

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA – FACULDADE DE EDUCAÇÃO
LICENCIATURA EM PSICOLOGIA**

**FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO EM REDUÇÃO DE DANOS:
A PSICOLOGIA E A EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

DINARA BERTAZO PAZ DA SILVA

Porto Alegre, setembro de 2013.

DINARA BERTAZO PAZ DA SILVA

**FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO EM REDUÇÃO DE DANOS:
A PSICOLOGIA E A EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Monografia apresentada ao Curso de Licenciatura em Psicologia, do Instituto de Psicologia, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como Trabalho de Conclusão de Curso, requisito parcial à obtenção do título de Licenciado em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim
Área de Conhecimento: Educação em Saúde

Porto Alegre, setembro de 2013.

*Se a educação sozinha não pode transformar a sociedade,
tampouco sem ela, a sociedade muda.*

Freire (2000, p. 67)

LISTA DE SIGLAS

CAPS ad – Centro de Atenção Psicossocial em Álcool / Outras Drogas

CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas

CFP – Conselho Federal de Psicologia

ET-SUS – Escola Técnica de Saúde, do Sistema Único de Saúde.

LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional

MS – Ministério da Saúde

OEI – Organização dos Estados Ibero-Americanos

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PROFAE – Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem

RD – Redução de Danos

RET-SUS – Rede de Escolas Técnicas de Saúde, do Sistema Único de Saúde

SENAD – Secretaria Nacional da Política Sobre Álcool e Outras Drogas

SES – Secretaria Estadual da Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	6
INTEGRALIDADE E CUIDADO HUMANIZADO	9
EDUCAÇÃO, CONSTRUTIVISMO E PROBLEMATIZAÇÃO	12
EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	14
POLÍTICA NACIONAL SOBRE DROGAS	16
POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL PARA USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.....	21
EDUCAÇÃO PROFISSIONAL NO BRASIL.....	26
EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE.....	28
ASPECTOS ÉTICOS, METODOLÓGICOS E AVISO DE PRUDÊNCIA.....	30
O CASO ESCOLA TÉCNICA DO SUS.....	31
CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	36
ANEXO: CRONOGRAMA DO CURSO	38

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho tem como proposta a conclusão do curso de Licenciatura em Psicologia, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sendo realizado sob a supervisão do professor Ricardo Burg Ceccim, coordenador do EducaSaúde – Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde, da mesma Universidade, sediado na Faculdade de Educação.

O trabalho foi realizado por meio de uma *apresentação temática*, buscando articular a Psicologia e a Educação em Saúde Coletiva. Meu interesse pelo tema surgiu a partir do estágio de prática docente no conteúdo de Práticas Educativas em Saúde junto à Escola Técnica em Saúde, do Sistema Único de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (ET-SUS/RS) e da *curiosidade* em escrever sobre redução de danos e educação de trabalhadores no âmbito da integralidade e cuidado humanizado. Diante da necessidade de mudança na formação dos profissionais de saúde do SUS, cabe ressaltar que uma das propostas das ET-SUS, por meio de cursos direcionados aos trabalhadores de saúde, é a articulação de saberes, promovendo a prática da educação permanente em saúde a todos os profissionais inseridos no trabalho do setor público. Embora a educação permanente em saúde seja vista como algo desafiador, é defendida, ao mesmo tempo, como necessária, pois tradicionalmente o modo de funcionamento do setor da saúde é fragmentado em tantos quantos forem os campos de saber especializado.

Ceccim (2005), afirma que esta tendência de trabalho e formação por saberes e práticas fragmentados e especializados acaba por gerar profissionais com viés tecnicista (*experts*), cujo montante de conhecimentos e saberes impõem-se sobre todos os demais – profissionais, usuários, serviços e comunidade – promovendo a desapropriação dos outros saberes, desconsiderando a realidade local em prol do conhecimento especialista. Embora seja algo novo e desafiador, entende-se que a Educação Permanente em Saúde seja um caminho para que se possa tomar a prática da interdisciplinaridade e da intersetorialidade como tarefa é tica e operacional indispensável no trabalho em saúde. Um espaço onde os trabalhadores atuem não como “recursos administrativos”, mas, como “atores sociais”

protagonistas das mudanças necessárias, com capacidade de autoanálise e autogestão, implicando-se, dessa forma, no processo de cuidar e ensinar, também uma forma mais “atual” ao encontro estabelecido tanto pela “clínica”, como pela “pedagogia”. Atender e educar em saúde ocorrem no encontro clínico e no encontro pedagógico, sempre *em ato*, sempre no *aqui e agora* de um contato intensivo, prudente e interessado.

A saúde e a educação são campos teórico-práticos e políticos que, em sua composição com a defesa da vida ou da qualidade de vida, delineiam-se como práticas sociais que percorrem o conjunto de ações e projetos pessoais, culturais e institucionais em todos os níveis da atenção no sistema de saúde e da formação nos sistemas de ensino. Tais políticas devem deslocar o olhar e a escuta dos profissionais de saúde da doença para os sujeitos em potência de criação da própria vida, assim como dos profissionais de educação do erro para a construção de perspectivas *aprendentes*. O que se deve buscar é a produção de coeficientes crescentes de autonomia durante o processo de cuidado e de ensino em saúde. As políticas, portanto, de saúde e de educação deveriam estar comprometidas com serviços, ações, planos, projetos e redes que coloquem os sujeitos – usuários, alunos, profissionais de saúde e docentes, como protagonistas na organização do processo produtivo em saúde, entendendo-se que aí se produz saúde.

Quando falamos de autonomia, não estamos nos referindo a um processo de escolhas unicamente individuais ou de um exercício da vontade pura e simplesmente, posto que todo o tempo estamos imersos numa rede de saberes e poderes que constroem e destroem opções, que abrem e fecham caminhos, que libertam e constroem escolhas. Pode-se concluir que a atenção e a educação em saúde preservam uma outra maneira de trabalhar, colocando-se como interface no respeito às opções/condições individuais, no compromisso do trabalho clínico com a saúde coletiva e no envolvimento da educação com as pedagogias do corpo e da saúde.

Podemos afirmar, então, que nessa perspectiva da Saúde e da Educação, a Redução de Danos e a Educação Permanente em Saúde despontaram como instrumentos de potência para o trabalho clínico e pedagógico. Entendemos que estas abordagens poderão contribuir para a integralidade do cuidado, para a apropriação de sentido quanto ao conceito ampliado de saúde e para um construtivismo em educação onde o aprender e o ensinar se incorporem

à (re)construção da vida. Uma pedagogia problematizadora atravessa essas ideias e suas ações, colocando-nos diante da autoria quanto às nossas escolhas, nossas práticas e nossas formulações ao cuidar e ao ensinar.

O trabalho que se segue se refere ao exercício tímido da escrita, até então escondido numa profissão que retorna à academia, tentando articular Psicologia e Educação em Saúde Coletiva. Entendemos que a experiência docente do estágio colocou-nos diante de saberes novos à prática de ensino, mas também e de maneira incisiva no próprio modo de interpretar a subjetividade e conceber intervenções psicológicas. A intervenção em redução de danos - RD, no caso do cuidado com usuários de álcool e outras drogas, articula psicologia e educação em saúde coletiva.

O trabalho visitará os temas integralidade e cuidado humanizado; educação, construtivismo e problematização; a política nacional sobre drogas e a política nacional de saúde na atenção aos usuários de drogas; a educação profissional em saúde, destinada ao pessoal de escolaridade de nível médio e, por fim, o relato de uma experiência ou “caso” de pensamento. Todas as abordagens serão simples, diretas. Poder-se-ia falar em superficiais, mas cabe esclarecer que decorrem de uma intensidade absoluta no corpo desta estudante de Licenciatura que, pela primeira vez se aproximou da saúde como setor de políticas públicas e de formação educacional-escolar, a educação profissional em saúde onde tantos psicólogos já atuam como professores.

