

FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS:

**possibilidades e desafios da
construção coletiva**



ANA REGINA NOTO
DANILO POLVERINI LOCATELLI
EROY APARECIDA DA SILVA
EMÉRITA SÁTIRO OPALEYE
TATIANA DE CASTRO AMATO
ALESSANDRA NAGAMINE BONADIO
(Organizadores)

FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS:

possibilidades e desafios da construção coletiva

1ª edição

SÃO PAULO
UNIFESP
2018

**FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS:
possibilidades e desafios da construção coletiva**

Copyright © 2018 Departamento de Psicobiologia

Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP

Qualquer parte desta publicação pode ser reproduzida,
desde que citada a fonte.

Impresso no Brasil/ Printed in Brazil

Edição: 2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Formação profissional em álcool e outras drogas : possibilidades e desafios na construção coletiva / Ana Regina Noto ...[et al.], organizadores.-- São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2018.

180 p.

ISBN 978-85-62377-17-4

1. Drogas – Abuso – Estudo e ensino. 2. Drogas – Abuso – Prevenção – Estudo e ensino.
3. Bebidas alcóolicas- Consumo. 4. Formação profissional. I. Noto, Ana Regina. II. Título.

CDD 362.29

Elaborado por Cristiane de Melo Shirayama – CRB 8/7610

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO p. 4

SOBRE OS AUTORES p. 6

EIXO I - FORMAÇÃO PROFISSIONAL NA ÁREA DE DROGAS: O QUE SABEMOS E PARA ONDE VAMOS? p.12

Formação de profissionais na área de álcool e outras drogas: contextos e desafios multidisciplinares **p.13**

A importância da educação permanente em álcool e outras drogas no processo formativo de trabalhadores que atuam na rede de atenção **p. 27**

EIXO II - PRINCÍPIOS BÁSICOS PARA A CONSTRUÇÃO DE PROCESSOS COLETIVOS DE FORMAÇÃO p. 39

Temas fundamentais na formação de pessoas para o trabalho na área de álcool e outras drogas **p. 40**

A articulação política e as parcerias interinstitucionais nos processos formativos **p. 52**

A estrutura modular dos cursos do CRR: vantagens e desvantagens **p. 68**

O cuidar do cuidador: um olhar para os profissionais que trabalham com pessoas dependentes de substâncias e em situação de vulnerabilidade **p. 76**

EIXO III - COLOCANDO A MÃO NA MASSA: PARA MUITO ALÉM DAS ABORDAGENS CONTEUDISTAS p. 93

Metodologias ativas: as experiências do CRR-DIMESAD-UNIFESP **p. 94**

A experiência com aprendizagem baseada em problemas na formação profissional em álcool e outras drogas **p. 111**

Redes e projetos sociais: uma experiência de processo formativo em redes de atenção a usuários de drogas no CRR-DIMESAD-UNIFESP **p. 125**

Tratamento Comunitário (TC). Uma experiência de formação na ação **p. 139**

Trabalhando com o território: práticas de formação permanente na área de álcool, tabaco e outras drogas **p. 167**

APRESENTAÇÃO

Temas relacionados ao comércio e uso de substâncias psicotrópicas em geral são carregados de equívocos, estigmas, preconceitos e temores. Grande parte desse cenário pode ser compreendido pela falta de conhecimento frente à complexidade da interação sujeito-droga-contexto. Apesar de ser um assunto *tabu*, os problemas pulsam no dia a dia em diferentes setores da comunidade. Seja na Educação, Saúde, Assistência Social, Segurança ou Direito, os casos surgem com demandas múltiplas, exigindo atuação intersetorial. Apesar da considerável frequência de casos, os profissionais ainda se sentem pouco capacitados para atender às demandas e articular a rede. Nesse cenário, a Educação Permanente multiprofissional representa uma meta necessária.

