of focus groups, a technique that provides in addition to a rapprochement between the members, encouraging discoveries or exchange of knowledge, generate context of possibilities, so that they can perform discoveries about the subject. Was identified with the professional difficulties encountered throughout the implementation process, from the contemplation of the project by the Ministry of Health, and due to management at the time, there was no continuation and supply conditions for the implementation of harm reduction School, and identified that the proposal's potential for training and qualification of health workers, characterizing a strategy of continuing education, in addition to expanding the mental health care in the county. However, it is possible to verify that there is a challenge to be overcome for school maintenance and are related to the composition of the team conducting the activities.

Keywords: Mental Health, Damage Reduction, Continuing Education

LISTA DE ABREVIATURAS

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD- Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas

ERD- Escola de Redução de Danos

ESF- Estratégia Saúde da Família

IPEA- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

MS- Ministério da Saúde

PET- Programa de Educação pelo Trabalho

PNAD- Política Nacional Antidrogas

RD- Redução de Danos

SUS- Sistema Único de Saúde

UDIs- Usuários de drogas injetáveis

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 JUSTIFICATIVA	12
3 OBJETIVOS.....	13
3.1 Objetivo geral	13
3.2 Objetivos específicos.....	13
4 REVISÃO DE LITERATURA	14
4.1 Histórico sobre a redução de danos	14
4.2 A Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica	15
4.3 Política Nacional de Atenção ao Usuário de Álcool e outras drogas	17
4.4 A Redução de Danos e a realidade no Estado do Rio Grande do Sul	19
4.5 Educação Permanente.....	21
5 METODOLOGIA.....	23
5.1 Tipo de estudo	23
5.2 Cenário do estudo	23
5.3 Sujeitos do estudo.....	23
5.4 Trabalho de campo	23
5.5 Critérios de inclusão no estudo.....	25
5.6 Critérios de exclusão no estudo	25
5.7 Análise de dados.....	25
5.8 Instrumento de pesquisa	26
5.9 Preceitos Éticos	26
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	27
6.1 O processo de implantação da ERD: Da estruturação e aprovação do projeto ao início das atividades.....	27
6.2 A Escola de Redução de Danos e o atual cenário da Rede de Atenção em Saúde Mental do Município: Uma proposta de qualificação e formação de multiplicadores.....	34
6.3 Desafios para manutenção da ERD no município de Uruguaiana	41
6.4 A ERD como estratégia de Educação Permanente em Saúde	42
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
REFERÊNCIAS	48

APÊNDICES	54
-----------------	----

1 INTRODUÇÃO

A Redução de Danos (RD) teve início no ano de 1926 na Inglaterra. Surge como proposta, conforme própria nomenclatura, para reduzir os danos ou prevenir a transmissão de doenças sanguíneas entre usuários de drogas injetáveis (UDIs). Inicialmente passa a ser reconhecida apenas como prática de troca de seringas, e progressivamente demonstra e afirma-se como uma abordagem ou estratégia, passando a essência como respeito aos usuários de drogas (FONSECA, 2012).

Através da elaboração nesta época do Relatório de Rolleston por médicos, fica estabelecido que a melhor maneira de tratar o assunto, seria iniciar a prescrição de opiáceos (heroína e morfina), de forma a ser monitorado o uso dessas drogas, claro que mediante alguns critérios definidos, com finalidade terapêutica, como no manejo de crises de abstinência ou para que fosse possível a estes dependentes levar uma vida mais produtiva, entendendo este uso como sendo algo intrínseco ao estilo de vida destes indivíduos, sendo necessária uma dose diária mínima para levar uma vida socialmente aceita (FONSECA, 2012; PASSOS; SOUZA, 2009). Na época, como ainda hoje, houve crítica e oposição à nova forma de pensar e tratar o assunto, onde pressupõe-se que a melhor maneira seria interromper completamente o uso destas substâncias (opiáceos).

Em 1980 na Holanda ressurgiu a perspectiva de trabalhar com a RD, devido a uma epidemia de HIV/AIDS e Hepatite B entre UDIs. Cria-se o primeiro programa de troca de seringas, com a finalidade de evitar o contágio destas doenças (SODELLI, 2010).

Nesta linha de pensamento, nosso país buscou realizar ações de enfrentamento ao aumento da transmissão do vírus de HIV entre usuários de drogas injetáveis durante uma epidemia que surge nos anos 80/90, mas acabou fracassando em sua primeira tentativa. Em 1989 o município de Santos anuncia um serviço de trocas de seringas aos UDIs para conter a disseminação da doença. Como na trajetória da redução de danos, já havia encontrado oposição ao seu modo diferenciado em tratar uma questão de saúde, o projeto foi embargado por autoridades do Ministério Público por terem a concepção de que seria uma prática que estimulava o uso de drogas ilícitas. Todo material foi recolhido, embora técnicos que atuam nessa proposta implementaram uma alternativa para dar continuidade, sendo a orientação de utilizar hipoclorito de sódio para desinfetar agulhas e seringas já utilizadas (FONSECA, 2012).

Foram necessários alguns anos para que novamente, e desta vez, fosse possível firmar a Redução de Danos como estratégia em saúde. Em 1994 que o conselho Federal de

Entorpecentes deu parecer favorável a atividades de RD. O primeiro programa de troca de seringas estabeleceu-se oficialmente no ano de 1995, em Salvador-BA, momento em que a estratégia firma-se e desenvolve-se gradativamente.

Para o Ministério da Saúde, através da Política Nacional de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas, entende que por tratar-se de redução de danos,

A abstinência não pode ser, então, o único objetivo a ser alcançado. Aliás, quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos que, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta esta diversidade. Devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento (BRASIL, 2003, p. 10)

Segundo Andrade et al (2001, p.53) define RD como “ [...] uma política de saúde que se propõe a reduzir os prejuízos de natureza biológica social e econômica do uso de drogas, pautada no respeito ao indivíduo e no seu direito de consumir drogas. ”

Ao contrário da concepção estabelecida por aqueles que não pactuam com a proposta, a RD não tem como objetivo principal a abstinência. Quem trabalha como redutor de danos busca inicialmente conhecer o usuário para identificar suas demandas de saúde. Trabalha com tecnologias leves, abordando o usuário em seu local de uso e identificando, com este, estratégias de enfrentamento à sua dependência.

Quando incorporada e compreendida como uma estratégia na Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas de 2003, deixa de ser direcionada apenas ao HIV/AIDS, tornando-se o Crack como foco principal da estratégia (FONSECA, 2012). Muitos estudos no campo de uso de álcool e outras drogas, afirmam que o uso de substâncias psicoativas é um problema mundial. Levantamentos no Brasil sobre drogas, realizados entre 2001 e 2005 apresentaram o resultado do aumento de 19,4 para 22,8% o consumo de qualquer droga ilícita (VARGENS; CRUZ; SANTOS, 2011).

O uso do Crack ganhou uma proporção muito elevada no fator de uso/dependência nos Estados Unidos na década de 1980 e na Europa passa a ser introduzido no início dos anos 90, sendo um problema ainda de preocupação crescente. No Brasil, foi introduzida a droga no final dos anos 80, e seu consumo aumentou muito rapidamente, isto em consequência do preço baixo e aos efeitos intensos que a droga propicia (alta capacidade de dependência) (VARGENS; CRUZ; SANTOS, 2011).

O debate sobre políticas que envolvem o tema Álcool e outras Drogas passa a partir do ano de 2011 a ganhar força. Neste ano é apresentado o Plano de Enfrentamento ao Crack, o que gerou uma grande discussão de especialistas do assunto. Para estes, os quais estão incluídos movimentos e entidades que trabalham na perspectiva de Redução de Danos, direitos humanos, luta antimanicomial, essa estratégia de enfrentamento ao Crack representa uma ameaça aos direitos humanos, trazendo em sua proposta elementos que desrespeitam os avanços já conquistados nas políticas públicas, quando por exemplo, propõe que o tratamento a dependentes químicos pode ser realizado através da internação de forma involuntária e compulsória, ou o tratamento em comunidades terapêuticas, instituições que trabalham com a lógica da moralidade e segregação (Conselho Regional de Psicologia- SP, 2011).

O município de Uruguaiana, localizado na Fronteira Oeste do Rio Grande do Sul, através da Secretaria Municipal de Saúde, Implantou a Escola de Redução de Danos no ano de 2014, com o objetivo de qualificar profissionais da área da saúde para estarem atuando como redutores de danos. O local destinado para as atividades é o Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC), criado no ano de 2010. Segundo Duarte et al (2013, p.11)

O Numesc é um espaço coletivo, organizado, participativo, democrático e humanizado, que se destina a planejar e executar ações de formação e capacitação destinada aos trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS) do município de Uruguaiana, à luz da Educação Permanente em Saúde e Humanização (DUARTE et al, 2013 p.11)

Com base neste conhecimento, questiona-se como ocorreu a implantação do curso de formação em redutores de danos como estratégia de Educação Permanente em Saúde, e sua importância como ferramenta na ampliação das ações na Rede de Atenção em saúde Mental?

2 JUSTIFICATIVA

O município de Uruguaiana, situado na região oeste do Rio Grande do Sul, faz fronteira com a Argentina e está próximo ao Uruguai. Possui o maior porto seco rodoviário da América Latina, e desta forma um tráfego intenso de pessoas e mercadorias. Relacionado à problemática droga, temos um cenário onde é possível constatar altos índices no uso e tráfico de entorpecentes. Tais fatores resultam na busca de uma nova estratégia para ampliar a Rede de Atenção em Saúde Mental, sendo implantada no início do ano de 2014 a Escola de Redução de Danos, visando a qualificação dos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde

para estar atuando junto aos usuários/dependentes químicos, buscando promover uma melhor qualidade vida aos mesmos.

O Ministério da Saúde, buscando reformular a formação profissional, criou no ano de 2007 programas que estimulam essa mudança. Através do Pró-Saúde e PET-Saúde, a Universidade Federal do Pampa, insere-se neste contexto. O PET-Saúde/ Redes de Atenção da universidade tem como pressuposto a educação pelo trabalho e é destinado a fomentar um grupo de aprendizagem tutorial no âmbito da Atenção em Saúde – Redes de Saúde. Desta forma, justifica-se a importância deste trabalho para análise deste processo de implantação da estratégia. A participação no grupo PET e a vivência na Escola de Redução de Danos motivaram a pesquisar o tema, ampliando sua compreensão e disseminando suas práticas.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar o processo de implantação da Escola de Redução de Danos enquanto estratégia de Educação Permanente em Saúde no município de Uruguaiana.

3.2 Objetivos específicos

Descrever a proposta de implantação da Escola de Redução de Danos.

Identificar a perspectiva dos profissionais educadores quanto à ampliação e importância da atuação de novos agentes redutores de danos junto a comunidade.

Analisar a importância da Escola de Redução de Danos enquanto estratégia de Educação Permanente em Saúde.

Conhecer os desafios para manutenção da Escola de Redução de Danos no município.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Histórico sobre a redução de danos

O uso e/ou abuso de drogas lícitas e ilícitas não é um algo novo na sociedade. Há milhares de anos, por diversas razões estas substâncias psicoativas são utilizadas pelo homem, algumas por motivos religiosos ou culturais, para facilitar a socialização ou até mesmo para se isolar (MACHADO; BOARINI, 2013).

Sempre fizeram parte da história da humanidade, e segundo alguns estudos arqueológicos do OBID- Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas, 2011 acredita-se que por diversas razões existentes continuarão a fazer parte da realidade, como por exemplo, podemos citar o álcool, utilizando em rituais sagrados desde 6.000 a.C, uma substância que causa alterações no sistema nervoso central, e em nossa sociedade é reconhecido como uma droga lícita, assim como o tabaco (MACHADO; BOARINI, 2013).

De acordo com Fonseca (2012) a Redução de Danos tem sua origem em 1926 na Inglaterra, com o objetivo controlar as consequências negativas onde usuários de drogas injetáveis realizavam o compartilhamento de seringas, assim havendo a transmissão de doenças, como HIV. Através do relatório de Rollestorn, chegou-se a conclusão de que a maneira mais adequada de tratar os dependentes químicos seria realizar uma administração monitorada dessas drogas. O relatório dispunha que os médicos poderiam: prescreverem suprimentos regulares de opiáceos a dependentes dessas drogas, nas seguintes condições:

[...] como manejo da síndrome de abstinência, em tratamentos com o objetivo de cura; quando ficasse demonstrado que, depois de prolongadas tentativas de cura, o uso da droga não poderia ser seguramente descontinuado; e quando ficasse provado que o paciente apenas seria capaz de levar uma vida normal e produtiva se uma dose mínima de droga fosse administrada regularmente, mas que ficasse incapaz disso, quando a droga fosse inteiramente descontinuada (FONSECA, 2012, p.12)

Na época, como existem diferentes pontos de vista/opiniões a respeito do assunto, pressupunha-se que o correto deveria ser a interrupção total do uso. A partir desse momento há um declínio nas ações. Inicialmente a proposta da RD ficou reconhecida como a prática de troca de seringas, e posteriormente, adquiriu o valor de uma estratégia que respeita os usuários de drogas. Contudo, enfrentou a crítica e oposição ao novo modelo proposto para buscar resolver as questões de saúde envolvidas. Militantes continuam a planejar o avanço da

nova estratégia, onde mais tarde em 1989, na Holanda devido aos elevados números de casos de transmissão de HIV e Hepatite B direciona-se à proposta (FONSECA, 2012).