Integralidade e cuidado humanizado

Parte da abordagem presente aqui é tributária da matéria da jornalista Beatriz Salomão sobre integralidade e cuidado humanizado com o usuário de crack e outras drogas, constante da matéria na Revista RET/SUS (v. 5, n. 50, 2012, p. 5). Na perspectiva da integralidade e do cuidado humanizado com o usuário de álcool e outras drogas, o Sistema Único de Saúde (SUS), por intermédio do Ministério de Saúde, busca com programas voltados a esses cidadãos, *qualificar* profissionalmente os trabalhadores da área, por meio de suas Escolas Técnicas de Saúde. As Escolas Técnicas de Saúde, do SUS (ET-SUS) integram uma Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET/SUS), que congrega as 36 (trinta e seis) instituições públicas de educação profissional na área da saúde, no Brasil. A *qualificação* difere da *formação*, ambas constituindo parte da Educação Profissional, nível de escolarização correspondente à formação de técnicos de nível médio, ou seja, da profissionalização nas categorias dos trabalhadores técnicos. A *qualificação* se destina aos trabalhadores de nível técnico, de modo geral, podendo compor o itinerário formativo da educação profissional de formação de profissionais técnicos.

Atualmente, está sendo oferecido na ET-SUS/RS o Curso de Aperfeiçoamento em Redução de Danos pelo qual me interessei por ter feito parte da minha prática de estágio no Curso de Licenciatura em Psicologia, realizado nesta escola. O Curso de Aperfeiçoamento em Redução de Danos é pioneiro na ET-SUS/RS e, além de tratar desse tema pela primeira vez, contempla as diretrizes da Política Nacional de Enfrentamento do Crack e outras Drogas, inserida nas ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para a abordagem de cidadãos sob o uso problemático de crack, álcool e outras drogas na rede sanitária assistencial.

O Curso de Redução de Danos foi dividido em três módulos: Saúde Pública, Saúde Mental e Redução de Danos, por meio dos quais assuntos como humanização do cuidado, efeito das drogas, organização do SUS, políticas de saúde mental e estratégias de comunicação deveriam ser abordados, de maneira construtivista e problematizadora. Nesse sentido, a ET-SUS/RS começou o trabalho já com o foco na Educação Permanente em Saúde e desenvolvimento de profissionais das redes de atenção, acreditando que a estratégia para

incidir na prevenção e no controle do uso problemático de crack, álcool e outras drogas é a promoção e educação da saúde.

Considerando que “o debate sobre o tema das drogas vem ocupando todos os espaços sociais, não permitindo a nenhum cidadão mostrar-se indiferente ou alheio” (Manifesto CFP, 2011), os temas da integralidade e da humanização ganham especial relevância, seja na assistência, seja na formação e educação permanente em saúde. A ET-SUS/RS, na sua atribuição de Escola Técnica de Saúde, do SUS, considerou importante oferecer o Curso de Aperfeiçoamento em Redução de Danos por este motivo. A Redução de Danos se interpõe na abordagem em crack, álcool e outras drogas, diferindo das abordagens biomédica e psiquiátrico-biológica, justamente pela ênfase na integralidade e humanização, tendo como objetivo reforçar o amplo movimento em prol dos direitos civis e do direito à saúde pública de qualidade para os cidadãos usuários de crack, álcool e outras drogas.

Para Nunes, Santos, Fischer e Güntzel (2010, p. 16), o tratamento das pessoas que usam drogas esteve, historicamente, “pautado na lógica da criminalização, da infração, permeada pela cultura judaico-cristã, que associa o prazer ao pecado”. Segundo as autoras, “as intervenções sempre foram médico-centradas, tendo o isolamento e a segregação como única possibilidade de intervenção e partindo da premissa da abstinência”. As questões envolvendo o uso recreativo, o abuso ou a dependência de substâncias psicoativas são bastante complexas, envolvendo aspectos psicossociais, culturais, político-pedagógicos, jurídicos e econômicos. O modo tradicional de enfrentar esta problemática, geralmente utilizando a repressão ao comércio e ao uso das substâncias tornadas ilegais, provoca a criminalização, a estigmatização e a segregação dos usuários, criando um clima de “alarme social” e perpetuando o problema, só favorecendo a quem lucra com esta situação: o narcotráfico, parte da indústria farmacêutica, setores da mídia, clínicas psiquiátricas privadas etc..

Apesar destes aparatos repressivos, a problemática relacionada às drogas continua sem um entendimento mais profundo, como o caso da internação compulsória para usuários de crack, o que reforça a ideologia e as práticas de exclusão social para “limpar as ruas”. Estas ações colocam o uso de drogas como um problema de segurança pública, mas não o abordam como um problema de saúde pública, que atinge todas as classes sociais. Diante

dessa situação, as políticas de saúde se apresentam como campo de disputas e frente à complexidade da problemática e das diferentes concepções de abordagem do mesmo.

Educação, construtivismo e problematização

A educação no Brasil, segundo Paulo Freire (1987), produz um elitismo social, reproduzindo a desigualdade, a marginalização e a miséria. Para o autor, o ensinar a não pensar é algo puramente planejado pelos que estão no poder, para que possam ter em suas mãos a maior quantidade possível de oprimidos que, sentindo-se fragilizados, necessitam dos que dominam para sobreviver. Contudo, devemos interrogar-nos sobre como poderá o homem sair da opressão se aqueles que o “ensinam” são também aqueles o oprimem? Há que se conscientizar o docente do seu papel problematizador da realidade do educando.

O professor é quem faz do aluno um mero depositário, ao considerá-lo incapaz de produzir conhecimento e ao desconsiderá-lo como um ser em formação contínua. Ensinar a pensar e problematizar sobre sua necessidade é a forma mais correta de produzir conhecimento, pois, é a partir daí que o educando terá a capacidade de compreender-se como um ser social. A educação problematizadora gera a consciência de si e diz respeito à ideia de que deve existir um intercâmbio contínuo entre professores e alunos, estabelecendo-se possibilidades comunicativas em cuja raiz estará a transformação do educando em sujeito de sua própria história, inserido, de maneira crítica, no mundo em que vive. Nesse processo de educação problematizadora, o professor também aprende enquanto ensina, ou seja, se ensina e se aprende por meio do diálogo, da reflexão crítica e do debate.

O processo de educação formal é de tomada de consciência, pois, somente o homem tem consciência de sua incompletude e, por isso, busca compreender o mundo em que vive interferindo em sua regulação. O homem não apenas habita um mundo, ele o cria e recria ao ritmo de suas necessidades biológicas, psicossociais, culturais, sanitárias e educacionais, entre outras. É como ser em transformação que o homem percebe sua importância. Portanto, é somente por meio da educação problematizadora que se consegue transformar a história e humanizar a sociedade.

Como todas as opções educativas, a educação chamada “problematizadora” fundamenta-se em bases epistemológicas, psicológicas, ideológicas e pedagógicas. Neste sentido, a educação problematizadora se afina como as pedagogias identificadas com o construtivismo,

onde sujeito e meio interagem constituindo aprendizagem social e aprendizado cognitivo que, segundo Vygotsky (2002), constituem a inteligência. O percurso intelectual não se dissocia das interações sociais. Para Vygotsky, as relações cooperativas, sociointeracionistas e psicoafetivas têm relevo como componente das aquisições cognitivas. No sujeito, a interação com o meio produz desenvolvimento e cognição, repercutindo na emergência da estrutura mental e dos esquemas de assimilação (Vygotsky, 2002).