No Brasil, durante cerca de dez anos, a SENAD (Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas) estimulou cursos de formação profissional em diferentes modalidades. Além dos diversos cursos ofertados por meio da modalidade de Educação a Distância, destacam-se os cursos presenciais ofertados por mais de cinquenta CRRs (Centros Regionais de Referência), criados e ancorados em Universidades Públicas do país. O CRR-DIMESAD-UNIFESP nasceu e se desenvolveu em resposta a dois Editais, 2013/14 e 2015/16, tendo sido contemplado para formação de trezentos e seiscentos profissionais, respectivamente, da cidade de São Paulo. A avaliação da primeira edição dos cursos proporcionou o aprimoramento da segunda edição, que, por sua vez, foi submetida a um processo de avaliação ainda mais detalhado.

Esta publicação é fruto da trajetória de reflexões e experiências vivenciadas pelos professores e colaboradores do CRR-DIMESAD-UNIFESP, com a colaboração de professores de outros CRRs, dentre eles os da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) e Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Além disso, é resultante também da interação construtiva, afetiva e criativa dos autores. Experiências didáticas inovadoras, temas essenciais, desafios e potencialidades da rede de cuidado, supervisão em campo, PBL (*Problem-Based Learning* - Aprendizado Baseado em Problemas) e formação para além das quatro paredes da sala de aula são alguns dos temas apresentados neste livro. Cada capítulo foi cuidadosamente pensado e desenhado para ampliar as perspectivas dos futuros cursos na área. O livro está organizado em três eixos, com um total de onze capítulos. O Eixo I- Formação profissional na área de drogas: o que sabemos e para onde vamos?- aborda as premissas da literatura que foram ponto de partida para a construção dos cursos, bem como o caminho que norteou a proposta. No Eixo II- Princípios básicos para a construção de processos coletivos de formação- estão descritas as experiências de construção do formato dos cursos, os desafios nas áreas de

formação profissional, processos políticos envolvidos e cuidados com os profissionais da rede. O Eixo III- Colocando a mão na massa: para muito além das abordagens conteudistas - relata as experiências diretas vividas ao longo dos cursos e também as bases que sustentaram as práticas pedagógicas, sob a perspectiva da Educação Permanente.

Com muita satisfação compartilhamos nosso conhecimento e esperamos poder contribuir para a oferta de cursos cada vez mais alinhados às reais necessidades da população. Esperamos poder favorecer a disseminação do conhecimento acadêmico e, em sinergia com a experiência prática dos profissionais, poder caminhar de mãos dadas, no sentido de superar preconceitos, contribuindo para um sistema de atenção e cuidado que respeite e valorize as pessoas, suas trajetórias e seus potenciais.

Equipe de coordenação do CRR-DIMESAD-UNIFESP

SOBRE OS AUTORES

ALESSANDRA NAGAMINE BONADIO

Psicóloga clínica. Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); Especialização em Dependência Química pela UNIFESP. Pesquisadora do NEPSIS/UNIFESP; Membro da Equipe Formativa do CRR-DIMESAD-UNIFESP.

ANA LUÍSA MARLIERE CASELA

Psicóloga. Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Analista de Avaliação do Centro de Políticas Públicas e Avaliação da Educação (CAEd).

ANA PAULA LEAL CARNEIRO

Psicóloga. Doutora em Ciências pelo Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Pesquisadora e coordenadora de projeto de pesquisa no curso SUPERA. Membro da Equipe Formativa do CRR-DIMESAD-UNIFESP.

ANA REGINA NOTO

Psicóloga e Farmacêutica. Mestre e Doutora em Ciências da Saúde pelo Departamento de Psicobiologia da UNIFESP. Professora adjunta da Disciplina de Medicina e Sociologia do Abuso de Drogas (DIMESAD) da Escola Paulista de Medicina. Coordenadora do Núcleo de Pesquisa em Saúde e Uso de Substâncias (NEPSIS) e do Centro de Referência CRR-DIMESAD-UNIFESP. Pesquisadora do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) Nível 2.

ANDRÉ BEDENDO DE SOUZA

Psicólogo. Mestre e Doutor pelo Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Membro da Equipe Formativa do CRR-DIMESAD-UNIFESP. Pesquisador colaborador do Núcleo de Pesquisa em Saúde e Uso de Substâncias (NEPSIS).