Em 1989 surge então a primeira tentativa de inserir a prática de RD no Brasil na cidade de Santos, São Paulo. Um dos primeiros estudos epidemiológicos sobre a transmissão do HIV entre pessoas que utilizam drogas injetáveis na América Latina foi realizado em 1991, nesta cidade. À ocasião, era a que apresentava a maior taxa de incidência de infecção por HIV do país, com uma proporção em que 52% dos casos, os portadores do vírus eram usuários de drogas injetáveis. Ou seja, correspondiam a mais da metade dos casos de AIDS registrados (ELIAS; BASTOS, 2011). Implantou-se o primeiro programa de troca de seringas, intitulado Programa Municipal de AIDS, tendo como foco os usuários de drogas injetáveis. Contudo, a iniciativa teve um período curto de ações desenvolvidas e através de uma intervenção judicial, determinou-se a interrupção das mesmas, por serem interpretadas como incentivo ao uso de drogas. Os coordenadores do serviço foram enquadrados com traficantes pelo poder judiciário, definindo-os como autores de crime de facilitação ao uso de drogas (PACHECO, 2013).

A RD passa a ser reconhecida e incorporada em 1994, no âmbito do SUS, como política estratégica em Saúde Pública, tendo como foco inicial um conjunto de práticas voltadas para a prevenção do HIV/Aids e Hepatite à grupos estigmatizados, em situação de vulnerabilidade a transmissão do vírus através o compartilhamento de seringas, determinado pela sua prática do uso de drogas injetáveis na grande maioria dos casos (NIEL; SILVEIRA, 2008). No Brasil, a redução de danos vem a ser efetivada somente em 1995, na cidade de Salvador, Bahia, com o primeiro programa de troca de seringas.

4.2 A Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica

O movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira ocorre a partir de um momento onde inicia-se a luta mais ampla pela redemocratização do país, na segunda metade da década de 1970. Neste período emergem as críticas ao Estado autoritário referente à ineficiência da assistência pública em saúde e ao caráter privatista da política de saúde do governo. Surgem as denúncias de fraudes no sistema de financiamento dos serviços, além das denúncias de abandono, violência e maus-tratos, a real situação que eram submetidos os pacientes internados nos muitos e grandes hospícios do país. Até então, não havia uma crítica ao pressuposto do asilo e da psiquiatria, mas sim os excessos e desvios no tratamento. Com a

criação em 1978 do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), o que trouxe uma repercussão muito grande, aliando reivindicações trabalhistas e discurso humanitário, culminou e fortaleceu na forma de liderança um novo idealismo, a luta antimanicomial (TENÓRIO, 2002).

Tal crítica ao Estado, junto à elaboração de novas propostas, veio a constituir o movimento da reforma sanitária, um apelo para a reformulação do Sistema Nacional de Saúde. Em um primeiro momento, as ações adotadas pelo novo governo em 1982 não tiveram impacto significativo sobre a qualidade dos serviços prestados. Buscou-se essa transformação através de duas maneiras, sendo uma delas a criação de ambulatórios como alternativa para a não hospitalização, e relacionado às instituições hospitalares existentes, apostava-se na em medidas de racionalização, humanização e moralização do asilo. Contudo, o que se notou foi a falta de impacto, sem melhorias significativas ao modelo, e êxito muito irrelevante em relação à hegemonia asilar (TENÓRIO, 2002).

A Reforma Psiquiátrica brasileira teve como marco no ano de 1987 a I Conferência Nacional de Saúde Mental. Esta representou o início de uma nova caracterização, deixando apenas de ser considerada um encontro de caráter comunitário ou participação social, mas sim um evento congressual ou científico. A conferência representa segundo Tenório (2002, p.35):

o fim da trajetória sanitarista, de transformar apenas o sistema de saúde, e o início da trajetória de desconstruir no cotidiano das instituições e da sociedade as formas arraigadas de lidar com a loucura. É a chamada desinstitucionalização. O encontro que a ela se segue institui um novo lema: "Por uma Sociedade sem Manicômios" (TENORIO, 2002, p. 35)

A partir então das décadas de 80 e 90, com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, Constituição de 1988, e criação da legislação do Sistema Único de Saúde- SUS, ampliam-se as discussões sobre as medidas necessárias para ser implantadas no campo da saúde e dos direitos. Com base nos questionamentos levantados pela Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica, foi possível refletir sobre as maneiras de compreender, abordar e de como estabelecer uma relação não somente com o indivíduo portador de sofrimento psíquico, mas também com o usuário de drogas, desvinculando-se de valores morais, pré- conceitos que integram as muitas das relações humanas. A criação do SUS permitiu com que estes usuários sejam vistos como indivíduos portadores de direitos ao acesso à saúde, baseado no princípio da universalidade, onde saúde é um direito de todos e dever do estado (BRASIL, 2008).

4.3 Política Nacional de Atenção ao Usuário de Álcool e outras drogas

O Sistema Único de Saúde, instituído pela Lei 8080/90, é o conjunto de ações e serviços de saúde que têm por finalidade a promoção de maior qualidade de vida para toda a população brasileira. Estabeleceu-se com o intuito de garantir o acesso universal a população brasileira, com a premissa de prestar uma assistência integral e equitativa à Saúde, avançar de forma consistente na consolidação do funcionamento integrado da rede de cuidados (BRASIL, 2003).

Através da lei 10.216 de 06 de abril de 2001, marco legal da Reforma Psiquiátrica, fica garantido aos usuários de serviços de saúde mental, tanto aos indivíduos que sofrem transtornos mentais, quanto os decorrentes do consumo de substâncias psicoativas, a universalidade de acesso e direito a assistência; valoriza a descentralização do modelo de atendimento, quando estabelece a necessidade dos serviços comporem o mais próximo do convívio social de seus usuários, passando a priorizar a rede cuidados extra-hospitalares, como os Centros de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas- CAPS AD (MACHADO; BOARINI, 2013; BRASIL, 2003).

Ainda no ano de 2001, paralelamente a realização da III Conferência de Saúde Mental e publicação da lei 10.216, ocorreu o Fórum Nacional Antidrogas, o qual tinha como enfoque a proibição do uso de drogas, o que possivelmente podemos relatar que até os dias atuais não facilitou a relação entre a saúde pública e segurança, principalmente no que refere as ilícitas (MACHADO; MIRANDA, 2007). Ocorre a partir de então, a aprovação da Política Nacional Antidrogas- PNAD, disseminando e reforçando o proibicionismo e idealizando uma sociedade livre de drogas. Contudo, o mais curioso a PNAD também apoia a criação e implementação de estratégias de redução de danos com enfoque na prevenção de doenças infecciosas, e ainda na formação de redutores de danos. A respeito sobre a definição do conceito de redução de danos e seu posicionamento quanto aos programas de troca de seringas, não há na política texto que especifique ou defina quanto ao assunto (MACHADO; MIRANDA, 2007).

Segundo a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas instituída em 2003, a dependência das drogas é transtorno de caráter heterogêneo, de forma que afeta as pessoas de diferentes maneiras, por diferentes razões, em diferentes contextos e circunstâncias. Muitos consumidores de drogas não compartilham da expectativa e desejo de abstinência dos profissionais de saúde, e abandonam os serviços. Outros sequer procuram tais serviços, pois não se sentem acolhidos em suas diferenças. Assim, o nível de adesão ao tratamento ou a práticas preventivas e de promoção é baixo, não

contribuindo para a inserção social e familiar do usuário. Com o aparecimento de novas substâncias e novas formas de consumo, faz necessário a adoção de novas modalidades de prevenção, adaptadas para os consumidores e contexto em que são utilizadas (BRASIL, 2003). Neste ano (2003) as ações de RD ganham visibilidade através desta política. A partir de 2005, a PNAD passou por mudanças, dentre elas, ocorreu sua renomeação, e passou a ser chamada de Política Nacional sobre Drogas, tendo como princípio a redução de danos. Desta forma, representou uma reversão no objeto, de guerra às drogas a incluir o usuário como principal objeto na discussão (GARCIA; LEAL; ABREU, 2008).

A existência de uma lógica, onde a abstinência e o proibicionismo são alvos de críticas, intitulada de binarizante pelo próprio Ministério, faz com que a necessidade de formulação, execução de uma política de atenção a usuários de álcool e outras drogas faça com que haja a ruptura da mesma, sendo esta responsável pelo delineamento de uma fronteira a qual estipula as drogas com comportamento anti-social ou criminoso, sendo que o tratamento tem por objetivo único a abstinência. Da mesma maneira, nos deparamos com uma abordagem para redução da oferta e redução da demanda. A primeira desenvolve-se através da justiça e da segurança. A segunda ocorre por meio de tratamentos de internação com afastamento do usuário do agente responsável pela situação existente (BRASIL, 2003).

Considerando as diretrizes da Política em questão e o compromisso ético na defesa da vida, levando em conta a singularidade, surge a RD como estratégia/método, uma forma de tratamento não excludente das outras abordagens, mas sim um caminho promissor, pois não tem apenas a abstinência como objetivo principal, mas sim o respeito em defesa da vida do usuário.

Através da portaria nº 1.028, de 1º de Julho de 2005, institui-se que ações que visam à redução de danos sociais e a saúde, decorrente do uso de produtos, substância ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por meio desta (BRASIL, 2005). De acordo com o Art. 3º fica definido ações que compreendem medidas de atenção integral à saúde, praticada respeitando as necessidades do público alvo e comunidade listados a seguir:

I - informação, educação e aconselhamento;

II - assistência social e à saúde;

III - disponibilização de insumos de proteção à saúde e de prevenção ao HIV/Aids e Hepatites

Ocorreu no ano de 2006 a constituição da Lei nº 11.343, que regulamentou a Redução de Danos, descrevendo-a em seu artigo 20 como estratégia preventiva ou redutora das consequências negativas associadas ao uso de drogas, desenvolvida por ações de prevenção na

saúde, sem necessariamente interferir na oferta ou consumo, sendo orientada pelo respeito à liberdade de escolha.

Constituem atividades de atenção ao usuário e dependentes de drogas e respectivos familiares, para efeito desta Lei, aquelas que visem à melhoria da qualidade de vida e à redução dos riscos e dos danos associados ao uso de drogas (BRASIL, 2006, p. 5).

4.4 A Redução de Danos e a realidade no Estado do Rio Grande do Sul

A Redução de Danos (RD) constitui-se em uma estratégia de abordagem à questão ao abuso de substâncias psicoativas, a qual não parte do princípio que deve haver imediata e obrigatória extinção do uso de drogas, ou seja, a abstinência, de forma a não se opor a mesma, mas primeiramente tem por objetivo formular práticas que diminuem os danos tanto no âmbito social quanto individual para aqueles que usam drogas e não querem parar, ou por algum motivo não conseguem (CRUZ, 2011)

Ao longo dos últimos anos, podemos observar em nosso País e diversos outros, o consumo crescente de drogas lícitas e ilícitas, tornando-se um problema no que diz respeito ao uso, abuso e dependência destas substâncias psicoativas (PACHECO, 2013). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo, consomem abusivamente substâncias psicoativas independentemente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo (BRASIL, 2003).

Quando se trata em cuidar de vidas humanas, é necessário e preciso haver o entendimento da singularidade, ou seja, cada indivíduo é um ser único, com necessidades específicas, encontrando-se em determinado contexto ao qual na grande maioria dos casos, é dificilmente alterado de forma brusca ou radical. Com o pressuposto, de que saúde é direito de todos os cidadãos brasileiros, baseado no respeito às diferenças, aos valores, sem pré-conceitos dos profissionais da saúde, as ações de RD devem contemplar e adaptar-se as diferentes possibilidades e escolhas oriundas do usuário.

Quando o tema é abordado, ainda gera opiniões divergentes. Fazemos parte de um mundo dinâmico, formulado por transformações tecnológicas e de valores que estão ou repercutem diretamente na forma em que estabelecemos as relações interpessoais. A RD pode ser compreendida com uma prática que visa possibilitar o direito de escolha e responsabilidade do próprio indivíduo em relação a sua vida (CONTE et al, 2004).

Se considerarmos que as drogas sempre fizeram parte de várias culturas, em diferentes tempos, e provavelmente não deixaram de existir, lícitas ou ilícitas, seja o seu uso decorrente

de diferentes necessidades, que vão desde o prazer proporcionado pela droga, servindo até mesmo como uma alternativa para amenizar os problemas ou dificuldades da vida, busca-se por uma estratégia que prioriza o vínculo, trabalhando em prol da qualidade de vida do usuário de drogas, minimizando os danos causados pelas mesmas, ao invés de ignorá-los ou simplesmente condená-los (CONTE et al, 2004). Nesta abordagem adotada, é de fundamental importância a co-responsabilidade e flexibilidade na condução da relação estabelecida, onde objetivos são traçados juntamente com o usuário, e de forma gradual, com o alcance de objetivos parciais, se for possível e de vontade do indivíduo em questão a abstinência será uma consequência natural da terapêutica.