Para a integralidade da atenção e para o cuidado humanizado as aprendizagens cognitivas e afetivas não apenas são ponto de partida, mas objeto de expansão e reconhecimento. A base da pedagogia construtivista e problematizadora é o reconhecimento de que a educação acontece no seio da realidade, de uma determinada realidade física, psicológica ou social. A realidade é vista como “problema”, isto é, como algo que pode ser explorado, resolvido ou melhorado. A educação é, então, conceituada como a transformação da pessoa, enquanto ela, junto com seu grupo, tenta transformar a realidade. O protagonista da aprendizagem é o próprio aluno, o qual, junto com seus companheiros deve conhecer a realidade para transformá-la. O professor passa a ser um facilitador da aprendizagem do aluno.

Educação Permanente em Saúde

A partir dos pressupostos de Freire (1989), não podemos deixar de citar Ceccim (2005), em seu texto “Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário”, quando afirma que “problematizar, é colocar questões às perguntas em lugar de respostas”, isto é, a problematização envolve um interrogar, um colocar em dúvida, uma busca de aberes mais complexos, que tornem “a reflexão uma prática do pensamento (levantar questões, interrogações, desafios, exploração de campos)” e levem a “exercer a análise das práticas como dispositivo de mutação singular (refletida ou voluntária)”. Segundo o autor “inventar problemas”, deparar-se com questões não a resolver, mas encontrar-se diante do vazio que exige criação “é implicar-se ativamente no mundo, acolher a alteridade, o estranhamento e as incertezas, tomar o mundo e a si mesmo como obra de arte – invenção permanente”.

O autor está nos mostrando, a importância da problematização na educação, ao afirmar que a Educação Permanente em Saúde, coloca o cotidiano do trabalho ou da formação em saúde em análise, que se permeia pelas relações concretas que operam realidades e que possibilitam construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano. Para Ceccim, a Educação Permanente em Saúde, configura uma estética pedagógica para a experiência da problematização e da invenção do problema. Para o setor da saúde, esta estética é condição para o desenvolvimento de uma inteligência da escuta, do cuidado, do tratamento, isto é, uma produção em ato das aprendizagens relativas à intervenção/interferência no andar da vida individual e coletiva.

A Educação Permanente em Saúde tem o propósito de insinuar-se como dispositivo de “construção” e priorizar a educação dos profissionais de saúde. A educação permanente em saúde constitui estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor para que venha a ser lugar de atuação e crítica reflexiva e propositiva, comprometida e tecnicamente competente. O autor nos mostra, que todo o processo que esteja comprometido com estas questões da educação permanente tem de ter força de gerar no trabalhador, no seu cotidiano de produção do cuidado em saúde, transformações da sua prática, o que implicaria força de produzir capacidade de problematizar a si mesmo no pensar e agir.

Pela geração de problematizações – não em abstrato, mas no concreto do trabalho de cada equipe – se pode construir novos pactos de convivência e novas práticas, que aproximem os serviços de saúde dos conceitos de atenção integral, humanizada e de qualidade, da equidade e dos demais marcos que operam no encontro da psicologia com a educação em saúde coletiva, presentes no processo de reforma do sistema brasileiro de saúde e numa perspectiva de educação que deseja “promover a liberdade” (Freire, 1989).

Política Nacional sobre Drogas

Ana Regina Machado e Paulo Sérgio Carneiro Miranda (Machado e Miranda, 2007) escreveram um artigo contando fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. Os autores identificaram os fatores implicados no estabelecimento da política sanitária brasileira, de 2003, para usuários de álcool e outras drogas, mostrando que a abordagem em do fenômeno pelo Estado brasileiro vem do início do século XX, de acordo com um aparato jurídico-institucional que pretendia coibir o comércio e o uso de drogas. Foi tal aparato deu passagem ao surgimento de às práticas assistenciais de saúde para os usuários de álcool e outras drogas. Um resumo do histórico recolhido pelos autores é que “recorto e colo” aqui, reproduzindo fielmente suas opiniões.

O governo brasileiro tem suas primeiras intervenções na área das drogas provenientes do início do século XX, pela instauração de um aparato jurídico-institucional destinado ao estabelecimento do controle do uso e do comércio de drogas e à preservação da segurança e a saúde pública nacionais. Para a época, o consumo das drogas de maneira geral era incipiente, não constituindo uma ameaça à saúde pública. O consumo de bebidas alcóolicas é aquele que era mais frequente, mas tolerado pelo governo e sociedade, não se constituindo objeto de preocupação do Estado. A ausência do Estado perante o alcoolismo levou ao surgimento de muitas sociedades de caráter privado e também uma concepção de abordagem vinda deste tipo de intervenção, as Ligas “Antialcóolica de São Paulo”, “Paulista de Profilaxia Moral e Sanitária” e “Brasileira de Higiene Mental”, além da União Brasileira de Pró-Temperança. A intervenção prevista era a de uma “educação antialcóolica” e as medidas assistenciais “moralistas e higienistas”.

O aparato jurídico-institucional destinava-se, sobretudo, ao controle do consumo de drogas ilícitas, por isso, desde um caráter jurídico ou de segurança pública, não assistencial ou educativo, gerando uma série de leis e decretos que proibiam e criminalizavam o uso e o comércio de drogas no país, mas não uma rede de atenção em saúde ou cuidados sanitários. O que se previa eram penas que determinavam a exclusão dos usuários de drogas do

convívio social, propondo-se as medidas de destinação às prisões, eventualmente sanatórios e, a partir da década de 1970, aos hospitais psiquiátricos. Essas medidas estavam influenciadas por convenções internacionais que as recomendavam.

O que contam Machado e Miranda? Que em 1911, o Brasil teria aderido à convenção de Haia, que estabelecia o primeiro tratado internacional sobre o controle e a venda de ópio, morfina, heroína e cocaína. O país compareceu também às reuniões das Organizações das Nações Unidas (ONU), realizadas em 1961, 1971 e 1988, as quais deram origem a convenções internacionais que reafirmaram a necessidade da adoção de medidas de repressão à oferta e ao consumo de drogas. Em 1924, o Código Penal Brasileiro, por meio do Decreto 4.294, propôs a pena de prisão para aqueles que vendessem ópio, seus derivados e cocaína. A embriaguez que acarretasse “atos nocivos a si próprios, a outrem ou a ordem pública” passou a ser punida com a internação compulsória em “estabelecimento correccional adequado”. O Decreto 14.969 criou o “sanatório para toxicômanos”. A partir da década de 1970, a legislação brasileira sobre o tema passou a ser influenciada também pela medicina, que passou a contribuir com subsídios tecnocientíficos para a legitimação do controle do uso de drogas. O usuário passou a ser identificado como doente e/ou criminoso. Para tratá-lo, foram propostos diferentes dispositivos assistenciais: a princípio, hospitais psiquiátricos e, posteriormente, centros especializados de tratamento, públicos ou filantrópicos. Esses dispositivos tinham como objetivos salvar, recuperar, tratar e punir. Tal imprecisão, ainda constatada nos dias atuais, evidencia as múltiplas motivações que atravessam as práticas de saúde nessa área.