BRUNO AZEVEDO BITTENCOURT

Psicólogo Clínico. Coordenador de Serviço Residencial Terapêutico. Especialização em Psicopatologia e Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP). MBA Executivo em Saúde pela AVM Faculdade Integrada. Membro do Núcleo de Pesquisa em Saúde e Uso de Substâncias (NEPSIS). Membro da Equipe Formativa do CRR-DIMESAD-UNIFESP.

CRISTIANE MARCHL SOARES

Terapeuta Ocupacional. Especialização em Saúde da Família e Dependência Química pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Realizou trabalhos de reabilitação e inserção junto a pacientes em fase de recuperação e pacientes em processo de integração social.

DANILO POLVERINI LOCATELLI

Psicólogo. Mestre em Ciências pelo Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Pesquisador da AFIP cedido para o Departamento de Psicobiologia da UNIFESP. Pesquisador do Núcleo de Pesquisa em Saúde e Uso de Substâncias (NEPSIS). Vice-Coordenador e Membro da Equipe Formativa do CRR-DIMESAD-UNIFESP.

EFREM MILANESE

Psicólogo. Mestre e Doutor em Psicologia pela Universidade Paris-Sorbonne (Paris V- René Descartes). Especialização em Dipendenza Patologica (Dependências Patológicas) pela Universidade de Pádua. Trabalha na área de redução da demanda de drogas (prevenção, tratamento, integração social) e é consultor de programas e políticas em alguns países da América Latina, Ásia e Europa.

ELAINE LUCAS DOS SANTOS

Psicóloga. Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD). Doutora em Ciências pelo Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Membro da Equipe Formativa do CRR-DIMESAD-UNIFESP. Pesquisadora colaboradora do Núcleo de Pesquisa em Saúde e Uso de Substâncias (NEPSIS).

ELIANE DA SILVA SOARES

Psicóloga. Possui cursos de Capacitação Profissional em Álcool e Drogas pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Capacitação em Tratamento Comunitário. Formação para Instrutora de *Mindfulness* pelo MBRP BRASIL/UNIFESP. Curso de Educação Popular em Saúde pela FIOCRUZ. Curso de Intervenção Breve para usuários de álcool e outras drogas (UNIFESP). Curso Demanda Hospitalar e de Maternidade sobre o uso de álcool e outras drogas (UNIFESP).

EMÉRITA SÁTIRO OPALEYE

Farmacêutica. Mestre em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Doutora em Ciências pelo Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Especialização em Administração de Serviços de Saúde pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP). Pesquisadora da Disciplina de Medicina e Sociologia do Abuso de Drogas do Departamento de Psicobiologia, UNIFESP. Vice-coordenadora do Núcleo de Pesquisa em Saúde e Uso de Substâncias (NEPSIS) e Membro da equipe formativa do CRR-DIMESAD-UNIFESP.

EROY APARECIDA DA SILVA

Psicoterapeuta Individual, Familiar e Comunitária. Doutora em Ciências pelo Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Pesquisadora da AFIP cedido para o Departamento de Psicobiologia da UNIFESP. Coordenadora da Clínica-Escola da Unidade de Dependência de Drogas (UDED)/Departamento de Psicobiologia da UNIFESP. Coordenadora do Curso Atenção aos Usuários de Drogas, REDE SAMPA (Saúde Paulistana)-Prefeitura Municipal da cidade de São Paulo. Membro da equipe formativa do CRR-DIMESAD-UNIFESP.

JEANE CELIA SANTANA SANTOS

Graduada em Serviço Social. Trabalha com população vulnerável no atendimento social aos usuários e suas famílias, faz acolhimento e escuta, realiza encaminhamento e atividades socioeducativas. Promove acesso aos direitos e à rede socioassistencial.

JÉSSICA VERÔNICA TIBÚRCIO DE FREITAS

Psicóloga. Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Pesquisadora e bolsista de Apoio Técnico I do Centro de Referência em Pesquisa, Intervenção e Avaliação em Álcool e Outras Drogas (CREPEIA).