Através da Política Nacional de Atenção Integral ao usuário de álcool e outras drogas, contendo em suas diretrizes, a formulação de ações de RD, oportunizou-se a criação da categoria profissional “Redutores de Danos”, cujos indivíduos integrantes são a grande maioria de nível médio de escolaridade e atuam diretamente na comunidade e locais onde os usuários vivem convivem, assistindo-os com a promoção de saúde, acolhimento através da escuta, e construção de vínculo terapêutico focado na necessidade de cada indivíduo (PACHECO, 2013)

Estudo demonstra que no ano de 1996, no Estado do Rio Grande do Sul, mais especificamente em sua capital, Porto Alegre, iniciou o primeiro projeto de Redução de Danos, sendo oficializado somente em 1997 através do incentivo institucional e financeiro do departamento DST/AIDS. As ações pautavam-se na troca de seringas à usuários de drogas injetáveis, distribuição de preservativos e cachimbos (para uso do Crack).

Em Dezembro de 2000, foi regulamentada, a Lei nº 11.562, autorizando a Secretaria de Saúde do Estado a adquirir e distribuir seringas e agulhas descartáveis aos usuários de drogas endovenosas com fins de prevenir, controlar e reduzir a transmissão de doenças e da AIDS (NIEL; SILVEIRA, 2008).

Em busca de identificar as ações desenvolvidas, a Seção Estadual de DST/AIDS e Centro de Referência para o Assessoramento e Educação em Redução de Danos da Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul, realizou-se em 2003 um levantamento para análise da situação dos Programas de Redução de Danos (PRD) no estado, tendo por objetivo monitorar, avaliar e planejar políticas públicas na área. Os resultados apontaram para a existência de 11 PRD na região metropolitana, sendo executados financeiramente através do Ministério da Saúde por intermédio de projetos de Prefeituras Municipais e convênios por meio de PAM (Postos de Atendimento Médicos) da Seção Municipal DST/AIDS ou da Saúde Mental (NARDI; RIGONI, 2009).

A legislação mais recente sobre ações de RD no estado dá-se através da portaria Nº 503/2014, a qual institui a Política de Redução de Danos para o cuidado em álcool e outras drogas dentro das Políticas Estaduais de Atenção Básica, Saúde Mental e DST/AIDS e redefine as Composições de Redução de Danos. Em seu Art. 2 compreende que:

I - a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas como diretriz para qualquer trabalhador de saúde em todos os serviços de saúde onde houver demanda, tendo como objetivo a construção de Projetos Terapêuticos Singulares com cada usuário;

II - a promoção e prevenção de DST/HIV/AIDS na perspectiva da integralidade;

III - a educação sobre drogas, na perspectiva da promoção da autonomia;

IV - o trabalho de campo nas cenas de uso de drogas;

V - o apoio matricial com relação ao cuidado integral em álcool e outras drogas na atenção básica;

VI - a articulação com outros equipamentos sociais e de produção de saúde que constitui a rede de cuidado do usuário.

Parágrafo 1º define os princípios dentre eles o de respeito aos Direitos Humanos, não estabelecimento da diminuição do consumo ou exigência de abstinência como condição de acesso e/ou continuidade do cuidado.

Parágrafo 2º compreende-se como trabalho de campo de RD como uma estratégia de cuidado que parte da aproximação dos trabalhadores às cenas de uso de drogas, avaliação da dinâmica do território e estabelecimento de vínculo com os usuários para promoção de saúde; o trabalho de campo também compreende estratégias como distribuição de insumos - preservativos, materiais informativos, bem como trocas de seringas com usuários de drogas injetáveis para prevenção ao HIV/AIDS e hepatites virais, quando isto se fizer necessário.

4.5 Educação Permanente

Em 2004 o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, por meio da Portaria GM/MS n. 198, substituída posteriormente pela Portaria GM/MS n. 1.996 de 2007, superando a lógica da Educação Continuada que se perpetuava na área da saúde, insuficiente para o desenvolvimento de mudanças no mundo do trabalho por desenvolver-se através de uma educação parcelada, fora do contexto real das necessidades de saúde (DUARTE et al, 2012). Considera Educação Permanente como:

conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na

Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde (BRASIL, 2009, p.7)

Caracteriza-se com um enfoque que ao contrário, representa uma importante mudança, visto que busca incorporar o ensino e aprendizado à vida cotidiana das organizações, em seu contexto real, sendo a prática como fonte de conhecimento, problematizando o próprio fazer. Aproximar a educação da realidade é o pressuposto que afirma que no trabalho também se aprende. Destaca-se que os momentos de trabalho em sala de aula devem ser considerados como momentos de retroalimentação para análise da prática, servindo para a formulação de novas estratégias e ações a serem postas em prática (BRASIL, 2009). O município de Uruguaiana, a partir do ano de 2010, através do Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva, destina um espaço, junto ao prédio da Secretaria Municipal de Saúde, à formação e capacitação de profissionais da saúde.

A Educação Permanente deve ser compreendida como uma proposta de transformar os serviços a partir da realidade vivenciada pelos profissionais, com todos envolvidos em saúde. Tem o processo de trabalho como objeto de transformação. O conhecimento deve considerar o que já tem consolidado e as novidades. Para Massaroli e Saupe (2008, p. 3) “[...] a Educação Permanente parte da reflexão sobre a realidade do serviço e das necessidades existentes, para então formular estratégias que ajudem a solucionar estes problemas [...]”.

No campo dos Sistemas de Saúde, geram discussões e contrastam os paradigmas conceituados “ Educação Continuada ” e “ Educação Permanente ”. Visando o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde acerca a educação e sua prática, o Ministério da Saúde (2009) distingue as duas vertentes. Entende-se por Educação Continuada representar uma continuidade do modelo escolar ou acadêmico, centralizado na atualização de conhecimentos, geralmente com enfoque disciplinar, em ambiente didático e baseado em técnicas de transmissão, com fins de atualização.

[...] ter sido, em seu desenvolvimento concreto, dirigida predominantemente ao pessoal médico e alcançado, com menos ênfase, o grupo de enfermagem. Centrada em cada categoria profissional, praticamente desconsiderou a perspectiva das equipes e diversos grupos de trabalhadores[...] (BRASIL, 2009, p.44)

O enfoque da Educação Permanente, ao contrário representa uma importante mudança na concepção e nas práticas de capacitação dos trabalhadores. Busca incorporar o ensino e aprendizado à vida cotidiana das organizações, modificando estratégias educativas problematizando o próprio fazer, assim instituindo a prática como fonte de conhecimentos e

de problemas, realizando uma abordagem a equipe ou grupo preconizado a interação e evitando a fragmentação disciplinar, ampliando além de tudo espaços educativos fora de aula (dentro de organizações, comunidade, clube de associações, etc) (BRASIL, 2009).

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudo

Este estudo caracteriza-se em uma análise qualitativa de caráter descritivo exploratório, que tem por objetivo tornar explícito ou construir hipóteses sobre o tema/problema e posterior descrição das características levantadas (GIL, 2007). De acordo com Minayo, esta abordagem qualitativa, destina-se a realizar uma reflexão de determinada realidade que não pode ser quantificada. “[...] trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (MINAYO, 1994, p.21).

5.2 Cenário do estudo

O cenário desta pesquisa é o Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva, local destinado à formação e capacitação de profissionais, localizado na região central da cidade, junto ao prédio da Secretaria Municipal de Saúde.

5.3 Sujeitos do estudo

1 Responsável técnico pela Escola de Redução de Danos; 1 coordenadora e 5 profissionais responsáveis pelos módulos/aulas da Escola de Redução de Danos.

5.4 Trabalho de campo

A coleta de dados ocorreu através da técnica de Grupo Focal (GF) como ferramenta para coleta e análise de dados. Preconiza-se que se estabeleça o *setting*, estratégia que busca

delinear os objetivos e definição de como irão transcorrer os encontros (dias e local das reuniões, horário de início e duração das mesmas). É previsto que o tempo de duração da para execução da metodologia permaneça entre 1h30 min à 2hs, não excedendo o tempo limite, evitando-se assim o cansaço e desinteresse pelo debate (MARTINI, 2004). Grupo Focal, como própria denominação, é um espaço de discussão/ diálogo a cerca de um assunto ou tema em particular, onde há estímulos para tal finalidade. Esta técnica propicia além de uma aproximação entre os integrantes, favorecendo descobertas ou troca de saberes, gerando possibilidades de contextualização e formação de novas ideias, um panorama onde o pesquisador poderá examinar e explorar as diferentes análises possíveis em relação ao tema abordado. Vem sendo empregada nas pesquisas qualitativas de Enfermagem como recurso para avaliação relacionada a educação, promoção, programas e projetos de saúde (RESSEL et al, 2008).

Fundamentada na dinâmica de grupo operativo proposta por Pichon-Rivière, onde compreende-se grupo como um conjunto restrito de pessoas ligadas entre si, que articulam-se e implícita ou explicitamente tornam-se efetivos ao desempenhar uma tarefa para obtenção de sua finalidade, o GF também baseia-se na concepção do sujeito, como parte emergente de uma complexa rede de vínculos e relações sociais (MARTINI, 2004). Seu objetivo principal é reunir informações detalhadas sobre um assunto específico, a partir de um grupo de pessoas selecionadas. Os participantes podem ser distribuídos em torno de uma mesa retangular ou oval, ou mesmo em circulo através de da disposição de cadeiras (TRAD, 2009). Com relação ao número de participantes, o grupo focal pode constituir-se com a participação de no mínimo quatro até no máximo quinze participantes, que são escolhidos em virtude de terem conhecimento no tema em questão (CORRÊA et al, 2008). Segundo TRAD (2009), O tamanho ideal ou “ótimo” para a realização de um grupo focal, é aquele que permita a participação efetiva de todos envolvidos e discussão a cerca dos temas propostos.

Para a realização da técnica, fica estabelecida uma equipe de coordenação da atividade, sendo esta composta pelo coordenador, pessoa responsável por guiar todo encontro, propor as questões e conduzir o debate. O observador, é responsável por auxiliar o coordenador no controle do tempo, equipamento de gravação e identificar as falas dos sujeitos, facilitando a transcrição das falas. Cabe ainda registrar os acontecimentos no todo e em suas particularidades, sejam estas as formas de expressão: verbal, não verbal. Após o encontro, o mesmo reúne-se com o coordenador para realizar um *feedback* sobre o como transcorreu a sessão focal (MARTINI, 2004).

Para a obtenção dos dados, foi realizada uma sessão de grupo focal, composta por um coordenador conforme preconizado, além de um observador, o qual ficou responsável de anotar as reações dos participantes. Estiveram presentes quatro participantes, sendo que dentre outros três, o primeiro encontra-se afastado do serviço por motivos de saúde, o segundo em férias, e o terceiro não compareceu no horário marcado. Os participantes foram dispostos em cadeiras no formato de círculo para a discussão. Ofertou-se ao início do encontro um lanche. A sessão focal teve duração de uma hora e trinta e cinco minutos, sendo gravada em áudio no formato mp3 e posteriormente transcrita as falas, considerando os aspectos éticos, conforme a Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, que incorpora referências da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, através da assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

5.5 Critérios de inclusão no estudo

Profissionais que participaram da elaboração dos módulos de ensino do curso.

5.6 Critérios de exclusão no estudo

Profissionais em licença ou afastados do Serviço.

5.7 Análise de dados

Existem diferentes e possíveis maneiras de realizar análise de dados, destacamos uma que vem sendo empregada com maior frequência em pesquisas qualitativas, a análise de conteúdo. Minayo (2003, p. 74) enfatiza que esta visa verificar hipóteses e ou descobrir o que está por trás de cada conteúdo manifesto.

Produzir inferência, ou seja, um processo intelectual mediante o qual é possível chegar a uma conclusão trabalhando com vestígios e índices de maior ou menor complexidade postos em evidência, é a finalidade a qual se destina o emprego desta ferramenta de análise (PUGLISI; FRANCO, 2005)

A análise Temática de Conteúdo organiza-se nas etapas pré-análise, exploração do material ou codificação e tratamento dos resultados obtidos/interpretação (MINAYO, 2003). No primeiro momento após a transição das falas, foi realizado a pré-análise, onde se retomou ao objeto e objetivos da pesquisa. Na sequência, houve a exploração do material, com a referenciação dos índices, formulação e reformulação de hipóteses e pressupostos, desmembrando o texto em quatro unidades/categorias e agrupamento para análise. Finalizando, a terceira etapa, tratou-se da interpretação realizada a partir dos dados brutos (fala), dos indivíduos pesquisados conforme estudos metodológicos demonstram (JUNIOR; MELO; SANTIAGO, 2010).

De acordo com Minayo (1994) esta fase de análise de dados tem por finalidade estabelecer uma compreensão dos dados coletados, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa/ e ou responder as indagações quais motivaram o seu desenvolvimento através das questões formuladas, além de ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado, sendo possível formular um entendimento entre ligações culturais e seu contexto.

5.8 Instrumento de pesquisa

A obtenção dos dados ocorreu por meio da aplicação de um roteiro com perguntas semi-estruturadas. O registro foi realizado através de gravação em áudio das falas. Foram propostas cinco questões orientadoras, sendo estas: De que forma implantou-se a Escola de Redução de Danos no município? Qual o público/ categoria profissional a que se destina o curso de formação em RD? Qual é a configuração atual da Rede de Atenção em Saúde Mental do município? Tendo em vista esta atual conformação como vocês percebem a Escola De Redução de Danos neste cenário? Quais os desafios para a manutenção da Escola de RD no município? O curso de RD pode ser uma estratégia para Educação Permanente?