No histórico recolhido pelos autores, a perspectiva médico-psiquiátrica poderia ser observada na legislação federal (Lei Federal nº 5.726, de 1971), que introduzia mudanças na interpretação do uso de drogas, mantendo-a sob o âmbito da justiça penal. A psiquiatria, numa abordagem biológica e repressiva, aliava-se aos mecanismos de controle e repressão ao uso de drogas. Ela surge no cenário jurídico-penal de 1971 como complemento às ações de repressão e prevenção, servindo para o reaparelhamento do judiciário segundo a absorção de sua tecnologia. Ao se apresentar como alternativa institucional ao destino dos usuários de álcool e outras drogas, a psiquiatria estava voltada à exclusão social desse segmento, interpretado como antissocial, implicando a psiquiatrização dos procedimentos de

controle do uso de drogas em nosso meio cultural. Seria, em 1976, aprovada e promulgada a Lei 6.368, que reafirmava a tendência de abordar o uso e a dependência de drogas no campo médico-psiquiátrico, tal como verificado na lei de 1971. As modificações propostas ao âmbito da assistência reafirmavam a tendência à medicalização, entre elas a substituição do termo “viciado” pelo termo “dependente de drogas”, verificando-se a proposição da criação de estabelecimentos especializados para tratamento dos “dependentes” na rede pública de saúde. A proposta de uma terapêutica clínica (hospitalar e extra-hospitalar) e não mais a internação como medida compulsória ou a noção de uma enfermidade a ser tratada são provenientes apenas dos meados dos anos 1970. Na nova Lei, aparecem atribuições para o sistema de saúde e para a rede sanitária pública: as redes dos serviços de saúde deveriam contar, sempre que necessário e possível, com estabelecimentos próprios para o tratamento dos “dependentes de substâncias”. Enquanto não fossem criados tais estabelecimentos, deveriam ser adaptadas, na rede já existente, unidades para tal finalidade. Ao Ministério da Previdência e Assistência Social competia providenciar as normas necessárias para que fossem observadas as determinações sobre tratamento de usuários de drogas. A lei veio devido ao incremento do consumo de drogas ilícitas no país, verificado a partir da década de 1960, especialmente com a expansão do consumo da maconha, antes restrito a setores marginalizados das grandes cidades (prostitutas, presidiários, assaltantes e malandros), para as classes médias (artistas, intelectuais e universitários). A partir dos anos 1970, o aumento da oferta e a redução do preço, favoreceram o crescimento do consumo da cocaína.

Os autores recorrem à literatura, especialmente Lígia Maria Bittencourt (Do discurso jurídico à ordem médica: os descaminhos do uso de drogas no Brasil, Dissertação de Mestrado, junto ao Departamento de Psicologia, da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 1986), Maurício Fiore (A medicalização da questão do uso de drogas no Brasil: reflexões acerca de debates institucionais e jurídicos. In: Renato P. Venâncio e Henrique Carneiro, organizadores, Álcool e drogas na história do Brasil, 2005), Ana Regina Machado (Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da Saúde Pública: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas, Dissertação de Mestrado, junto à Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Minas Gerais, 2005) e Bárbara Musumesci (O consumo de álcool no país. In: Alba Zaluar, organizadora, Drogas e cidadania, 1994).

Contam-nos, com base nesses autores, que *as orientações legislativas dos meados dos anos 1970 favoreceram o surgimento da assistência à saúde para usuários de drogas na década seguinte, quando foram criados os primeiros centros de tratamento (públicos ou religiosos), ligados direta ou indiretamente ao poder público. Esses estabelecimentos especializados surgem tanto pela pressão social pela assistência ou atenção pública a um problema do âmbito da sociedade como pela imposição repressivo-legal, servindo como suporte institucional ao cumprimento da prescrição legal da assistência, abrindo-se as portas assistenciais do Estado aos dependentes de drogas. Tais "portas assistenciais" seriam abertas aos consumidores de drogas ilícitas, pois os primeiros centros de tratamento, a princípio, não atenderiam alcoolistas. A tendência observada no Brasil foi a de estabelecer ações governamentais tendo em vista os compromissos assumidos no plano internacional para controlar e reprimir o uso de drogas ilícitas, não sendo ações orientadas pelas necessidades de atenção surgidas com o consumo de substâncias psicoativas. A III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001, foi um grande avanço no sentido de propor a constituição de serviços especializados para o tratamento dos transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas. A política nacional de saúde para esta área possui duas diretrizes principais: reduzir de forma gradual e planejada os leitos em hospitais psiquiátricos e ampliar a rede de saúde mental comunitária. A Lei Federal 10.216, de 2001, marco legal da Política Nacional de Saúde Mental, reorientou o modelo de assistência e, conseqüentemente, as ações de saúde mental. Antes centrada no tratamento hospitalar, a atenção à saúde mental passa a ser direcionada aos serviços de atenção básica ou psicossocial de base local/regional, trabalhando com a lógica do território.*

Ainda recortando e colando Machado e Miranda, pode-se assinalar que, *atualmente, o consumo de álcool e outras drogas têm sido apontado como fator de risco para diversas doenças e agravos à saúde. Os estudos brasileiros identificaram o crescimento do consumo de substâncias em diferentes populações, o que colocou este fenômeno e seus desdobramentos na agenda prioritária do Ministério da Saúde. Todos os parâmetros, de forma geral disponíveis, apontam as bebidas alcólicas como as drogas mais consumidas e as responsáveis por uma grande número de problemas relacionados – acidentes de trânsito, sexo sem proteção e situações de violência interpessoal, entre outros. Estudos epidemiológicos e inquéritos por telefone realizados no Brasil revelavam que o consumo de*

bebidas alcóolicas, particularmente entre os jovens, é um importante problema de saúde pública.

Pesquisa envolvendo a população geral no Brasil foi realizada pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) em 2005, estimando a prevalência do uso de álcool e outras drogas. A análise possibilitou a comparação de dados com o primeiro levantamento realizado em 2001. O universo estudado correspondeu à população residente nas cidades brasileiras com mais de 200 mil habitantes, na faixa etária compreendida entre 12 e 65 anos de idade. Em 2001, 19,4% dos entrevistados declararam já ter usado algum tipo de droga, exceto álcool e tabaco. Esse índice aumentou para 22,8% em 2005, o que corresponde a uma população estimada de 10.746.991 de pessoas. A respeito da porcentagem de dependentes de drogas no Brasil, os resultados apontam para o álcool como o maior problema de saúde pública. Cerca de 12% da população estudada se considera dependente de bebidas alcóolicas; índice parecido com o de dependência do tabaco (10,1%) e quase dez vezes menor para a maconha (1,2%).

A partir de 2001, surgiram as comunidades terapêuticas que, vinculadas às instituições religiosas conseguiram exercer pressão política junto aos órgãos governamentais, buscando estabelecerem-se também na área científica ou como centros de pesquisa. Esses estabelecimentos têm uma ação discutível entre tratamento e repressão, na medida em que operam segundo uma lógica de abstinência obrigatória, regulação integral do tempo livre e regime de ocupação laboral imposta.

Os centros de pesquisa, prevenção e tratamento foram convidados a participar das discussões sobre as políticas assistenciais e de RD conduzidas pela Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD), bem como da organização e da coordenação dos fóruns regionais, que resultaram no estabelecimento da Política Nacional – de “Antidrogas” a “sobre Drogas”.

Política de Atenção Integral para usuário de Álcool e outras Drogas

Seguindo com Machado e Miranda (2007), *ainda que o fenômeno do uso das drogas tenha sido objeto das intervenções governamentais durante o século XX, foi apenas em 2003 que o Ministério da Saúde afirmou o compromisso de enfrentar os problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas. No ano de 2003, início do Governo Lula, o órgão publicou o documento "A política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas", pelo qual recomenda que a rede de serviços assuma "de modo integral e articulado o desafio de prevenir, tratar e reabilitar os usuários de álcool e outras drogas como problema de saúde pública". O Ministério da Saúde introduziu, dessa forma, a possibilidade do desenvolvimento de uma política menos centrada no controle e na repressão, comprometendo-se a enfrentar os diferentes problemas associados ao consumo de drogas, buscando promover a melhoria das condições sanitárias dos usuários, dos dependentes e da população. No documento sobre política nacional, foram também definidos o marco teórico-político e as diretrizes para a área, em consonância com os princípios e orientações do SUS e da reforma psiquiátrica, seguindo uma lógica ampliada da redução de danos. Propuseram-se como diretrizes: a colocação do problema do uso de álcool e outras drogas entre os problemas da saúde pública; a indicação do paradigma da redução de danos nas ações de prevenção e de tratamento; a desconstrução da concepção do senso comum de que todo o usuário de drogas é doente e requer internação ou prisão; e a mobilização da sociedade civil para práticas preventivas, terapêuticas e reabilitadoras.*

No relato dos autores, *o documento propôs ainda a criação de uma rede de atenção integral do SUS (ações de prevenção, promoção e proteção à saúde); a construção de malhas assistenciais formadas por dispositivos especializados, os Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas (CAPS ad), e não especializados (unidades básicas, programas de saúde da família e hospitalar geral), bem como o estabelecimento de ações intersetoriais. Trata-se de um marco político que rompe com abordagens reducionistas e considera a presença das drogas nas sociedades contemporâneas como um fenômeno complexo, com implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas e que, portanto, não pode ser objeto apenas das intervenções psiquiátricas e jurídicas, tampouco de ações exclusivas da saúde*

pública. A tarefa de entender os embates recorrentes entre a redução de danos e os aparelhos do Estado acabaria nos colocando diante do conflito histórico que essa estratégia trava com a política antidrogas, legitimada judicial e socialmente desde o histórico legal e sociocomunitário atestado no Brasil. A Lei Federal 6.368/76, vigente até o ano de 2006, foi substituída quando entrou em vigor a nova lei de drogas, a Lei Federal nº 11.346/2006.