JOÃO MENDES DE LIMA JUNIOR

Psicólogo. Mestre em Letras (interface: Linguística e Psicanálise). Especialização em Psicopatologia Psicanalítica e em Formação Integrada em Educação Permanente pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professor-Adjunto da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) e Coordenador do Centro Regional de Referência para Educação Permanente em Crack, Álcool e outras Drogas (CRR).

JOSÉ CARLOS FERNANDES GALDURÓZ

Psiquiatra. Docente da Disciplina de Medicina e Sociologia do Abuso de Drogas (DIMESAD)/ Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Membro da Equipe Formativa do CRR-DIMESAD-UNIFESP.

LIANDRO LINDNER

Jornalista. Mestre em Comunicação e Informação em Saúde pelo Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT) da Fiocruz e Doutor em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP). Docente da Escola Municipal de Saúde de São Paulo, na área de substâncias psicoativas, e da Faculdade de Arquitetura e Urbanismo (FAU) da USP, na disciplina “População de Rua: Design, Cidade e Contemporaneidade”. Membro da Equipe Formativa do CRR-DIMESAD-UNIFESP.

LIZ PAOLA DOMINGUES

Biomédica. Mestre em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e Doutoranda do Departamento de Psicobiologia da UNIFESP. Especialização em Planejamento, Implementação e Gestão da Educação a Distância pela Universidade Federal Fluminense (UFF) e Aperfeiçoamento em Processos Formativos EaD na área de Álcool e Outras Drogas pela UNIFESP.

LUCA SANTORO GOMES

Terapeuta, Professor e Supervisor Técnico. Jornalista, graduado em Comunicações Sociais. Mestre em Adult Psychodynamic Counselling pela Universidade de Londres. Especialização em Dependência Química pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Formador em Tratamento Comunitário – orientação teórica, conceitual e metodológica pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Paraíba (IFPB). Membro da Equipe Formativa do CRR-DIMESAD-UNIFESP.

MARGARETH ARREBOLA TREDICE

Psicóloga Clínica. Membro da Equipe Formativa do CRR-DIMESAD-UNIFESP e Membro do Núcleo de Pesquisa em Saúde e Uso de Substâncias (NEPSIS).

MARIA CAROLINA BOTÉQUIO DE MORAES

Psicóloga. Mestre em Ciências Médicas pelo Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Especialização em Técnicas Cognitivas Comportamentais para Dependência Química pelo Departamento de Psicobiologia da UNIFESP. Membro da Equipe Formativa do CRR-DIMESAD-UNIFESP e Pesquisadora colaboradora do Núcleo de Pesquisa em Saúde e Uso de Substâncias (NEPSIS).

MARIA ESTER DA SILVA

Agente de Redução de Danos, do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD III Jardim Ângela), Organização Social Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim (CEJAM). Possui formação em Tecnologia em Análise e Desenvolvimento de Sistemas – Universidade Nove de Julho.

MARIA LUCIA OLIVEIRA DE SOUZA FORMIGONI

Biomédica. Mestre, Doutora e Professora Livre-Docente pela Escola Paulista de Medicina da UNIFESP, na qual já foi chefe do Departamento de Psicobiologia, Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Psicobiologia, no qual é orientadora e Pró-Reitora de Pós-Graduação e Pesquisa. Coordena a Unidade de Dependência de Drogas (UDED) e foi idealizadora e coordenadora dos cursos SUPERA (Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção Breve, Reinserção Social e Acompanhamento) e Fé na Prevenção, desenvolvidos em parceria com a SENAD (Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas). É editora assistente da revista *Addiction* e membro do corpo editorial da revista *Addiction Science & Clinical Practice*.

MARIA VALÉRIA CONTRERAS

Psicóloga Clínica. Especialização em Dependência Química pela Universidade Nacional de Tucumán (UNT), onde atua como Docente. Pesquisadora colaboradora do Núcleo de Pesquisa em Saúde e Uso de Substâncias (NEPSIS) e Membro da Equipe Formativa do CCR-DIMESAD-UNIFESP.