5.9 Preceitos Éticos

Por tratar-se de um estudo com seres humanos, a presente pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa- CEP da Universidade Federal do Pampa campus Uruguaiana/RS, por meio do número do CAAE 41122815.0.0000.5323

Seguindo os aspectos éticos da pesquisa, conforme a Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, que integra os princípios da bioética,

visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, foi entregue um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, documento onde estavam disponíveis as informações em relação ao estudo e a garantia dos direitos dos participantes tais como: sigilo, anonimato e direito de desistir do estudo a qualquer momento sem nenhum prejuízo. O mesmo foi assinado pelos participantes, após os mesmos estarem cientes sobre a pesquisa.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da exploração dos dados obtidos por meio de técnica de grupo focal, através da realização de uma sessão, foi possível conhecer a percepção dos sujeitos envolvidos a cerca de todo processo de implantação e desenvolvimento das ações da Escola de Redução de Danos. Participaram do estudo 4 (quatro) sujeitos, identificados como P1, P2, P3 e P4, de diferentes categorias profissionais, incluindo Enfermeiro (a), Sanitarista e Psicóloga, com idade média de 50 anos. Tempo médio de formação profissional de 21,7 anos, sendo que todos participantes são pós-graduados.

Após análise dos dados evidenciaram-se quatro categorias intituladas:

(1) O processo de implantação da ERD: Da estruturação e aprovação do projeto ao início das atividades;

(2) A Escola de Redução de Danos e o atual cenário da Rede de Atenção em Saúde Mental do Município: Uma proposta de qualificação e formação de multiplicadores;

(3) Desafios para a manutenção da ERD no município de Uruguaiana;

(4) A ERD como estratégia de Educação Permanente em Saúde.

Estas categorias conformaram-se nos capítulos de análise e serão a seguir descritas

6.1 O processo de implantação da ERD: Da estruturação e aprovação do projeto ao início das atividades.

A tarefa de elaborar um projeto pelo Ministério da Saúde, não somente a este, mas abrangendo de maneira geral qualquer outro serviço ou órgão para a implantação de novos projetos, ou propostas de ações que envolvam o repasse financeiro, seja tanto a nível municipal, estadual ou federal, faz-se necessário à elaboração de um projeto, no qual se especifique os objetivos, justificativa da necessidade e propostas de metodologia e seus resultados esperados. Partindo desta premissa, o município de Uruguaiana foi contemplado

com a criação da ERD, a partir da iniciativa de profissionais da Secretaria Municipal de Saúde, conforme evidencia-se através das falas dos sujeitos responsáveis pela criação do mesmo:

Ela foi um projeto com o edital do ministério da saúde, nos escrevemos e fomos selecionados, isso foi em 2011 e nós conseguimos realizar/completar a implementação dessa escola em 2014, foram alguns empecilhos mudanças de gestão, equipe, enfim, que “demoro” esse tempo para implantarmos a escola, depois que houve esse passo para implantação. (P1)

[...] foi um ano atípico, que nos escrevemos, tinham várias portarias para o inventivo de projetos e escrevemos vários projetos, um foi a casa de passagem,[...] a escola e o CAPS AD, na realidade são quatro projetos que nós escrevemos, e fomos contemplados nos “quatro”. De início ficamos um pouco assustadas “pra não ter pernas “pra tudo, e de redução eu lembro que a gente teve que “reescreve” em meia tarde a carta, a produção estava ok, e a gente não teve que fazer grandes reformulações. [...] e o incentivo veio do seguir, é nos tinha um prazo de três meses e pode estar prorrogando este prazo do projeto para estar implantando, e nesse meio tempo a gente começou a se qualificar e indo para Porto Alegre, para Escola de Saúde Pública estudar junto com a [...], pra estar fazendo/implantando a escola em Uruguaiana. Nas outras cidades do Rio Grande do Sul foram poucas, na realidade a única que implantou e aconteceu a escola, com muita dificuldade, a gente enfrentou grande dificuldade de gestão, essa é a verdade, eu achei que nem ia acontecer mais. [...] Essas verbas então na época, a gente teve o incentivo do secretário que hoje é prefeito, para escrever os projetos, que tem que ir com uma carta de intenção do gestor, e “dai” ele assinou essa carta que geralmente é o prefeito, mas ele também pode e dai ele mesmo assinou para evitar problemas de conseguir mandar. A gente pensou até que ia ser mais fácil, [...] por que foi muito sofrido para implantar [...] a escola de redução de danos, negociação, muitas negociações. Muito embate assim, interno, que a gente fica lá pleiteando, dizendo para o prefeito a importância, que a gente tinha implantar assim e que a verba que veio, o recurso é uma verba federal, então a gente poderia estar usando e deveria usar para estar pagando os profissionais para trabalharem na escola [...], até que a gente conseguiu convencer, mas não foi uma tarefa muito fácil não, foi mais de 2 anos, foi 2 anos e pouco para poder efetivar mesmo.(P2)

É possível notar nas falas, que embora na época (ano de 2011), onde o Ministério da Saúde estava com editais abertos para receber projetos, a maior dificuldade enfrentada pelo município de Uruguaiana para a implantação da ERD, não foi a contemplação via edital, mas sim as mudanças e desafios de gestão municipal, havendo mudanças de equipe, o que provavelmente resultou em um período prolongado de tempo para sua efetivação, desde a aprovação do projeto no ano de 2011, até o início das atividades em 2014. Estudos na literatura corroboram com os achados. Segundo Nardi e Rigoni (2009), a efetividade de projetos sofre influencia de acordo com a posição político-partidária, tanto na opção pessoal da coordenação no que diz respeito à forma diferenciada até então de abordagens ao uso ou abuso de drogas, além do mais, o trabalho na perspectiva da RD fica vulnerável a troca de

gestão municipal e a cargo da equipe de coordenação do programa, ficando a cargo e modo de continuidade do trabalho.

A implantação desta iniciativa ERD teve início no ano de 2013, através de encontros semanais, com duração de 2 horas, com um grupo de estudos formado por profissionais enfermeiros (as), psicólogas e psicopedagoga, no intuito de formular e estruturar a dinâmica de funcionamento da Escola de Redução de Danos. Instituiu-se uma coordenadora, que juntamente com os demais profissionais realizaram o planejamento das atividades. Optou-se em utilizar de forma metodológica, realizando a divisão em módulos expositivos, de acordo com a área de conhecimento dos profissionais, sendo que cada um ficaria responsável pela elaboração e apresentação num primeiro momento a este grupo de estudos. Os recursos a serem utilizados seriam, audiovisuais (vídeos e Power Point), além da pactuação de haver um bloco prático a ser realizada em Unidades Básicas de Saúde, denominado pelo grupo momento de “dispersão”.

O início das atividades (desenvolvimento do curso) ocorreu a partir do ano de 2014, sendo disponibilizadas 50 vagas aos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde, além de 4 vagas aos profissionais do Centro de Salud de Bella Unión- Uruguai. Por conseguinte constitui-se um grupo heterogêneo, abrangendo as seguintes categorias: Agentes comunitários de Saúde, técnicos (as) em Enfermagem, Enfermeiros (as), psicólogos (as), fisioterapeutas, agentes do Primeira Infância Melhor (PIM), profissionais do Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e outras Drogas (CAPS AD III) e departamento DST's/AIDS.

A Redução de Danos quando mencionada ainda divide opiniões. Pode ser entendida como uma prática que visa possibilitar o direito de escolha e a responsabilidade à vida, onde a pessoa (o usuário de drogas ou práticas não seguras) é o protagonista deste processo de cuidado, onde a flexibilização dos métodos é o algo a ser pactuado. Tem por objetivo geral evitar se possível que as pessoas se envolvam com o uso de substâncias psicoativas. Se não for possível, para aqueles que já se tornaram dependentes, vislumbra-se métodos para minimizar ou reverter possíveis danos, orientando tanto para um uso menos prejudicial, quanto para a abstinência, conforme a aceitação e o momento de cada usuário. (CONTE et al,2004).

Quando afirmamos que a Redução de Danos é uma estratégia, devemos ter a concepção que estratégias geralmente necessitam de inter-ações, de modo a conseguir ampliar a abrangência para que obtenha-se a eficácia almejada, criando pontos de referências, e desta maneira podemos identificar a importância de agentes redutores de danos estar atuando direto na comunidade, com vivência das reais necessidades e contexto social, facilitando ou

viabilizando com que sejam desenvolvidas ações de acordo com a demanda, multiplicando as possibilidades de enfrentamento ao problema do abuso ou dependência de álcool e outras drogas (BRASIL, 2003). Ainda de acordo com o Ministério da Saúde, fica estabelecido na Política de Atenção Integral ao usuário de álcool e outras drogas que as ações deve se dar no território, intervindo na construção da rede de suporte social, visando avançar em graus de autonomia dos usuários e familiares, de modo a lidar com as consequências decorrentes do abuso de destas substâncias, preconizado o uso de recursos não repressivos, mas comprometidos com a defesa da vida, caracterizando-se num processo de corresponsabilidade.

A formação destes profissionais da saúde no município de Uruguaiana, dentre eles, na sua maior parte Agentes Comunitários de Saúde, vislumbra mudanças no que diz respeito aos usuários de álcool e outras drogas na Atenção Básica. Almeja qualificar e aumentar áreas de abrangência, não representando necessariamente a exigência de um trabalho que vá além das demandas já apresentadas aos profissionais de saúde. Basta que apenas incorporem ou aprimorem competências de cuidado em saúde mental em sua prática diária, onde está diretamente no território, não realizando imposições, por exemplo, abstinência, mas sim pactuarão um acompanhamento. Através da aproximação é possível conhecer a história de vida dos usuários, bem como os elementos que estão presentes em seu contexto e diretamente ligados a sua forma de pensar e agir, dentre eles os fatores de riscos (insatisfação com sua qualidade de vida, fácil acesso às substâncias, integração social). Sendo assim, as intervenções devem considerar a singularidade, as subjetividade e visão do mundo de cada um destes no processo de cuidado integral à saúde (BRASIL, 2013).

No Brasil, a questão da abstinência versus políticas públicas, é manifestada através do Ministério da Saúde como:

“A abstinência não pode ser, então, o único objetivo a ser alcançado. Aliás, quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos que, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta esta diversidade. Devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento. Aqui a abordagem da redução de danos nos oferece um caminho promissor. E por que? Porque reconhece cada usuário em suas singularidades, traça com ele estratégias que estão voltadas não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida. Vemos aqui que a redução de danos oferece-se como um método (no sentido de *metodos*, caminho) e, portanto, não excludente de outros. Mas, vemos também, que o método está vinculado à direção do tratamento e, aqui, tratar significa aumentar o grau de liberdade, de corresponsabilidade daquele que está se tratando. Implica, por outro lado, o estabelecimento de vínculo com os profissionais, que também passam a ser

coresponsáveis pelos caminhos a serem construídos pela vida daquele usuário, pelas muitas vidas que a ele se ligam e pelas que nele se expressam” (BRASIL, 2003, p.10)

Segundo Elias e Bastos (2011), pessoas que usam drogas de modo prejudicial apresentam-se em uma situação de maior risco, desta maneira necessitam de maiores e mais intensivos cuidados de saúde do que a população como um todo. Tal afirmação justifica-se através da constatação das frequentes comorbidades clínicas e psiquiátricas que atingem a esta população, tais como tuberculose, doença sexualmente transmissíveis, doenças crônicas em geral e depressão. No caso de drogas injetáveis, os riscos imediatos para a saúde referem-se à infecção pelo vírus da AIDS (HIV).

Na tentativa de viabilizar ações orientadas, embora as discontinuidades na consolidação e institucionalização de práticas de RD, tornando-a como paradigma norteador das políticas públicas na área de drogas, o Ministério da Saúde cria mecanismos de incentivo e financiamento aos governos locais, que menosprezam tais práticas, visto que usuários de drogas são considerados marginais, desorganizados e que poucos vocalizam socialmente suas necessidades. A dificuldade para a constituição de uma política de RD no país encontra-se no campo dos embates políticos que acontecem nas esferas decisórias do MS, sendo que as questões que envolvem Saúde Mental são sempre secundárias às outras demandas do setor. (COELHO; SOARES, 2013).

Estudos de 2011 apontam para um crescimento nos gastos federais com ações na área de Saúde Mental, principalmente em ações e serviços de base comunitária e extra-hospitalar, mostrando-se um avanço positivo na direção de mudanças mais efetivas. Em média 2,5% do gasto total com saúde no país, sendo que o recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) é de pelo menos 5% do gasto total do setor da saúde em ações e serviços de Saúde Mental (COELHO; SOARES, 2013). Segundo Gonçalves et al (2012, p. 54) “o gasto em saúde mental cresceu 51,3% de 2001 a 2009. A desagregação do gasto mostrou aumento expressivo do gasto extra-hospitalar (404,2%) e decréscimo do gasto hospitalar (-39,5%)”.

Caracterizado com uma estratégia de formação de profissionais da saúde, a ERD iniciou a sua constituição oficial quando se formou uma equipe destinada a estruturação e elaboração metodológica da proposta. É possível constatar-se que foi uma construção coletiva entre os profissionais da Secretaria Municipal de Saúde após a negociação com a gestão, e quando conseguiu se resolver em 2013 o primeiro passo foi desenvolver um grupo de estudo entre a equipe formada.