Passo ao recorte de outro texto, este de Eduardo Henrique Passos e Tadeu Paula Souza (Psicologia & sociedade, 2011) que analisam a Redução de Danos e a Saúde Pública no bojo das campanhas de Guerra às Drogas no esforço de apresentar contribuições alternativas. Para os autores, *expor as relações de poder que se teceram historicamente para a produção de uma política de guerra às drogas exige que realizemos uma análise micropolítica antidrogas objetivando apreender seus dispositivos capilares de reprodução do paradigma da abstinência. O que os autores propõem é mudar o objetivo da análise, desviando o olhar antes lançado sobre o Estado, passando a focalizar os dispositivos de poder, que se consolidam junto da justiça e da lei, dizendo-nos que é nesse ponto que encontram a proximidade entre a política antidrogas e o paradigma da abstinência. Conforme nos contam, a abstinência se torna um eixo articulador entre a justiça, a psiquiatria e a moral religiosa que, em sua articulação, definem uma política do tratamento para usuários de drogas. Por “paradigma de abstinência”, entendem algo diferente da “abstinência como uma direção clínica possível e muitas vezes necessária”. Por “paradigma da abstinência” entendem uma rede de instituições que define uma governabilidade das políticas de drogas e que se exerce de forma coercitiva na medida em que faz da abstinência a única direção de tratamento possível, submetendo o campo da saúde ao poder jurídico, psiquiátrico e religioso. Os autores citam a articulação entre criminologia e psiquiatria, que, no Brasil, vem de um diálogo iniciado na segunda metade do século XIX, numa interlocução direta com o Direito Penal. Uma diferença entre essas duas disciplinas consistiria no fato de que a criminologia surgiu no interior do Direito Penal, enquanto a Psiquiatria se insurgiu do exterior, disputando com o direito penal o papel de gestora do criminoso, por meio de uma relação, progressivamente mais íntima, entre crime e doença mental. Comentam, então, que, na história do Brasil, a relação entre criminologia e psiquiatria não foi harmônica e complementar, que a ambição da psiquiatria encontrou resistência no interior do próprio Direito Penal, principalmente no século XX. Apesar de a psiquiatria ter conquistado um*

espaço dentro do Direito Penal, os juristas determinaram um limite para essa atuação. Seria dentro desse jogo de poder que o usuário de drogas se veria ora perante o poder da criminologia, ora diante do poder da psiquiatria e, assim, ora encarcerado na prisão, ora internado no hospício. O saber psiquiátrico, bem como o saber criminológico, definiriam uma “forma”, um “enquadre”, para o usuário de drogas.

Passos e Souza mostram a articulação histórica entre poder psiquiátrico e direito penal, que se consolidou ao longo das décadas e pode ser entendida como uma das forças contrárias à implementação da política ou paradigma da redução de danos no Brasil. A produção histórica do estigma do usuário de drogas, por exemplo, como uma figura perigosa e doente nos permitiria compreender parte dos problemas que a redução de danos passa a enfrentar quando se torna um método de cuidado em saúde que acolhe as pessoas que usam drogas como cidadãos de direitos e sujeitos políticos. A construção das políticas de saúde para usuários de drogas centradas no hospital psiquiátrico demarcariam uma significativa interferência do Direito Penal sobre os procedimentos clínicos, como também uma aproximação estreita entre práticas jurídicas e práticas médicas. Comentam que as diversas retaliações judiciais que ações de redução de danos vêm sofrendo no Brasil apontam para um embate que não se reduz às limitações impostas pelo Direito Penal, mas para a delimitação imposta ao campo da saúde construída entre psiquiatria e justiça em torno do paradigma da abstinência. Compreender, então, essa relação de poder nos obrigaria a situá-la na articulação entre as práticas não discursivas das instituições disciplinares. Em última instância, poder-se-ia dizer que a redução de danos coloca em questão as relações de criminalização e patologização do usuário de drogas, já que colocaria em cena uma diversidade de possibilidades de uso de drogas sem que os usuários de drogas sejam identificados aos estereótipos de criminosos e doentes: pessoas que usam drogas e não precisam de tratamento, pessoas que não querem parar de usar drogas e não querem ser tratadas, pessoas que querem diminuir o uso sem necessariamente parar de usar drogas.

Seguem os autores relatando que o direito penal e a psiquiatria explicam parte do poder a que são submetidos os usuários de drogas. Um “poder disciplinar” operaria por meio da normalização das condutas desviantes, em que o saber médico e o criminológico privilegiam, como objeto de intervenção, o criminoso, o louco, o delinquente, o “drogado”. Dizem que,

desse ponto de vista, poderíamos facilmente concluir que os embates da redução de danos acontecem, exclusivamente, contra os dispositivos disciplinares: a prisão e o manicômio. Porém, alertam-nos que não é somente dentro das prisões e dos hospícios que os usuários de drogas são confinados hoje em dia. As ditas comunidades terapêuticas, como já comentei, trariam outro elemento que não exclui a disciplina, mas a complementa: a moral religiosa. A moral cristã comporia, junto com a justiça e a psiquiatria, uma rede de instituições que têm por finalidade única e comum a abstinência. Ao contrário da psiquiatria, entretanto, que se voltaria mais para a doença mental e da justiça que se voltaria mais para a delinquência, a moral religiosa incluiria um terceiro elemento, a associação do prazer ao mal. O prazer da carne, que frequentemente tem sido associado ao uso de drogas, é objeto histórico de intervenção do poder pastoral e, atualmente, se associa ao poder disciplinar, mas a gênese desse poder é muito mais antiga do que a própria disciplina. O poder da Igreja sobre o usuário de drogas se justifica muito mais por uma problemática do “prazer” que, exclusivamente, pela problemática da “razão”. São analistas fortes, quando nos fazem ver que enquanto a psiquiatria e a criminologia produzem verdades sobre a razão e a prática de “cura” do anormal, fosse louco ou criminoso, a moral cristã atinha-se aos desvios da “carne”, aos prazeres apetitosos.