MAYRA PIRES ALVES MACHADO

Terapeuta Ocupacional. Mestre em Ciências e Doutoranda pelo Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Especialização em Psiquiatria e Dependência Química pela UniSãopaulo. Pesquisadora colaboradora do Núcleo de Pesquisa em Saúde e Uso de Substâncias (NEPSIS) e Membro da Equipe Formativa do CCR-DIMESAD-UNIFESP.

PEDRO HENRIQUE ANTUNES DA COSTA

Psicólogo. Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Professor do curso de Psicologia da Faculdade Machado Sobrinho, de Juiz de Fora. Pesquisador do Centro de Referência em Pesquisa, Intervenção e Avaliação em Álcool e Outras Drogas (CREPEIA).

POLLYANNA SANTOS DA SILVEIRA

Psicóloga. Doutorado em Ciências da Saúde pelo Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Pós-Doutorado pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), com ênfase em álcool e outras drogas. Pesquisadora do Centro de Referência em Pesquisa, Intervenção e Avaliação em Álcool e Outras Drogas (CREPEIA).

RAQUEL BARROS

Psicóloga. Mestre em Psicologia pela Universidade de São Paulo (USP). Fundadora da Associação Lua Nova. Gestora da Rede Americana de Intervenção em Situações de Sofrimento Social (RAISSS); Diretora do Instituto Empodera e Consultora do *Colombo Plan* (ÁSIA/EUA) e da Junta Nacional de Drogas do Uruguai e da Secretaria de Segurança Multidimensional (CICAD/OEA). Membro da Equipe Formativa do CCR-DIMESAD-UNIFESP.

REGINA ESTHER DE ARAUJO CELEGUIM TUON

Graduada em Serviço Social. Mestre em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica (PUC/SP). Especialização em Promoção de Saúde pela Universidade de São Paulo (USP) e em Dependência Química pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Atualmente é Assistente Social do Ministério da Saúde lotada na UNIFESP. Membro da Equipe Formativa do CRR-DIMESAD-UNIFESP.

RENATO NOGUEIRA DOS SANTOS

Graduado em Serviço Social. Especialização em Saúde da Família pela Universidade Aberta do SUS (UNASUS)/UNIFESP. Formador em Tratamento Comunitário pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Paraíba (IFPB). Coordenador do Serviço de Atendimento ao Usuário e Humanização - Casa de Saúde Santa Marcelina, assessora, organiza e executa as políticas de humanização, atenção básica, saúde mental, políticas sobre drogas, ouvidoria, enfrentamento de violências e promoção de cultura de paz. Membro da Equipe Formativa do CRR-DIMESAD-UNIFESP.

ROSANA DO CARMO CRUZ

Bacharel em Serviço Social. Assistente Social na Associação de Auxílio Mútuo da Zona Leste (APOIO). Atuou como orientadora socioeducativa na APOIO e no Instituto Santa Lúcia. Possui cursos de formação na área de álcool e outras drogas pelo CRR-DIMESAD-UNIFESP e pelo Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção Breve, Reinserção Social e Acompanhamento (SUPERA).

SIMONE PEIXOTO CONEJO

Psicóloga na Universidade Federal de São Carlos (UFSCar/Lagoa do Sino). Doutora em Psicologia Social (PUC/SP). Mestre em Psicologia Clínica (Instituto de Psicologia/USP/SP). Terapeuta de família e casal (Sistemas Humanos). Terapeuta Comunitária (UFC). Professora e Supervisora de graduação em Psicologia. Integrante da equipe de coordenação do projeto Fortalecendo Nós (UFSCar-Sorocaba). Vice-coordenadora do CRR-UFSCar-Sorocaba.

TATIANA DE CASTRO AMATO

Psicóloga. Mestre e Doutora em Ciências pelo Departamento de Psicobiologia da UNIFESP. Pesquisadora Colaboradora do Núcleo de Pesquisa em Saúde e Uso de Substâncias (NEPSIS). Coordenadora Pedagógica e Membro da Equipe Formativa do CRR-DIMESAD-UNIFESP.