A gente na realidade começou, nós os profissionais responsáveis no final de 2013, para fazer os estudos, para as aulas e a gente estava desacreditado, não que assim desmotivado. [...] foi uma grande vitória, com receio do que ia vir a acontecer. E eu participei mais dessa segunda fase que era a implantação mesmo, a convite. Mas foi bem complicado, depois fiz a parte esquematizada [...], e a gente abrigou vários profissionais distintos, cada um com uma história, uma vivência e isso ajudou bastante (P3)

E foi uma construção de conhecimento para a gente também, pode idealiza-lo em grupos, e junto a gente foi estudando mais e buscando mais também.(P4)

Eu acho que é um desafio “ pra todos “ [...] O quanto tu precisar ela esta sempre junto e bem comprometida. Tem a [...], também a psicopedagoga. Às vezes não temos dinheiro, “ ela dá do bolso dela “ para viagens à eventos. Pessoas que trabalham independentemente se “ terá “ remuneração ou não. A gente conseguiu, e temos que valorizar quem quer trabalhar e poder fazer essa troca com os alunos da escola!Foi o que nos levou a escolher esta equipe. [...] todos eles foram convidados, ninguém foi indicado por gestor, por ninguém, nós tivemos essa liberdade[...] (P2)

Compreende-se que a metodologia para elaboração da implementação das atividades da ERD, ou seja, como iriam transcorrer os encontros, os assuntos que seriam abordados, foi uma construção coletiva entre os seis profissionais incumbidos de ministrar as aulas.

Os encontros eram uma vez na semana nas terças feiras e era toda equipe e sempre a gente trazia um material algum conteúdo. Nós tínhamos uma programação para seguir cada profissional pegava uma parte daquela programação, pegava a aula e apresentava pra todo o grupo. (P1)

[...] Fizemos essa separação de conteúdo dentro da afinidade de cada profissional e cada profissional né!, adequou da sua forma, sua metodologia. Começou em setembro as reuniões e foram até janeiro, aproveitando a experiência da [...], a especialização. Fizemos essa separação de conteúdo dentro da afinidade de cada profissional e cada profissional adequou da sua forma. [...], realizamos por módulos as aulas e por ser uma coisa bem orgânica tivemos que fazer algumas adaptações no decorrer da escola, já com os alunos. [...] a gente dividiu as tarefas e ainda acabou sendo uma construção em geral, cada profissional apresentava no grupo e a gente fazia considerações, bem do grupo mesmo né?! Cada um teve uma participação no mínimo indireta na programação das aulas. (P3)

No que diz respeito às competências gerenciais que envolvem a manutenção da ERD do município de Uruguaiiana, fica evidente as obrigações e efetividade das ações, as quais devem ser comprovadas por meio de relatório ao Ministério da Saúde. Semestralmente e anualmente, este departamento governamental realiza um balanço de ações financiadas através de seus editais.

Uma coisa interessante que a gente tem que ressaltar é que esse projeto da ERD quando estávamos no meio do semestre nos tínhamos que apresentar ao Ministério da Saúde esse relatório parcial [...]. E a partir daí se, houvesse a possibilidade do refinanciamento para a escola para que pudesse a continuidade. A maioria das pessoas que tinham o projeto não executaram. (P1)

É que houve o refinanciamento! Houve, só que não fizemos pois não tínhamos ele implantado(2012), aliás ninguém fez, não foi só nós, tanto que acabou. (P2)

E a escola quando nos fizemos esse relatório, aí eles mandaram nos dizer que infelizmente esse refinanciamento não poderia existir. A maioria das pessoas que tinham o projeto não executaram [...] não tiveram começo meio e fim, elas começaram e pararam então eu fiquei muito chateada em ter que acabar essa escola. (P1)

Aí vem o ministério e diz que acabou. O que nos tínhamos era o valor de 250 mil que foi durante o ano todo e não tem mais como renovar, e não existe mais isso no ministério. (P2)

E não existe, por que não houve interesse nem retorno dos municípios que foram contemplados. (P1)

Mas por que o gestor no caso o atual prefeito ele acreditou muito nessa parte, ele gosta muito de educação, e a escola de redução de danos é bastante importante como a educação permanente e ele disse não, o município vai segurar isso aí a gente vai continuar com a escola pois, o município está dando esse aporte financeiro, que foi pra nós bem interessante. (P1)

É possível notar que a maior dificuldade encontrada para que houvesse a implantação do projeto, apresenta-se em relação ao processo da gestão. Dentre poucos estudos acerca dos desafios de manutenção ou efetivação de práticas de RD, demonstra-se que a maior dificuldade está em efetivar políticas públicas para além de políticas de governo.

Tanto assim, para o Ministério nem existe a escola no sentido oficialmente entende? alguns colegas do Ministério sabem que fomos apresentar em Aracaju no congresso, aí aquela [...] da saúde, que é funcionária, mas assim, a instituição do Ministério oficialmente não tem o conhecimento dessa escola de Uruguaiana. Até vamos mandar todo o relatório "pro" coordenador de Saúde Mental!. Vamos fazer um relatório, [...] cópias dos certificados, para mandar tudo por email e via sedex todo esse material, para ter um reconhecimento oficial da implantação da escola e do que realmente aconteceu né!? a formação dos multiplicadores, o que vai dar continuidade com o aporte financeiro do município. (P2)

Dessa forma, podemos constatar que a realidade do município de Uruguaiana frente à implantação do projeto, vem de encontro com o que a literatura aponta. De acordo com Nardi

e Rigoni (2009) muitas vezes, que a sustentabilidade de projetos, programas, ações que envolvam RD estão diretamente vinculados ao aporte financeiro, necessitando de apoio político, a fim de sensibilizar gestores sob a importância da continuidade.

6.2 A Escola de Redução de Danos e o atual cenário da Rede de Atenção em Saúde Mental do Município: Uma proposta de qualificação e formação de multiplicadores.

A Rede de Atenção em Saúde Mental do município é formada pelo CAPS II, que atende pacientes com transtornos psíquicos moderados a graves nas três modalidades previstas (intensiva, semi-intensiva, não-intensiva), encaminhados pelas ESFs, por vontade própria ou acompanhados de algum familiar, além dos usuários que são encaminhados pela Promotoria e Conselho Tutelar. O Ambulatório Especializado em Saúde Mental que atende pacientes com transtornos leves, Caps. AD III, destinado a reabilitação de usuários de Álcool e outras Drogas, Hospital Geral da Santa Casa de Caridade com 12 leitos para desintoxicação química e/ou suporte a transtornos, Consultório na Rua, realizando a articulação da rede, realizando ações direto no território, além do Projeto de Casa de Acolhimento Transitório, que está em implantação, elaborado conforme o Plano de Enfrentamento da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, que visa abrigar temporariamente e prestar um cuidado integral em saúde para usuários de crack e outras drogas em situação de vulnerabilidade social e risco ou excluídos do convívio familiar (OBID, 2010).

Hoje a nossa rede de atenção é composta pelo Ambulatório de Saúde mental, Caps II, Caps AD, Casa de acolhimento transitório II, Consultório na Rua, que é ligado a atenção básica, mas também a Saúde Mental. Oficialmente a atenção básica que é ligada a Saúde Mental, que trabalha muito junto. Os leitos do hospital geral, que faz parte, e a Escola de Redução de Danos. (P2)

O redutor de danos representa uma grande importância no que diz respeito a articulação entre os serviços de RD e CAPS AD, pois estão diretamente no território dos usuários, onde é possível criar e fortalecer vínculos (DELBON; ROS; FERREIRA, 2006). A questão drogas gera amplas discussões em todo cenário mundial. Em nosso país não é diferente, para alguns, pressupõe-se somente a lógica da abstinência como forma de enfrentamento. A seguir, torna-se evidente as diferentes visões sobre abordagens, quando participa entidades do município, os quais possuem o conceito da abstinência como tratamento.

Eu acho assim que foi muito importante também que teve assim durante o curso outras entidades também que participaram que foi o GTAE e o Amor Exigente. [...] foi muito importante para ver o que esta acontecendo dentro da nossa cidade [...] a redução de danos tem um objetivo e eles trabalham mais com a questão da abstinência total né. então a gente percebeu que durante o curso alguns assim tinha um certo preconceito com relação a redução de danos.[...] a gente só trabalha com abstinência total e vocês vão reduzir danos, de repente estar até quem sabe incentivando ao uso, não a questão da abstinência né. eu acho que isso foi tanto esclarecedor `` pra `` nós e `` pros `` alunos, quanto para eles. eu percebi que eles também entenderam qual era o objetivo do nosso trabalho, da nossa escola, sobre a redução, acho que foi bem importante né?!(P4)

A utilização de drogas é um fenômeno amplamente difundido, que a milhares de anos integra hábitos culturais de diversos e diferentes povos. O que é possível notar-se nos dias mais atuais é a questão cada vez mais crescente do uso de drogas difundindo-se como consumo recreativo entre os jovens (CRUZ; MACHADO, 2010). O prazer, a curiosidade, diversão são os motivos mais frequentes atribuídos pelos consumidores à utilização das mesmas. De acordo com Organização Mundial da Saúde, cerca de 10% das populações de centros urbanos de todo o mundo consomem abusivamente substâncias psicoativas, independente de sexo, idade, nível de instrução e poder aquisitivo (BRASIL, 2003).

O alcoolismo é considerado um dos maiores problemas de saúde pública, sendo possível constatar-se que aproximadamente 20% dos pacientes atendidos na atenção primária, bebem em um nível considerado de alto risco, uso de forma abusiva. Como o uso do álcool é socialmente aceitável, tem sido grande a exposição dos adolescentes ao álcool e, portanto, às maiores chances de envolverem-se em episódios de risco. Quando consumido de maneira abusiva, está associado a consequências negativas para a saúde da população, pois trata-se de um dos principais fatores de risco para o desencadeamento de doenças cardiovasculares, homicídios e ocorrência de acidentes de trânsito (maior causa de morte entre jovens) (MALTA et al, 2011). De forma relativa, os profissionais de saúde encontram dificuldades para realizar o tratamento ou encaminhar pessoas que apresentam complicações decorrentes do uso de álcool, pois apresentam uma visão negativa do paciente e de suas perspectivas quanto a evolução do problema, resultando no impedimento de uma atuação mais efetiva e resolutiva (BRASIL, 2003).

Pesquisa encomendada pelo Governo Federal sobre os custos com acidentes de trânsito no Brasil (IPEA/MS) mostra em seus resultados preliminares que 53% do total dos pacientes atendidos por acidentes de trânsito, no Ambulatório de Emergência do Hospital das Clínicas/SP, em período determinado, estavam com índices de alcoolemia em seus exames de sangue superiores aos permitidos pelo Código de Trânsito Brasileiro, sendo a maioria

pacientes do sexo masculino, com idades entre 15 e 29 anos. O gasto relacionado a estes agravos faz com que o SUS utilize aproximadamente R\$ 1.000.000,00 dos recursos do tesouro nacional e do Seguro Obrigatório de Danos Pessoais por Veículos Automotores Terrestres/DPVAT, com internações e tratamentos. (BRASIL, 2003). Estratégias de conscientização do dia-a-dia, como por exemplo “ se beber não dirija! ”, muitas vezes passam despercebidas como uma estratégia de redução de danos. Nesta situação não está sendo proibindo o uso de álcool, mas se for realizado, que evite danos a si, o próprio indivíduo que ingeriu bebidas alcoólicas, quanto à integridade de terceiros.

Segundo o Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD), um levantamento realizado pelo Instituto Nacional de Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas (INPAD) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) no ano de 2012, onde foram escolhidos aleatoriamente indivíduos com 14 anos ou mais de todo território brasileiro. Um total de 4.607 entrevistados responderam sigilosamente a um questionário padronizado com mais de 800 perguntas que avaliaram o padrão de uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas, bem como fatores associados com o uso problemático, como depressão, suporte social, saúde física, violência infantil e doméstica entre outros. Ressaltamos alguns resultados significativos, como por exemplo o de que 64% dos homens e 39% das mulheres adultas relatam consumir álcool regularmente (pelo menos 1x por semana); 8% dos entrevistados admitem que o uso de álcool já teve efeito prejudicial no seu trabalho; 10% dos entrevistados referiu que alguém já se machucou em consequência do seu consumo de álcool. Dados gerais, apontam que 7% da população adulta já experimentou maconha na vida, 4% experimentou cocaína, sendo na forma de inalação a mais comum (cheirada), o Brasil representa 20% do consumo mundial e é o maior mercado de Crack do mundo (INPAD, 2012).

Em relação a este ultimo, uma pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz-FIOCRUZ no primeiro semestre do ano de 2011 com término em junho de 2013, foi realizado um mapeamento das 26 capitais brasileiras, Distrito Federal, municípios selecionados de regiões metropolitanas e cidades representativas de pequeno e médio porte, relacionado ao número de usuários regulares de Crack ou de formas similares da cocaína fumada (pasta-base, merla e oxi). O número corresponde a usuários é de 0,8% da população das capitais (45 milhões), totalizando 370 mil pessoas que fazem este tipo de uso. As práticas ocorrem nos locais chamados “ cracolândias ”. A maior concentração de usuários apontado pelo estudo predomina na região Nordeste (40% de todas as capitais, em número 150 mil pessoas) ao contrariando o sendo comum que a maioria dos casos seria na região Sudeste. No Sul, o

estudo revelou a existência de 37 mil usuários. Por fim o levantamento mostra que 14% dos usuários de Crack ou similares são menores de idade (BRASIL, 2013).