Para esses autores, importantes comentadores do contemporâneo, a problematização moral do uso de drogas se assenta em certa medida em um conjunto de regras morais de fundamento cristão, naquilo que o cristianismo historicamente definiu como conduta frente aos prazeres da carne. Coube ao cristianismo situar o prazer sob o signo do mal e da morte, produzindo uma inversão histórica na passagem da antiguidade para a era cristã. Desta forma, o uso dos prazeres se tornaria objeto de interdição moral e “poder-se-ia acrescentar o alto valor moral e espiritual que o cristianismo, diferentemente da moral pagã, teria atribuído à abstinência rigorosa, à castidade permanente, à virgindade”. Tratar-se-ia, segundo seu referencial, de uma malha fina, um poder capilar que antes de fundar as práticas de tratamento, fundaria a própria individualidade pecadora. O prazer passaria a ser identificado a um espaço interior, regido pelos pensamentos e sentimentos: intenções obscuras da alma. O espaço interior do desejo, a vigília e o pecado original redefiniram a própria subjetividade e as práticas que passaram a reger o prazer: confissão, retiro e punição. É dentro desse eixo de problematização e produção de verdades sobre o corpo e

sobre o prazer que a redução de danos abriria um novo campo de possibilidades clínicas, políticas e existenciais. Os autores referem que não se pode reduzir os desafios que a redução de danos vem enfrentando à sua dimensão de embate com a lei. Embates que acabam revelando as relações de saber-poder que constituem, na contemporaneidade, o paradigma da abstinência, tecido entre o Direito Penal, o poder psiquiátrico e a moral cristã. O encontro com essas relações de poder constituídas em torno do paradigma da abstinência exigiria a criação de estratégias de mobilização e um sentido de luta para as ações de redução de danos. O sentido de luta comum à redução de danos colocaria um novo desafio para esse dispositivo. O objetivo da redução de danos não poderia ser apenas reduzido à prevenção na saúde, da mesma forma que o objetivo de intervenção desse movimento não se reduziria a um confronto com a justiça. A redução de danos deveria ser vista como um novo paradigma, na medida em que inclui os usuários de drogas como protagonistas dessas ações.

Os autores se utilizam de bases epistemológicas na filosofia para a sua abordagem e desafio de pensamento e crítica ao fazer da política e das ações de atenção aos usuários de álcool e outras drogas: Gilles Deleuze (Foucault, 1988; O mistério de Ariana, 1996), Michel Foucault (História da sexualidade I - a vontade de saber, 1988; Vigiar e punir, 1993; História da sexualidade II - o uso dos prazeres, 1994) e Cristina Rauter (Criminologia e subjetividade, 2003).

Educação Profissional no Brasil

Este trecho segue a abordagem de Berger Filho (1999), ex-secretário de Educação Média e Tecnológica, do Ministério da Educação, no Brasil, conforme artigo publicado na Revista Ibero-Americana de Educação, uma publicação monográfica quadrimestral editada pela Organização dos Estados Ibero-Americanos (OEI).

No Brasil, a Educação profissional é um conceito regido pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei Federal nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996), complementada pelo Decreto Federal 2.208, de 17 de abril de 1997, e reformulada pelo Decreto Federal nº 5.154, de 23 de julho de 2004. Na lei, o principal objetivo da Educação Profissional é o desenvolvimento de cursos voltados ao acesso ao mercado de trabalho, tanto para estudantes quanto para profissionais que buscam ampliar qualificações. Há três níveis de Educação Profissional, segundo a legislação brasileira:

1. Nível básico: voltado para estudantes e pessoas de qualquer nível de instrução. Pode ser realizado por qualquer instituição de ensino.
2. Nível técnico: voltado para estudantes de ensino médio de pessoas que já possuem este nível de instrução. Realizado apenas por instituições de ensino médio com autorização prévia dos sistemas de ensino.
3. Nível tecnológico: voltado para pessoas que querem cursar um ensino superior tecnológico. Realizado apenas por instituições de ensino superior, com autorização prévia dos sistemas de ensino.

A educação profissional tem como objetivos não só a formação de técnicos de nível médio, mas a qualificação, a requalificação, a profissionalização, a reprofissionalização de trabalhadores de qualquer nível de escolaridade, a atualização tecnológica permanente e a habilitação nos níveis médios e superior. A educação profissional como um todo contempla as formas de ensino que habilitam ou estão referidas a níveis da educação escolar no conjunto da qualificação permanente para as atividades produtivas. Embora a lei não especifique, a educação profissional é tratada como um subsistema de ensino.

Quando a Lei refere o conceito de aprendizagem permanente, isto significa que a educação profissional deve levar ao permanente desenvolvimento de aptidões para a vida produtiva. A Lei destaca também, a relação entre a educação escolar e processos formativos, quando se refere à integração entre a educação profissional e as diferentes formas de educação, o trabalho, a ciência e a tecnologia. A Lei introduz o caráter complementar da educação profissional e amplia sua atuação para além da escolaridade formal e seu lócus para além da escola. A educação profissional estabelece a forma de reconhecimento e certificação das competências adquiridas fora do ambiente escolar, quer para prosseguimento de estudos, quer para titulação, de forma absolutamente inovadora em relação à legislação preexistente. O nível de educação profissional básico, destinado aos trabalhadores jovens e adultos, independente de escolaridade, tem o objetivo de qualificar e requalificar. Um segundo nível, o técnico, para alunos que estejam cursando ou tenham concluído o ensino médio tem o objetivo de profissionalizar. O terceiro nível, o tecnológico, dá formação superior e permite acesso à pós-graduação.

A educação profissional de nível técnico tem organização curricular própria, independente do currículo do ensino médio. Assim sendo, esta modalidade de educação representa complementaridade profissional e será sempre concomitante ou posterior à conclusão do ensino médio. A educação básica mantém relação de complementaridade com a educação profissional, que deve qualificar jovens e adultos com capacidades e habilidades gerais e específicas para o exercício das atividades produtivas.

Educação Profissional em Saúde

Este trecho segue fielmente as informações contidas no site da Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde, Portal MEC de Educação Profissional e Portal Saúde de Educação Profissional em Saúde. Todas as informações estão em texto contínuo, mas representam recortes dos portais citados.

Segundo os Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico, produzidos pelo Ministério da Educação, a área profissional da saúde compreende 12 subáreas. São elas: Bodiagnóstico, Enfermagem, Estética, Farmácia, Hemoterapia, Nutrição e Dietética, Radiologia e Diagnóstico por Imagem em Saúde, Reabilitação, Saúde Bucal, Saúde Visual, Saúde e Segurança no Trabalho e Vigilância Sanitária. Dois importantes marcos da Educação Profissional em Saúde são o Projeto de Formação em Larga Escala, da década de 1980, e o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem (PROFAE), dos anos 1990.

A *qualificação profissional* é a preparação do cidadão através de uma formação profissional que possibilita o aprimoramento de suas habilidades para executar funções específicas demandadas pelo mercado de trabalho. A qualificação profissional não é uma formação completa. Ela é utilizada como complemento da educação formal podendo ser aplicada nos níveis básico, médio ou superior. Sua carga horária vai depender da necessidade de aprendizagem. A qualificação profissional tem sido uma exigência do mercado de trabalho. É desenvolvida em instituições como escolas, sindicatos, empresas e associações e tem como finalidade a aquisição de conhecimentos teóricos técnicos e operacionais relacionados à produção de bens e serviços, por meio de processos educativos.

Nesse aspecto, pode-se citar a Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET/SUS), onde são ofertados os cursos de habilitação e educação continuada, especializações e qualificações no interesse do setor da saúde, como, por exemplo, o Curso de Aperfeiçoamento em Redução de Danos. A RET/SUS integra as escolas técnicas de saúde do Sistema Único de Saúde, uma rede governamental, articulada pelo Ministério da Saúde envolvendo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde e a

Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/Brasil). A principal especificidade da Educação Profissional em Saúde, articulada pela RET/SUS é sua composição por instituições ligadas ao sistema de saúde, sendo possível descentralizar os currículos, mantendo a unidade de processos formativos, utilizando as unidades de saúde como espaços de aprendizagem e qualificando pedagogicamente os profissionais de nível superior dos serviços para atuarem como professores. Podem adequar o currículo ao contexto regional e ter como modelo pedagógico a interação ensino-serviço, com uma concepção fundamentada na articulação entre trabalho, ciência e cultura, tendo o trabalho e a pesquisa como princípios educativos.