TATIANA MENDES ALENCAR

Psicóloga. Especialização em Psicopatologia e Saúde pela Universidade de São Paulo (USP) e em Gestão em Saúde pela Fiocruz. Formação em Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Atua como Supervisora Técnica de Saúde Mental no Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim (CEJAM).

TATIANE LOPES DE SOUZA

Agente de Redução de Danos do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD III Jardim Ângela), Organização Social no Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim(CEJAM).

TELMO MOTA RONZANI

Psicólogo. Professor do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Coordenador do Centro de Pesquisa, Intervenção e Avaliação em Álcool e Drogas (CRE-PEIA). Bolsista de Produtividade do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq); Pesquisador Mineiro pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG).

THAIS DOMINGOS GRACIANO

Graduada em Serviço Social. Pós-Graduada em Políticas Sociais na Faculdades Metropolitanas Unidas (FMU). Assistente Social no Centro de Acolhida 16 horas em Santo Amaro - Pousada da Esperança.

YONE GONÇALVES DE MOURA

Psicóloga. Mestre em Ciências pelo Departamento de Psicobiologia pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Especialização em Dependência de Drogas: da Prevenção ao Tratamento pela UDED/UNIFESP. Pesquisadora da AFIP cedido para o Departamento de Psicobiologia da UNIFESP. Pesquisadora e Coordenadora Pedagógica no curso SUPERA. Membro da Equipe Formativa do CRR-DIMESAD-UNIFESP.

EIXO I

**Formação
profissional na área
de drogas: o que
sabemos e para
onde vamos?**

Formação de profissionais na área de álcool e outras drogas: contextos e desafios multidisciplinares

Ana Regina Noto, Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni,
Alessandra Nagamine Bonadio,
Liz Paola Domingues, Eroy Aparecida da Silva

Multiplicidade de contextos relacionados ao uso das substâncias psicotrópicas

O consumo de bebidas alcoólicas é um comportamento milenar, fazendo parte da cultura de vários países. Cerveja, vinho e outras bebidas alcoólicas assumem papel de destaque em contextos de comemorações, lazer e convívio familiar. O uso de algumas plantas alucinógenas também ocorre em rituais religiosos há milhares de anos. Outras drogas hoje consideradas ilegais, como a cocaína e o ecstasy, já foram prescritas como medicamentos no passado. Porém, é importante considerar que, embora qualquer substância psicotrópica possa ter seu valor sociocultural, quando utilizada de forma intensa ou crônica, pode acarretar vários problemas sociais, relacionais e de saúde (UNODC, 2014; WHO, 2014).

Álcool e tabaco são as substâncias mais consumidas no Brasil e no mundo. De acordo com o II Levantamento Nacional (CEBRID, 2007) entre a população adulta brasileira, 24% das pessoas afirmaram consumir álcool ao menos uma vez por semana, sendo que 12% preencheram critérios diagnósticos para dependência de álcool e 10% para tabaco. O uso de substâncias ilícitas também merece destaque no cenário nacional. As maiores prevalências de uso na vida, observadas no II Levantamento, foram de maconha (8,8%), solventes (6,1%) e benzodiazepínicos (5,6%). Ainda que existam muitos olhares voltados especificamente para o crack, essa substância não ficou entre as mais utilizadas no país, com uso na vida relatado por 0,7% da amostra pesquisada e uso no mês por 0,1%.

Entre os prejuízos associados ao uso de álcool e tabaco, destaca-se o aumento da vulnerabilidade a doenças respiratórias, gastrointestinais, cardiovasculares, infecciosas, diabetes e diversos tipos de câncer. Na perspectiva social, o uso excessivo de álcool é frequentemente associado à violência e ao risco de acidentes (UNODC, 2014). A Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE, 2016) identificou que 24% da população entrevistada relataram dirigir veículos motorizados após consumir bebidas alcoólicas, enquanto que, de acordo com o II Levantamento (CEBRID, 2006), 2% da população relataram ter se envolvido em acidentes automobilísticos após consumir álcool ou outras drogas.