No que diz respeito às drogas ilícitas, é possível notar, estratégias de combate ao uso das mesmas, através de uma abordagem proibicionista, não obteve grandes êxitos, dado a maneira de repressão, que tão pouco resolveria a situação apenas com a superlotação de presídios ou detenção por um curto espaço de tempo, deixando de considerar outros aspectos envolvidos, como por exemplo, situações de vulnerabilidade social, e até mesmo de caráter da saúde. De forma geral, o Ministério da Saúde considera que o consumo de álcool e outras drogas é uma questão de saúde pública e não de segurança pública ou de polícia (BRASIL, 2006). Segundo Cruz e Machado (2010) parece ser mais proveitoso trabalhar com a redução de danos. Isso implica educar sobre, e para, o consumo, envolver os consumidores no processo de mudança, e discutir não só os riscos e danos do consumo como também as suas potenciais vantagens. Visa minimizar os danos relacionados com as drogas através da informação e acompanhamento de um consumo responsável. Desta forma propõe com que haja o protagonismo dos sujeitos, sendo que eles são responsáveis pelo envolvimento no consumo. Assim, vislumbra uma mudança no foco das questões sobre as drogas, perguntando-se: “ De que modo certas pessoas conseguem manter relações saudáveis com as drogas e de que modo outras desenvolvem relações não saudáveis? Ao invés de: Porque é que as pessoas consomem drogas? ” (CRUZ; MACHADO, 2010, p.40).

De acordo com Pacheco (2013, p. 58), a integralidade no cuidado significa integrar ações preventivas, curativas e de reabilitação, estabelecendo o vínculo e responsabilização diante o problema de saúde.

[...] na linha de cuidado há um acordo assistencial com foco no usuário, considerado o elemento estruturante do processo de produção da saúde. É um trabalho contínuo, articulado, horizontal, de atenção ao paciente, que se realiza por meio de uma abordagem multiprofissional de acordo com suas necessidades. A organização por linha de cuidado se dá mediante trabalho em equipe como somatório de ações específicas de cada profissional, como linha de montagem do tratamento da doença, tendo a cura como ideal (PACHECO, 2013, p.58)

É possível identificar que a ERD constitui-se em uma estratégia que não limitou-se aos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde, chegando até países de língua espanhola que fazem fronteira com o município.

Foi legal, nós tivemos uma parceria com o pessoal da Unipampa, muito contato com o pessoal do Uruguai também que nos deixou, assim, grandes momentos, fomos

para outros eventos junto com eles e ainda estamos continuando com isso (P1)

A instituição Universidade Federal do Pampa, Unipampa, surge através da política de expansão e renovação das instituições Federais de educação Superior promovida pelo Governo Federal. Nasce além de tudo, no intuito e com o desafio de contribuir com a região fronteira-oeste (GOMES; GUEVEDO; TORRES, 2010). Através do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE), desenvolvido juntamente com a Secretaria Municipal de Saúde de Uruguaiana, foi disponibilizado recursos pelo Ministério da Saúde no ano de 2013 para o desenvolvimento de ações em diferentes eixos de trabalho, sendo estes a orientação teórica, cenário de práticas e orientação pedagógica. Pretendem por meio da participação de bolsistas, desenvolver e integrar o trabalho desenvolvido na Universidade e nos serviços de saúde pública do município, a partir de diagnósticos, análises e participação ativa (UNIPAMPA, 2013).

A gente deve participação da cidade de Bella Unión, foram tríplexes cidades, só não teve dos [...] argentinos, porque eles não tiveram interesse, foi ofertado, formando quase uma tríplex fronteira aqui. (P3)

Até a pouco fomos convidados a ir até lá para apresentar a escola de redução de danos no Uruguai (P4)

Faz-se interessante de ressaltar que durante o desenvolvimento no ano de 2014 da escola de RD em Uruguaiana, juntamente com a participação de profissionais do país Uruguai, ocorre neste mesmo ano a legalização da maconha neste país. Trata-se de uma lei que autoriza o estado a controlar o cultivo e a venda. A legislação estabelece três formas legais de acesso, sendo elas: o cultivo de até seis plantas por residência, se tornar sócio de um clube de cultivo, ou comprá-la em farmácias autorizadas. Para realizar isto, os usuários deverão optar por uma das alternativas e inscrever-se no cartório correspondente. O controle dar-se-á por meio do Instituto de Regulação e Controle de Cannabis. A iniciativa pode ser apreciada como uma estratégia que vem ao encontro da RD, pois nela é possível desenvolver um acompanhamento, que ao entendimento de militantes da proposta, desde sua concepção inicial em que a melhor maneira de tratar a dependência seria a manutenção de uma terapia com doses controladas, permitindo que o usuário desempenhe uma vida saudável e socialmente aceita. O presidente José Mujica defende o direito do país em experimentar alternativas para o controle das drogas, e considera que a lei não representa um culto à maconha. No Brasil, gera muita polêmica o assunto de sua legalização. Vidal (2009) contribui

a cerca do assunto, expondo que em meio a tantas controvérsias a respeito do potencial danoso do consumo da Cannabis, a única certeza quando tornados ilícita, está relacionada a violência e marginalidade, e quase sempre relacionadas com outros crimes, causando problemas tanto na vida dos indivíduos consumidores, quanto na comunidade da qual fazem parte. A discussão no Brasil gera polêmica, para os defensores da ideia de legalização, argumentam que ao regulamentar o uso, o governo transpõe a si um poder (comercialização e produção) que está sob as facções criminosas e o coloca nas mãos do estado, significando uma medida mais ampla se compararmos com a descriminalização, tendo por consequência, a proteção do consumidor da violência policial (KIEPPER; ESCHER, 2014). Ainda sobre o assunto, Kiepper e Escher afirmam que a lei de regulação da maconha do Uruguai estão diretamente relacionadas a saúde pública.

A expectativa, segundo o governo uruguaio, é de que a regulação da maconha reduza os danos e proteja os habitantes do país dos riscos implicados no vínculo com o comércio ilegal e o narcotráfico, buscando, mediante a intervenção do Estado, atacar as devastadoras consequências sanitárias, sociais e econômicas do uso problemático, assim como reduzir a incidência do crime organizado (KIEPPER; ESCHER, p. 2, 2014)

A seguir, identifica-se a importância da RD frente à percepção de enfrentamento no país uruguaio, conforme relato:

E mais uma vez nós fomos, nesse último congresso que a gente foi, nós nem sabíamos que era internacional, tanto que tava o pessoal do ministério estava lá... que surpreendeu, mesa de abertura foi nossa, a gente levou um susto, a gente não pensou que ia ser coisa tão importante assim e aí nós fomos e apresentamos integrado com as colegas do Uruguai e foi assim [...]. Foi muito legal, pra nossa surpresa teve um pessoal do SENAD, estava lá, que é ligado ao ministério da Presidência da República e de todos que ali apresentaram. Livramento apresentou, todas as outras cidade o mais impactante todo mundo veio conversar com a gente e as colegas de Bella Unión, o mais assim foi o nosso, né P1, foi muito legal, a gente não esperava essa repercussão [...]. (P2)

Acho que a gente pode falar até da Espanha! O médico que veio, que a gente conheceu, falamos da escola também, e ele coordena uma comunidade terapêutica. (P4)

É que a gente não pensava que a escola teria toda essa repercussão, a gente pensou que ia ser mais aqui. (P2)

Ficou evidente através da análise das falas que o impacto da ERD vai além do município. Embora recém-formada neste ano de 2015 a primeira turma, na realidade local já é

possível verificar o início de mudanças na atuação, nas práticas desenvolvidas por alguns destes profissionais, principalmente no acolhimento. Vislumbra-se que através da qualificação destes profissionais, haja mudanças e reflexão a partir da vivência dos serviços de saúde, na busca da ampliação das ações, caracterizando-se como uma estratégia que envolve as relações interpessoais, pautado no respeito e problematização do fazer. Estudos na literatura apontam a importância e a relação do acolhimento como resultado de um dispositivo que gera o aprendizado a partir do cotidiano de trabalho. Segundo Sampaio et al (2014), a Educação Permanente é este dispositivo que propicia a necessária auto análise dos trabalhadores, sendo que o processo de trabalho seja fruto da reflexão com vista a qualificação do cuidado em saúde. Para ele a estratégia de ouvir as necessidades do usuário, assumindo um papel capaz de acolher e dar respostas, torna-se uma maneira de assegurar o acesso e contribuir com a humanização do atendimento no SUS.

[...] na forma que os profissionais acolhem, uma das agentes comunitárias, onde um dia chegou um paciente que estava alcoolizado, e as pessoas do posto mandaram ele embora [...] e essa moça disse: como vão mandar embora? Né?! Então ela teve essa semente germinada dentro dela e foi uma coisa que eu disse pra eles que hoje é difícil, no início é difícil aceitar um pouco essa coisa de redução de danos, mas por algum motivo no final do curso vocês vão entender. (P1)

[...] acho importante registrar que durante as atividades, tarefas de campo, onde eles deveriam ir até as unidades de saúde, foram escolhidos cinco grupos, esses cinco grupos eles escolheram cinco unidades, na verdade seis onde eles deveriam expor a escola de redução de danos, e eles sem a nossa participação, deveriam ir lá, preparar uma apresentação, conversar, interagir com a equipe, tirar as dúvidas, mostrar o que era a redução de danos, aquela nossa abordagem. A redução de danos é muito ampla, eu sempre brincava, mas estávamos lidando com a redução de danos e nós não éramos como os xiitas, era uma redução de danos mais moderada, "light-moderada". O interessante foi o retorno que nos deram, pois as pessoas não tinham ideia de que isso existe, a redução de danos, e pode ser considerada uma abordagem terapêutica né!? no sentido de que, de que conduzir as pessoas com sofrimento mental ou com álcool e drogas. Isso que eu acho muito interessante, inicialmente participaram grandes equipes, nós tínhamos unidades que tinham uma grande responsabilidade em termo de território na época [...] Eu vejo assim que esse impacto é inicial, a gente recém formou a primeira turma, a semente foi plantada, a gente plantou a semente em vários setores da secretaria e fora daqui da cidade. A gente espera que essa semente que foi plantada, da redução de danos ela siga de forma a fomentar, que isso siga dentro das equipes [...] eu vejo que ainda tem um grande potencial se ainda não surgiu, que possa "mensura" de forma palpável, eu acho que ela foi de grande valia, no sentido de profissionais que receberam as orientações, receberam essa parte de educação permanente e tão capacitados para tal, e agir em campo, quanto para agir dentro das equipes. (P3)

O acolhimento, a informação sobre os riscos do uso/abuso de drogas, o reconhecimento das melhorias possíveis e desejáveis, tanto a saúde do próprio usuário em características psicológicas/orgânicas, quanto no fator social, são potencialidades a serem

desenvolvidas ou aprimoradas para a prestação de serviços/tratamentos que resultem em mudanças positivas. Sensibilizar todos os trabalhadores da saúde, de forma a atuar interdisciplinarmente, é o objetivo a ser alcançado por estratégias como esta por meio da educação.

6.3 Desafios para manutenção da ERD no município de Uruguaiana

Faz-se necessário, para o funcionamento da ERD um aporte financeiro mínimo, já constatado através da fala de determinado participante (P2), havendo a necessidade de gastos com o pagamento da equipe executora do projeto. Nota-se, que este “questo” não apresenta preocupações, ficando a cargo do município o incentivo necessário, sendo agora novos desafios para a continuidade das ações.

Bom, primeiro eu acho que a gente já venceu, que é o avanço financeiro (P2)

A única coisa que eu to vendo ainda, e que está preocupando, não que esteja dificultando, mas preocupando, é um dos, principalmente profissional, o [...] e a [...], eles tão no projeto, eles tão no ESF, e possivelmente eles não consigam estar junto com nós na escola, por que eles não tem como receber uma... por que eles recebem tipo uma FG, então eles não podem ter duas, por que eles já tem. Provavelmente a gente esteja perdendo estes. Claro, eles disseram a gente vai de vez em quando, mas de vez em quando é uma coisa que não pode! (P1)

Tem toda uma preparação né, um novo desafio seria constituir uma nova equipe. (P2)

Ou de alguma forma conseguir manter essa equipe. (P1)

[...] a escola de redução foi bem vista, quanto a nossa chefia direta, com o gestor municipal, um passo muito grande para obter êxito, [...] na questão da prorrogação da escola. (P3)

Manter uma equipe segundo o relato dos participantes é o principal desafio para a continuidade das ações. Não caracteriza-se como uma “dificuldade” segundo o P1, mas sim traz uma preocupação a mais, devido a impossibilidade de dois atuais membros da equipe executora receber o incentivo financeiro sobre a função que desenvolvem neste espaço, pois a partir deste ano de 2015, houve mudanças na constituição da atenção primária em saúde do município, passando de Unidades Básicas de Saúde a Estratégia Saúde da Família, onde os profissionais ocupam um cargo que recebe uma gratificação complementar (cargo comissionado), entrando em desacordo conforme a legislação, em receber mais de uma desta.

Contudo, podemos concluir que uma nova equipe pode ser constituída, trata-se apenas de diferentes profissionais, que devem apresentar uma convicção e identificar sua potencialidade na linha de cuidado que estarão envolvidos, uma nova forma de enfrentar a dependência às drogas, para que somente assim seja possível obter-se êxito.