As instituições que compõem a RET/SUS estão presentes em todas as unidades federadas, sendo 33 delas estaduais, duas municipais e uma federal. As escolas oferecem cursos em áreas como Enfermagem, Farmácia, Radiologia, Nutrição e Dietética, Vigilância em Saúde, Saúde Bucal, Hemoterapia e Citopatologia, entre outras. No Rio Grande do Sul, uma Escola de Educação Profissional em Saúde foi criada oficialmente em janeiro de 2008 por um parecer do Conselho Estadual de Educação. Na ET/SUS-RS são oferecidos diversos cursos de qualificação profissional para os trabalhadores do Sistema Único de Saúde. O público alvo de cada curso é definido pela instituição, havendo cursos abertos ao grande público, que podem ser realizado por qualquer pessoa com interesse em trabalhar na área de saúde. Outros são destinados a trabalhadores que já atuam em serviços de saúde do SUS e querem aprimorar seus conhecimentos e habilidades. Os interessados precisam entrar em contato diretamente com a escola para verificar a disponibilidade de cursos, turmas e vagas. A ET/SUS-RS está localizada no bairro Partenon, em Porto Alegre, e dispõe atualmente de quatro salas de aula, uma biblioteca, um laboratório multiuso para as aulas práticas e um laboratório de informática. Os equipamentos e mobiliários da escola foram comprados com recursos do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem, repassados pelo Ministério da Saúde.

Aspectos éticos, metodológicos e aviso de prudência

O presente trabalho é somente uma monografia, não acarreta danos e inexistente a necessidade de autorização prévia, pois, trata-se somente de um resumo da bibliografia, uma autonarrativa da prática docente e dos aprendizados cognitivos resultantes de um percurso de estágio em prática de ensino. A metodologia incluiu: revisão bibliográfica aplicada e estritamente seletiva e uma intervenção didática para a qual foram utilizados recursos de ensino-aprendizagem em ambiente de ensino onde a autora cumpria papel efetivamente de aluna convidada, por tanto integrante orgânica da ação desde a qual constituiu sua breve notícia docente.

O presente trabalho constitui-se fundamentalmente em um “caso e reflexão”, cumprindo o papel de um registro, bastante menor que a experimentação que lhe suporte e sustentação, oportunidade de aprendizado decorrente exclusivamente da demanda por sua realização. A experimentação foi o resultado do estudo e exposição, ambos de uma intensidade superior ao documento ora apresentado.

Um aviso de prudência aos leitores (não mais desavisados): toda a monografia é constituída da bricolagem de recortes de textos lidos, mantidos *quase* literalmente como encontrados em suas fontes, devendo funcionar apenas como material de leitura, não se recomendando a citação sem a busca das fontes originais.

O Caso Escola Técnica do SUS

No Estado do Rio Grande do Sul, a Escola Estadual de Educação Profissional em Saúde deu início, no mês de junho de 2012, ao Curso de Aperfeiçoamento em Redução de Danos. Com cem horas-aula, a qualificação estava voltada aos trabalhadores, especialmente os agentes comunitários de saúde, mas também técnicos em enfermagem, assistentes sociais e psicólogos. Outras duas psicólogas, uma que já estava trabalhando como redutora de danos voluntária e eu, como aluna e estagiária do curso de licenciatura em psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul nos somamos sem ter vínculo formal de trabalho no SUS.

Conforme encontramos em “Integralidade e cuidado humanizado com o usuário de crack e outras drogas” na Revista RET/SUS (v. 5, n. 50, 2012, p. 5), sobre a atuação das Escolas Técnicas do SUS na ação pública sobre o enfrentamento do tema das drogas nas políticas sociais e de saúde, o Estado do Rio Grande do Sul programou um projeto formativo na área da Redução de Danos. A jornalista Beatriz Salomão organiza uma matéria com a seguinte chamada: “Programa do MS de enfrentamento ao crack identifica necessidade de serviços focados no usuário de drogas; a capacitação de profissionais nesse sentido é também prioridade das Escolas Técnicas do SUS”. A revista registra que *tendo como coordenadora do curso de Aperfeiçoamento em Redução de Danos a psicóloga Thais Cornely, a mesma afirma que a escola estava oferecendo capacitação ligada ao tema: drogas. Segundo ela, as diretrizes de enfrentamento ao crack e outras drogas preconizadas pelo Ministério da Saúde, seriam contempladas nesse curso, que foi dividido em três eixos: Políticas em Saúde, Legislação do SUS e Tecnologias do Cuidado. Cada um deles, composto por três módulos: Saúde Pública, Saúde Mental e Redução de Danos, por meio dos quais os assuntos como humanização do cuidado, uso de drogas e seus efeitos, organização do SUS, políticas de saúde mental, comunicação em saúde e sistemas de informação utilizados na redução de danos, sejam prontuários, fichas e formulários, estariam em pauta. Para a coordenadora, o serviço de saúde ganha muito ao ter profissionais com noções de acolhimento sem preconceitos, feito de forma humanizada. Afirma, também, que o curso ganha relevo importante, independentemente da atuação como redutor de danos, pois os alunos podem se*

tornar multiplicadores da ideia da redução de danos, cerne do curso.

A Revista da RET/SUS também ouviu a coordenadora de Saúde Mental, da Secretaria Estadual da Saúde, Károl Veiga Cabral. Ela relatou que *a proposta da Escola do Rio grande do Sul está em consonância com a atual política adotada pelo governo Estadual. No ano de 2011, ainda não haviam recursos previstos para serem investidos nesse setor. Em 2012, o Estado contava com 11 equipes de redutores de danos, segundo Károl Cabral. Para ela, é fundamental o Curso de Aperfeiçoamento em Redução de Danos na ET/SUS-RS porque se trata de qualificar profissionais que estabelecem vínculo direto com os usuários e têm papel fundamental na preservação da saúde e no encaminhamento para outras áreas, como assistência social. Para ela, não há como trabalhar álcool e drogas sem a proposta da Redução de Danos.*

A Escola, na sua atribuição de Escola Técnica do SUS, considerou importante oferecer o Curso de Aperfeiçoamento em Redução de Danos. Na ETSUS/RS, onde o Curso de Aperfeiçoamento em Redução de Danos foi pioneiro, tive a oportunidade de participar do mesmo, como aluna e como estagiária docente. O curso teve como objetivo geral contextualizar o tema, discutir ações de intervenção cuidadora e proporcionar aos usuários de álcool e outras drogas atendidos na rede pública uma linha de cuidado em saúde mental que incluísse a abordagem ou atenção psicossocial em crack, álcool e outras drogas.

Como integração de políticas, programas e ações em saúde pública e redução de danos, podemos citar o fortalecimento da implementação da humanização no SUS; pensar de que modo as políticas da humanização podem dialogar com a atenção dos usuários de drogas; o fortalecimento da integração intersetorial; a reflexão sobre os variados contextos sociais, culturais, históricos e econômicos que determinam a atual situação das drogas no Brasil; a contribuição para garantir os direitos de cidadania dos usuários de drogas; a contribuição para que os trabalhadores da rede pública intersetorial, pela via da redução de danos, possam auxiliar os usuários de drogas a constituírem e/ou reconstituírem seus projetos de vida; e alertar sobre situações de risco e vulnerabilidade, propondo intervenções de acordo com a redução de danos.