Estimativas do *Global Burden of Disease* (WHO, 2014) indicam que cerca de 5% da carga global de doenças são relacionadas ao consumo de álcool (em DALYs - *Disability-Adjusted Life Years*). Em relação a drogas ilegais, o número de anos perdidos em função de adoecimento, incapacidade ou morte precoce é de aproximadamente 1% (REHM et al., 2006). No Brasil, os transtornos associados ao uso de álcool são os principais motivos de internações em hospitais psiquiátricos, representando uma considerável sobrecarga ao sistema de saúde. No ano de 2007, no Brasil, 4,3 óbitos por 100.000 habitantes foram relacionados ao consumo de drogas, sendo que o álcool esteve associado a aproximadamente 90% dos casos (BRASIL, 2009a).

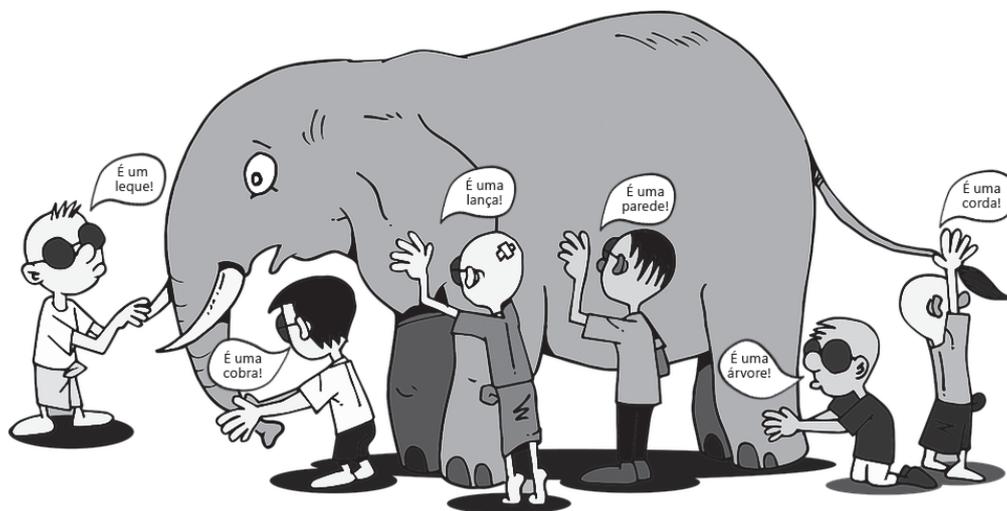
O comércio de drogas ilícitas movimenta milhões de dólares no mundo e emprega informalmente inúmeras pessoas, sendo um dos mais importantes segmentos do crime organizado (SANTOS; KASSOUF, 2008). O Brasil tem uma fronteira de aproximadamente 9.100 km com os maiores produtores mundiais de cocaína, desde o norte da Colômbia até o sul do Paraguai. Nas duas últimas décadas, em várias regiões do país foram identificados importantes laboratórios clandestinos de refinamento de cocaína. Segundo dados da Polícia Federal, o país não é apenas uma rota do mercado clandestino, mas passou a ser um local de preparo, embalagem e comércio (BRASIL, 2009a).

Este breve panorama sobre o uso e comércio de substâncias evidencia a importância e o impacto deste tema em nossa sociedade, afetando não somente o indivíduo, mas a comunidade como um todo (DEGENHARDT; HALL, 2012; WHO, 2014). Os problemas são observados não apenas na área de saúde, mas também nos sistemas educacional, jurídico, de assistência social e segurança pública. Entretanto, os profissionais que atuam nessas áreas nem sempre estão adequadamente capacitados para lidar com essas questões complexas e multidimensionais (VAN BOEKEL et al., 2014; AMERSA, 2002). Surge, assim, o desafio para a formação dos diversos profissionais que atuam direta ou indiretamente com essa questão, dentro de uma perspectiva multi e transdisciplinar.