6.4 A ERD como estratégia de Educação Permanente em Saúde

Na perspectiva de mudanças no cenário da saúde no Brasil, instituiu-se no ano de 2007, uma política Nacional de Educação Permanente. É possível concluir através do levantamento de informações coletadas, as quais constam nos resultados desta pesquisa, a importância e correlação da Escola de Redução de Danos no município de Uruguaiiana, com a proposta nacional, pelo fato de ser uma política formulada para alcançar o desenvolvimento dos sistemas de saúde, sendo possível a formação e adaptação de trabalhadores mediante a as constantes mudanças e necessidades, presentes no seu complexo sistema de funcionamento, por meio da aprendizagem significativa, incluindo todos os indivíduos envolvidos em saúde na busca de resolutividade. Segundo Massaroli e Saupe (2008, p.3)

[...] a Educação Permanente parte da reflexão sobre a realidade do serviço e das necessidades existentes, para então formular estratégias que ajudem a solucionar estes problemas. Ainda nesta perspectiva a Educação Permanente é considerada como a educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho nos diferentes serviços cuja finalidade é melhorar a saúde da população. (MASSAROLI; SAUPE, 2008, p.3)

A educação permanente aborda a reflexão da prática profissional e enfatiza a problematização, sendo o cotidiano uma ferramenta de ensino e aprendizado. A partir disto, pressupõe-se que através das falas, é possível sim elencar a Escola de Redução de Danos segundo os profissionais como uma ferramenta de Educação Permanente.

Tanto não só pode, como a gente deu o primeiro passo para que fosse né, o simples fato da gente ter discutido essa questão do grupo, nos locais de trabalho deles, foi uma forma da gente carregar a abordagem, a doutrina, a abordagem da redução de danos pra dentro das equipes de uma forma multiprofissional né!? não destinada em si, só a determinada classe de profissional, e sempre respeitando a vivência dos profissionais, como a gente fez aqui dentro, quando teve aquela troca de professor/aluno, quando a gente estava ministrando aula [...]é uma abordagem muito válida, que deverá fomentada, e incentivada cada vez mais dentro das equipes, nossa intenção pelo menos é, eu penso que é, a semente foi plantada nos profissionais e cabe isso a gente sempre ressaltava, quem quiser semear a sementinha, eles vão levar a questão da política de redução de danos para dentro da equipe, eles vão ter que germinar lá dentro, fazer com que essa abordagem né, seja, também faça parte da abordagem do acolhimento né, e que eles formem outros

redutores de danos também né!? Essa foi uma das nossas principais metas, formação de multiplicadores, não só redutores de danos, mas multiplicadores da política nacional de redução de danos. (P3)

No Estado do Rio Grande do Sul, a Escola de Saúde Pública demonstra-se a principal indutora da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (TORRES et al, 2008). Por meio da existência de pólos de Educação Permanente em Saúde, local de articulação interinstitucional em iniciativas locais, caracterizados como instâncias ou dispositivos do SUS responsáveis pela gestão de processos educativos significativos e agregadores de transformadores da atenção em saúde, atende ao que está proposto na portaria 1.996 de 20 de Agosto de 2007, a qual dispõe sobre diretrizes para a implementação da Política Nacional, em seu Art. 2º o qual denota “a condução regional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde dar-se-á por meio dos Colegiados de Gestão Regional, com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES)”, pactuou-se entre os gestores do SUS, Conselho Nacional de Saúde e Comissão de Intergestores Tripartite, uma composição que envolva instituições de ensino, instâncias de gestão e de serviço do SUS, os conselhos de saúde e os movimentos sociais locais, os estudantes e os docentes, os trabalhadores e outros participantes identificados com o campo da formação e do desenvolvimento (CECCIM, 2005). O município de Uruguaiiana integra a 10ª Coordenadoria Regional de Saúde, Região Centro-Oeste (Alegrete), desta forma é identificado como membro da 10ª CIES de um total de 19. A comissão que compõem a gestão Estadual está definida da seguinte maneira: 1 representante das CIES regionais, representantes da gestão Estadual de Saúde, gestor Municipal da Educação, gestor Estadual de Educação, trabalhadores da saúde, instituições de ensino à nível técnico-administrativo, docentes e discentes, e movimentos sociais de saúde (TORRES et al, 2008)

Sustentando nos princípios e diretrizes do SUS, vem a apresentar propostas que causem impacto no ensino, gestão, atenção e controle social. Campos (2003, apud CECCIN; FEUERWERKER, 2004, p.43) coloca que o trabalho das equipes e das organizações de saúde “deve apoiar os usuários para que ampliem sua capacidade de se pensar em um contexto social e cultural”. De maneira prática, “isto poderia ser realizado tanto durante as práticas clínicas quanto as de saúde coletiva”. Para Campos, essencialmente, “caberia repensar modelos de atenção que reforçassem a educação em saúde, objetivando com isso ampliar a autonomia e a capacidade de intervenção das pessoas sobre suas próprias vidas”.

Conforme Ceccin e Feuerwerker (2004), a formação engloba diversos aspectos, partindo da produção de subjetividades, habilidades técnicas e de pensamento e adequado

conhecimento do SUS. Entendem que “ a formação para a área da saúde deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho “evidenciando a necessidade de “ estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações “.

Cabe ao SUS e instituições formadoras sistematizar e analisar permanentemente informações da realidade, problematizar o trabalho, construir significados e prática com orientação social, através da participação de gestores, formadores, usuários e estudantes. No ano de 2003, mediante a esta reflexão, dispõe-se o conceito de quadrilátero da formação (ensino, gestão, atenção e controle social) (CECCIN; FEUERWERKER. 2004).

Como se analisa na fala do participante (P1), é possível identificar que a ERD enquadra-se essencialmente conforme autor acima demonstra- o quadrilátero, havendo a inter-relação e articulação entre Secretaria Municipal de Saúde (com grupo de controle social, membros do conselho de saúde) e instituições de ensino.

Em relação à educação permanente, quando nós abrimos essas vagas para a escola de redução de danos, tivemos assim a preocupação de colocar dentro da escola, não só um tipo de profissional, uma classe profissional de alunos, mas formar um quadrilátero também, onde nós tínhamos gestores, nós tínhamos pessoas da comunidade né!? nós tínhamos pessoas profissionais, alunos de universidade, do SENAC, da Unipampa, nós tivemos o pessoal do controle social e de técnicos, psicólogos, trabalhadores da saúde. Então nós tivemos o quadrilátero que rege a educação permanente. (P1)

E nós até tivemos assim no começo, quando nós falamos que vamos abrir para profissionais de nível superior né, e aí que teve um pouquinho de resistência de alguns membros da nossa equipe, que pra falar para um profissional de nível superior é uma coisa e falar de nível médio é outra. Não! nós vamos manter uma forma que todos eles possam estar em entendimento. (P1)

E foi que eu ouvi muito, uma troca de conhecimento, respeitar os saberes e essa troca de experiência de todos, que eles trouxessem. (P2)

A vivência eu acho que foi o principal né, a troca de vivências e isso vai totalmente de encontro com a questão, com as políticas, deixou que inicialmente a ideia “ seria “ uma educação continuada, um curso, uma especialização, na verdade, na verdade acabou sendo uma atividade de educação permanente no sentido em que as abordagens e a condução, se organizou e foi orgânica, o nosso planejamento inicial foi um, e depois conforme o andar da escola a gente teve que adaptar né (P3)

Diferentemente da Educação continuada, considerada uma forma de atualização e capacitação profissional, a Educação Permanente apresenta-se com estratégia de reflexão a

partir das vivências, considerando o trabalho como local de ensino e aprendizado. Em outras palavras, podemos dizer que cada um tem algo a ensinar e aprender.

Mediante a afirmação que o processo de trabalho é o objeto de transformação, sendo a Educação Permanente segundo Massaroli e Saupe (2008) uma proposta de uma nova forma de transformar os serviços, trabalhando com todos envolvidos com a saúde, pode-se dizer que a ERD vem a contribuir para esta mudança, sendo possível chegar ao consenso da sua real vinculação de proposta, ficando evidente através da fala:

Acho que nem tem como desvincular, a questão da, se a gente for falar não só sobre redução de danos, mas como qualquer outra política, ela vai ter que ser arraigada, ligada no processo de trabalho, é uma coisa mais nova né, mas perfeitamente ela faz parte, e a intenção é que se faça mais parte ainda do processo de trabalho e principalmente na atenção aos usuários da saúde mental, que uma demanda que vem crescendo bastante, não é que venha crescendo é que ta sendo identificada, sendo mais identificada, não sei o termo mais correto. (P3)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso ou abuso destas substâncias, categorizadas em drogas lícitas e ilícitas trazem consequências tanto para a saúde dos indivíduos em uso, quanto à sociedade, com seus julgamentos e forma de pensar quanto ao assunto, assim uma problemática de cunho social a partir da violência e discriminação a que estes usuários estão sujeitos.

A Redução de Danos surge como uma importante estratégia no que se refere dependência química, já que visa mostrar a melhor maneira de enfrentar certas situações de risco decorrentes do uso das drogas, reduzindo estes riscos sem impor abandono a dependência, assim sem causar constrangimento ou afastamento por parte dos usuários, resgatando estes ao contato com um serviço de saúde. Ela deve integrar a saúde pública, focalizando suas ações em prol da população usuária de drogas, familiares e que os envolve embasada no respeito aos direitos humanos e nas diferenças existentes em nossa sociedade como todo, e principalmente no que a compõem, seres humanos com suas particularidades, diferentes formas de pensar, diferentes motivos a desenvolver determinadas ações, em suas diferentes demandas.

Embora a dificuldade encontrada e superada após determinado tempo para a implantação da ERD no que diz respeito à gestão, através desta pesquisa, foi possível identificar a grande importância desta iniciativa da implantação no município de Uruguaiana, RS, não apenas por tratar-se de seu pioneirismo na região e dentre outros município que também no mesmo ano foram contemplados via edital do Ministério da Saúde à incorporação desta estratégia de enfrentamento às drogas, mas sim como uma nova proposta e visão a cerca do assunto, caracterizando-se e pautado nos direitos humanos, no respeito ao próximo, em busca de ações que visam assegurar a qualidade de vida dos indivíduos. O redutor de danos, deve “despir-se” de valores, conceitos, trabalhando em prol da oferta da informação e autonomia ao indivíduo. A ERD transforma-se numa importante estratégia que vem ampliar e qualificar a Rede de Atenção em Saúde Mental do município. Além de tudo, ainda ressalto a importância da parceria estabelecida com o país do Uruguai, representando uma integração que busca amenizar os problemas que ainda exacerba-se mais em região de fronteira, o comércio e tráfico de entorpecentes, devido ao fluxo de pessoas e transporte de cargas rodoviárias fortalecendo comércio exterior.

Em relação à vivência, através da relação existente entre a Instituição Universidade Federal do Pampa e Secretaria Municipal de Saúde, a participação das atividades torna-se um

momento de grande aprendizagem, fundamental para um posicionamento com convicção de estar a frente de uma abordagem que representa uma alternativa frente às dificuldades apresentadas no cenário do país sobre o consumo de drogas. É essencial que possamos estar dispostos a enfrentar um cenário cada vez mais desolador, mas sobre tudo, com capacidade de discernimento e vontade de promover mudanças, por mais lentas que sejam, ou melhor, de forma gradual. Desta forma que avançamos na consolidação da defesa de indivíduos descriminalizados e abandonados pela sociedade. Permite além de tudo, uma nova forma de entender sobre o assunto drogas. Não se trata de incentivo ou apologia ao uso, mas sim uma forma de relação que visa minimizar os danos ao mesmo tempo que trabalha com novas possibilidades em conjunto.

Espera-se que este estudo venha contribuir para a ampliação de ações na área, demonstrando a importância de qualificar os profissionais, tornando propositivas mudanças no atual cenário, que realmente apresenta-se em grande problemática relacionado à Saúde Pública em diversas regiões do país.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, T.M. et al. **Redução de danos e redução da prevalência de infecção pelo HIV entre usuários de drogas injetáveis em Salvador-Bahia.** In: *A contribuição dos estudos multicêntricos frente à Epidemia de HIV/Aids entre UDI no Brasil : 10 anos de pesquisa e redução de danos.* Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 95-114

BRASIL, **Caminhos do Cuidado: caderno do tutor** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde; Grupo Hospitalar Conceição, Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - Escola GHC. Brasília: Ministério da Saúde, p. 180, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente.** Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, p.64, 2009. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf> acesso em: 14 Maio de 2015

BRASIL, Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 1.028/GM DE 1º DE JULHO DE 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência.** Diário Oficial da União, Brasília, DF. 04 Jul. 2005. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1028.htm>>. Acesso em: 12 Jan. 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008. 72 p. Disponível em <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_textos_cartilhas_politica_humanizacao.pdf> acesso em: 14 Maio de 2015

BRASIL, Ministério da Saúde/FIOCRUZ/Ministério da Justiça/Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Perfil do usuários de Crack e/ou similares no Brasil.** 2013. Disponível em <<http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/maior-pesquisa-sobre-crack-j%C3%A1-feita-no-mundo-mostra-o-perfil-do-consumo-no-brasil>>. Acesso em 21 de Jun de 2015.