No decorrer da minha prática docente enfatizei que a Educação Permanente em Saúde não é

apenas uma prática, e sim um processo de subjetivação. Expliquei o significado de problematização e quem são os atores em Educação Permanente. Falei um pouco sobre a “aprendizagem significativa”, sobre o quadrilátero da formação e a necessidade da articulação de seus quatro vértices (formação/gestão/atenção/participação em saúde). Sugeri que, em pequenos grupos, discutissem sobre o que entendiam sobre Educação Permanente em Saúde, devolvi o que tinham escrito e pedi que reformulassem suas questões e que uma pessoa de cada grupo lesse para a turma o que o grupo havia feito. Após as leituras e discussões, todos de volta aos seus lugares coloquei uma música de Adriana Calcanhoto, chamada “Esquadros”, pedi que fizessem uma reflexão, procurando analisar o cotidiano do seu trabalho, comentando alguma coisa que a música pudesse lembrar dessa rotina. Muitos gostaram da dinâmica e comentaram muitas coisas pertinentes, associando a música à rotina de seu trabalho. Fiz o fechamento da aula comentando que a música diz de nossa visão limitada, enquadrada por telas e janelas (*uma “forma”, um “enquadre”*). Que precisamos deixar de ver e principalmente de fazer as coisas sempre da mesma maneira e que muitas vezes precisamos sair um pouco do controle, das regras, das moralidades, das religiosidades enfim... No final, entreguei um roteiro com as entrevistas avaliando o tema.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Procurei neste trabalho monográfico refletir sobre alguns conceitos centrais, desenvolvidos no Curso de Aperfeiçoamento em Redução de Danos, com algumas tentativas de problematização de questões complexas, como a política nacional de drogas e a abstinência, percorrendo um pouco por sua história. Busquei também fazer uma análise dos conceitos de construtivismo, problematização e educação, conceitos estes, que me levaram a uma maior compreensão do que se pretende alcançar com a educação permanente em saúde e a contribuição da psicologia na educação em saúde coletiva.

No que diz respeito às drogas, percebo que nossa sociedade está voltada ao antigo ideal higienista, onde a psiquiatria conferia um estatuto para essa população de desviantes. Onde ao invés do cuidado humanizado e da atenção integral aparecia/aparece a repressão jurídica ou policial e a psiquiatria biológica. Estamos passando por esse cenário higienista com a política de internação forçada, que constitui grave ofensa à dignidade intrínseca da pessoa humana, em contradição aos princípios consagrados pela declaração universal dos direitos humanos, rememorando, assim, uma política com características de limpeza étnica e repressiva, que demonstra claramente querer mostrar para o mundo, que no Brasil não temos pedintes, nem moradores de rua, nem drogados, pois o Brasil é o país do carnaval, do futebol e da “copa do mundo”.

Em relação ao curso de aperfeiçoamento em redução de danos, percebi que ajudou a atender aos preceitos do SUS, o curso ofereceu subsídios teóricos conceituais, metodológicos, científicos e pedagógicos aos profissionais. Ficando claro que a Redução de Danos é o próprio desafio da democracia: garantir às minorias a possibilidade de expressão e cooperação política, é um método de cuidado no qual as pessoas encontram condições de definirem suas próprias regras, sua autonomia. Apesar de não ser um curso direcionado exclusivamente para psicólogos, acredito que o conhecimento *psi* possibilita direcionarmos as práticas que potencializem a integralidade do cuidado nesta área, objetivando um novo tipo de interação entre os sujeitos e os modos de trabalharmos em equipe, onde desponta lidar com a complexidade. Trata-se, portanto, de poder olhar cada sujeito em sua história de

vida, também olhá-lo como sujeito de um coletivo, sujeito da história e de muitas histórias de vida ou de vidas. Nesse sentido, há destaque para o aspecto subjetivo presente em qualquer ação humana, em qualquer prática de saúde, perspectiva que se afasta daquela orientada por uma concepção biologizante e mecanicista da vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BERGER Filho, Ruy Leite. Educação profissional no Brasil: novos rumos. *Revista Iberoamericana de Educación*, n. 20, 1999. Em: <http://www.rieoei.org/rie20a03.htm>

CECCIM, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface - comunicação, saúde, educação*, v. 9, n. 16, 2005, p.161-77.

CONSELHO Federal de Psicologia. *Drogas, pelo tratamento sem segregação: Manifesto do CFP*. 20 set. 2011. Em: <http://www.viomundo.com.br/voce-escreve/drogas-pelo-tratamento-sem-segregacao.html>

FREIRE, Paulo. *Educação como prática de liberdade*. 19 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da indignação*. São Paulo: UNESP, 2000.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia do oprimido*. 17 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

MACHADO, Ana Regina; MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro. 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, 2007, p. 801-821.

NUNES, Deise; SANTOS, Loiva Maria de Boni; FISCHER, Maria de Fátima Bueno; GÜNTZEL, Paula. "... outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas..." In: SANTOS, Loiva Maria de Boni (Org). *Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas*. Porto Alegre: Ideograf / Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, 2010.

PASSOS, Eduardo Henrique; SOUZA, Tadeu Paula. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de "guerra às drogas". *Psicologia & sociedade*, v. 23, n. 1, 2011, p. 154-162.

SALOMÃO, Beatriz (jornalista). Integralidade e cuidado humanizado com o usuário de crack e outras drogas. *Revista RET/SUS*, v. 6, n. 50, 2012, p. 2-5.

VYGOTSKY, Lev Semenovich. A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

Anexo: Cronograma do Curso

Curso Aperfeiçoamento em Redução de Danos

ESP-ETSUS

Data	Módulo I - Saúde Pública	Docentes à Confirmar
11 de Junho	1ª Formação Docentes	Equipe ETSUS
18 de Junho	Aula 1 - 4h Apresentação do curso e dos participantes. Expectativas. Conceitos saúde e doença. Conceito de promoção, proteção, reabilitação, recuperação da saúde e de redução de danos. Adoecimento e contemporaneidade.	Thais e Denise
25 de Junho	Aula 2 - 4h História das políticas públicas de saúde no Brasil. Noções sobre a Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica e a Política Nacional de Humanização.	Thais e Dinara
02 de Julho	Aula 3 - 2h Os Princípios e Diretrizes do SUS. Noções de vigilância em saúde; 2h Ações de vigilância e promoção da saúde na perspectiva grupal: sexualidade, drogas, DST/HIV.	Márcia Camarano/ Ricardo Charão
09 de Julho	Aula 4 - 2h A saúde coletiva, o trabalho em equipe e a intersetorialidade; 2h A humanização do cuidado. Escuta e acolhimento.	Fernanda Mattioni/ Patrícia Genro
16 de Julho	Orientação para a Dispersão - 4h	Naia e Andrea
23 de Julho	Aula 5 - 2h Território vivo e promoção da saúde; 2h Redes de atenção. Mapeamento de redes intersetoriais.	Augusto / Waleska

30 de Julho	Aula 6 - 2h Educação em saúde. Educação permanente; 2h A comunicação utilizada nos serviços de saúde e os sistemas de informação em saúde.	Naia/ Alexandre
	Atividade de dispersão - 4h (em serviço, com atividade orientada e trabalho escrito)	
CARGA HORÁRIA TOTAL	32H	
Data	Módulo II - Saúde Mental	Docente
06 de Agosto	Aula 7 - 4h A Reforma Psiquiátrica no Brasil e no mundo. Políticas de saúde mental no Brasil. Legislação atual.	Simone F. e Thais
13 de Agosto	Aula 8 - 2h Clínica ampliada, projeto terapêutico singular, equipes de referência e apoio matricial; 2h Auto cuidado - conceito e finalidade. Vínculo, escuta e acolhimento. Contrato de trabalho. Responsabilidade e ética.	Simone F./ Thais
20 de Agosto	2ª Formação Docentes	Equipe ETSUS
27 de Agosto	Aula 9 - 4h A rede de Saúde Mental no Estado e no município.	DAS/ Karol
	Atividade de dispersão - 8h (em serviço, com atividade orientada e trabalho escrito)	
CARGA HORÁRIA TOTAL	20H	
Data	Módulo III - Redução de Danos	Docente
3 de Setembro	Aula 10 - 4h O uso de drogas através da História. As principais drogas e seus efeitos. Possibilidades nas práticas integrativas e complementares no SUS e RD. Psicoterapia e homeopatia X medicalização.	Thais, Consuelo e Silvia
10 de Setembro	Aula 11 - 2h História da Redução de Danos no Brasil e no mundo; 2h O redutor de danos: conceituação, função social. Diferentes campos de atuação dos redutores de danos.	CRRD/ Maurício