BRASIL, SUPERA: **Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas:Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento.** 2006. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:4Q2H_zbNtSUI:www2.ufrb.edu.br/crr/material-didatico-ok/category/5-curso-de-Atualizacao-sobre-intervencao-breve-e-

aconselhamento-motivacional-em-crack-e-outras-drogas%3Fdownload%3D72:a-rede-de-atencao-a-usuarios-de-alcool-e-outras-drogas+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br> acesso em: 05 de Jun de 2015

BRASIL, Universidade Federal do Pampa. **Área da Saúde em Uruguaiana é contemplada com projetos PRÓ-SAÚDE e PET-SAÚDE**. Disponível em <<http://www.unipampa.edu.br/portal/noticias/2945-area-da-saude-em-uruguaiana-e-contemplada-com-projetos-pro-saude-e-pet-saude>> Acesso em: 19 jun de 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas** – Brasília: **Ministério da Saúde**, p. 60, 2003. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, v.10, n.4, p 975-986, 2005.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura CM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

COELHO, Heloísa Veiga.; SOARES, Cássia Baldini. Escola de Redutores de Danos: Experiência de formação na perspectiva da Saúde Coletiva. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. especial, p. 70-81, 2013.

CORRÊA, Lea.C.; BECCARIA, Lucia; AMORIM, Renée ; PACHECO. SIRLEIS.; VACONDIO. Simone.; FECHIO.Petronilha.B. Coleta de dados de enfermagem em unidade coronária: validação de instrumento. **Arq Ciência Saúde**, v.15, n.2, p. 65-69, 2008

CRUZ, Marcelo Santos. Redução de Danos, prevenção e assistência. **Ministério da Justiça/SENAD**. Brasília, p 155-177, 2011. Disponível em: <http://www.conseg.pr.gov.br/arquivos/File/Livro_completo_SENAD5.pdf>. Acesso em: 20 Nov. 2014.

CRUZ, Olga Souza ; MACHADO, Carla. Consumo não problemático” de drogas ilegais. *Toxicodependências* v.16, n.2, p. 39-47. 2010

DELBON, Fabiana; ROS, Vera; FERREIRA, Elza Maria Alves. Avaliação da disponibilização de Kits de Redução de Danos. **Rev. Saúde e Sociedade** v.15, n.1, p.37-48, 2006

DUARTE, Maria de Lourdes Custódio; CAMPOS, Liene Maria Pereira; MONTEIRO, Lais Rodrigues; OLIVEIRA, Moroni Correa. A implantação de um núcleo municipal de educação em saúde coletiva no município de Uruguaiana/rs. **Revista contexto & saúde** .Ijuí, v. 12, n. 22,p 9-14, 2013.

ELIAS, Lucília Almeida; BASTOS, Francisco Inacio. Saúde Pública, Redução de Danos e a Prevenção das Infecções de Transmissão Sexual e Sanguínea: revisão dos principais conceitos e sua implementação no Brasil. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, n.12, v.16. p.4721-4730, 2011.

FIGUEIREDO, Antonio Macena; SOUZA, Soraia Riva Goudinho. Como elaborar projetos, monografias, dissertações e teses: da redação científica à apresentação de texto final- 4 Ed. Rio de Janeiro, **Lumen Juris**, 304 p, 2011.

FONSÊCA, Cícero José Barbosa. Conhecendo a Redução de Danos enquanto uma proposta Ética. **Psicologia & Saberes**, v.1, n.1, p.11-36. 2012.

GARCIA, Maria Lúcia Teixeira; LEAL, Fabíola Xavier., ABREU, Cassiane Cominoti. A política antidrogas brasileira: velhos dilemas. **Psicologia & Sociedade**, v. 20, n.2, p 267-276, 2008

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**- 4º Ed, São Paulo: Atlas, 2007.

GOMES, Bruna Cristiane Furtado; GUEVEDO, Rosangela Clair; TORRES, Odete Messa. **EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA REGIÃO SANITÁRIA DA 10ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UM PROJETO DE EXTENSÃO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA**. v.2, n.1, 2010. Anais Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão.

GONCALVES, Renata Weber; VIEIRA, Fabíola Sulpino; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. **Rev. Saúde Pública** [online], v.46, n.1, pp. 51-58, 2012.

INPAD. Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas. **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas**, 2012. Disponível em < http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2013/04/LLENAD_ALCOOL_Resultados-Preliminares.pdf> acesso em 12 de Jun 2015.

JUNIOR, Marcilio Barbosa Mendonça de Souza; MELO, Marcelo Soares Tavares. SANTIAGO, Maria Eliete. **Rev. Movimento**. Porto Alegre, v. 16, n. 03, p. 31-49, 2010.

KIEPPER, André; ESCHER, Angela. A regulação da maconha no Senado Federal: uma pauta de Saúde Pública no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n.1, p.1-3, 2014.

MACHADO, A. R. MIRANDA, P. S. C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da justiça à saúde pública. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 14, n.3, p. 801-821, 2007.

MACHADO, Leticia Viers; BOARINI, Maria Lúcia. Políticas sobre drogas no Brasil: A Estratégia de Redução de Danos. **Psicologia: Ciência e Profissão**. Brasília, v. 33, n.3, p 580-595, 2013

MALTA, Deborah Carvalho et al . Prevalência do consumo de álcool e drogas entre adolescentes: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 14, supl. 1, p. 136-146, 2011.

MARTINI, Angela Conte. **Lavagem das mãos no olhar de trabalhadores de enfermagem**. 2004. Disponível em < <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/5028>> acesso em: 20 Maio de 2015.

MASSAROLI, Aline; SAUPE, Rosita. **DISTINÇÃO CONCEITUAL: EDUCAÇÃO PERMANENTE E EDUCAÇÃO CONTINUADA NO PROCESSO DE TRALALHO EM SAÚDE. Projeto de pesquisa-** Universidade do Vale do Itajaí, SC, 2008. Disponível: www.abennacional.org.br/2SITE/Arquivos/N.045.pdf. Acesso em: 28 Maio 2015

MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 22 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

NARDI, Henrique Caetano; RIGONI, Rafaela de Quadros. Mapeando programas de redução de danos da Região Metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. vol. 25, n. 2, p. 382-392, 2009.

NIEL, Marcelo; SILVEIRA, Dartiu Xavier. **Drogas e redução de danos: uma cartilha para profissionais de saúde**. São Paulo: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://issuu.com/andrealuzsilva/docs/drogas_e_redu__o_de_danos_-_cartilha_do_crack. Acesso: 27 nov. 14

OLIVEIRA, Mirian Gracie Plena Nunes. **Consultório de rua: um relato de experiência**. 2009. 146 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

PACHECO, Maria Aniana Araújo Gomes. **Política de redução de danos a usuários de substâncias psicoativas: práticas terapêuticas no Projeto Consultório de Rua em Fortaleza, CE**. Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Estudos Sociais Aplicados, Curso de Mestrado Acadêmico em Políticas Públicas e Sociedade, Fortaleza, 2013. Disponível em: <http://www.uece.br/politicasuece/dmdocuments/disserta%C3%A7ao_Eniana.pdf>. Acesso em: 27 nov. 14

PASSOS, E; SOUZA, T.P. Redução de danos no Brasil: aspectos históricos e políticos. **Ética e Subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, p.96-11. 2009.

PUGLISI, M.L.; FRANCO, B. **Análise de conteúdo**. 2. ed. Brasília: Líber Livro, 2005.

QUEIROZ, Isabela Saraiva. Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 21, n.4, p. 2-15, 2001.

RESSEL, Lúcia Beatriz; BECK, Carmem Lúcia Calomé; GUALDA, Dulce Maria Rosa; HOFFMANN, Izabel Cristina; SILVA, Rosângela Marion ;SEHNEM, Graciela Dutra. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v.4 n. 18, p 779-86, 2008.

SAMPAIO, Juliana; SANTOS, Kathya Suenia Diniz; CARVALHO, Pollyanna Oliveira Formiga; BRONZEADO, Nathália Franca Falcão Dantas; Oliveira, Rosane Angelo. PET-SAÚDE E EDUCAÇÃO PERMANENTE: DISPOSITIVOS POTENTES NA PROBLEMATIZAÇÃO DO ACOLHIMENTO NA SAÚDE DA FAMÍLIA. **Rev. Brasileira de Ciências Saúde**. v.18, n.50, p. 49-54, 2014.

SODELLI, Marcelo. A abordagem proibicionista em desconstrução: compreensão fenomenológica existencial do uso de drogas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p.637-644. 2010

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **Manguinhos**, Rio de Janeiro, vol. 9, n. 1, p 25-59, 2002.

TORRES, Odete Messa ; PLEIN, Fatima de Barros. ; DIAS, Miriam Thais Guterres; SCHAKOFSKI, Fábio Luciano. . Caminhos da Educação Permanente em Saúde: a trajetória do Estado do Rio Grande do Sul. In: Sandra Regina Vial; Miriam Thais Guterres Dias; Fátima

de Barros Plein; Maria Élide Machado. (Org.). A Política de Educação Permanente em Saúde: a trajetória no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: SES/ESP/RS, p. 21-40, 2008.

TRAD, Leny A. Bomfim. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 3, 2009 .

VARGENS, Renata Werneck; CRUZ, Marcelo Santos; SANTOS, Manoel Antônio dos. Comparação entre usuários de crack e de outras drogas em serviço ambulatorial especializado de hospital universitário. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. spe, p.804-812, 2011.

VIDAL, Sergio. A regulamentação do cultivo de maconha para consumo próprio: uma proposta de redução de danos. Salvador: EDUFBA; Salvador: **CETAD**, p.61-96, 2009,

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: Implantação da Escola de Redução de Danos e a Educação Permanente no município de Uruguaiana, RS

Pesquisador responsável: Michele Bulhosa de Souza

Pesquisadores participantes: Moroni Correa de Oliveira e Odete Messa Torres

Instituição: Universidade Federal do Pampa – Unipampa

Telefone celular do pesquisador para contato (inclusive a cobrar): (55) 9191-7454

Você está sendo convidado(a) para tomar parte como voluntário em uma pesquisa para trabalho de conclusão de curso (TCC) intitulada “Implantação da Escola de Redução de Danos e a Educação Permanente no município de Uruguaiana, RS”, que tem por objetivo Analisar o processo de implantação da Escola de Redução de Danos no município de Uruguaiana.

Sua participação se dará através de um grupo focal. O grupo focal é uma técnica de entrevistas realizadas coletivamente. Nos grupos focais ocorrerá debate entre profissionais que possuem experiências sobre a temática a ser discutida.

O grupo focal será conduzido por um moderador e através de um roteiro com perguntas pré-estabelecidas de acordo com o objetivo da investigação. Serão realizadas sessões no turno da tarde até a obtenção de consenso. As sessões serão gravadas com em áudio e posteriormente serão transcritas para análise. As agendas do grupo focal serão pré-estabelecidas e as sessões ocorrerão nas dependências do Auditório do Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC), sendo conduzido pelo pesquisador da Universidade Federal do Pampa.

O benefício direto desse estudo refere-se colaboração por meio de estudo científico da identificação das potencialidades do desenvolvimento do curso de Redução de Danos e sua importância como ferramenta para qualificar os profissionais envolvidos, contribuindo para maior abrangência de ações na Rede de Atenção em saúde Mental do município que envolva o cuidado aos dependentes químicos.

Os possíveis riscos referentes à sua participação dizem respeito somente à possibilidade de você apresentar cansaço e certo desconforto físico em algum momento dos debates em função do tempo gasto na realização de debates em grupo. Para minimizar estes riscos, haverá medidas de descanso como: pausar entre as discussões acompanhadas de coffee break e término das discussões, agendando um novo encontro. Contudo, sua participação não lhe acarretará custo pecuniário algum, embora também não lhe acrescente qualquer vantagem financeira.

Seu nome e identidade serão mantidos em sigilo e os dados da pesquisa serão armazenados pelo pesquisador responsável. Os resultados desse trabalho poderão ser divulgados em encontros ou revistas científicas. No entanto, seu nome, instituição a que pertence ou qualquer outra informação que esteja relacionada à sua privacidade não serão divulgados.

Após ser esclarecido (a) sobre as informações acima citadas, no caso de aceitar fazer parte do estudo, o participante assinará o documento que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra será arquivada pelo pesquisador responsável.

Por meio deste documento e a qualquer tempo o **Sr. (a)** poderá solicitar esclarecimentos adicionais sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar. Também poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento, sem sofrer qualquer tipo de penalidade ou prejuízo.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO e estou de acordo em participar do estudo proposto.

Nome do Participante da Pesquisa/ou responsável: _____

Assinatura do Participante da Pesquisa

Uruguiana _____ de _____ de 2015

APÊNDICE B - Instrumento de pesquisa

1- Identificação

Nome: _____

Formação Profissional: _____

Idade: _____

Sexo: () M () F

Tempo de formação profissional: _____

Possui algum curso de especialização: () Sim () Não. Qual (is): _____

2- Roteiro da Entrevista

2.1 De que forma implantou-se a Escola de Redução de Danos no município?

2.2 Qual o público/ categoria profissional a que se destina a escola de formação em RD?

2.3 Qual é a configuração atual da Rede de Atenção em Saúde Mental do município? Tendo em vista esta atual conformação como vocês percebem a Escola De Redução de Danos neste cenário?

2.4 Quais os desafios para a manutenção da Escola de RD no município?

2.5 O curso de RD pode ser uma estratégia para Educação Permanente?