Diante da multidimensionalidade, alguns profissionais apenas conseguem enxergar os aspectos que lhes são próximos e familiares, tendo dificuldade de perceber aspectos não relacionados diretamente a sua área de formação, desconsiderando a importância da visão multifatorial e relacional do fenômeno (Figura 1). Um médico, por exemplo, pode dar extrema importância aos danos hepáticos e neurológicos de uma pessoa que está dependente de álcool e negligenciar fatores psicossociais que, em alguns casos, podem ser até mais relevantes. Um cientista social, de modo similar, pode se entusiasmar em excesso com os desencadeantes ambientais e negligenciar a influência de fatores genéticos. É de extrema importância que os diversos profissionais envolvidos se familiarizem com a complexidade do tema, percebam a relevância dos múltiplos fatores a ele relacionados e desenvolvam sensibilidade para entender as peculiaridades e necessidades de cada pes-

soa com problemas associados ao uso de substâncias. Somente com essa visão ampliada torna-se possível desenvolver parcerias sinérgicas com profissionais de outras formações, visando propor estratégias adequadas para cada caso.

Figura 1 – Seis homens cegos e um elefante



A lacuna de formação dos profissionais em álcool e outras drogas e suas implicações

Os cursos de Graduação raramente abordam adequadamente temas relacionados ao uso de drogas. Por outro lado, ainda faltam procedimentos desenvolvidos, adaptados ou avaliados para a realidade brasileira. É frequente um professor não se sentir preparado para conversar sobre drogas com seus alunos, assim como um obstetra se sentir constrangido para perguntar e orientar sobre o uso de álcool entre gestantes. Diante do sentimento de despreparo e impotência, vários profissionais preferem não se envolver e, assim, negligenciam cuidado. Saber como abordar o tema e conhecer os recursos técnicos e comunitários são pressupostos básicos para o cuidado integral e humanizado aos usuários e seus familiares.

De acordo com especialistas da área médica, algumas das mais importantes evidências sobre a etiologia e as terapêuticas para as dependências não foram adequadamente difundidas e adotadas na prática clínica. Esse fenômeno ocorre em diferentes países e parece ser decorrente da precariedade do sistema educacional em saúde (WOOD et al., 2013). Em consequência, a maioria dos dependentes não recebe tratamento médico adequado, sendo os cuidados predominantemente realizados por pessoas vinculadas a entidades religiosas, sem formação em saúde (THE NATIONAL CENTRE ON ADDICTION AND SUBSTANCE ABUSE, 2012). Diante da relevância da capacitação profissional para melhorar a oferta de cuidado (MILLER et al., 2001), foi lançado em 2007, nos Estados

Unidos, o American Board of Addiction Medicine (ABAM), que traçou diretrizes para programas de formação médica em dependência de drogas. Paralelamente, também foram criados Centros de Excelência de Informação Médica para capacitar estudantes e profissionais de medicina sobre abuso e dependência (KUEHN, 2007). Essas iniciativas também visam identificar lacunas de conhecimento médico sobre o tema, a fim de desenvolver materiais e recursos didáticos para suprir tais lacunas formativas.

Há evidências de que o mesmo despreparo na área médica para diagnosticar e lidar com a dependência de substâncias também se repete na formação de outros profissionais de saúde, como enfermeiros, assistentes sociais, dentistas e psicólogos (AMERSA, 2002). A falta de conhecimento e habilidade para lidar com os casos parece ser a base dessa dificuldade, revelando que, na área de saúde, os programas curriculares da maioria dos cursos de graduação não contemplam adequadamente as questões relacionadas ao uso de substâncias (MILLER et al., 2001). No campo da enfermagem, por exemplo, essa precariedade de formação é observada em diferentes países, dentre os quais Estados Unidos, Inglaterra, Austrália e Brasil, tanto em nível de graduação quanto de pós-graduação (MURPHY-PARKER, 2013; RASSOOL; RAWAF, 2008). Tais observações evidenciam a necessidade de reflexão e reforma educacional na área, incluindo qualitativamente conteúdos didáticos sob a perspectiva multidisciplinar e prática clínica, a fim de capacitar os profissionais para ações de prevenção, diagnóstico precoce, intervenção e tratamento de transtornos relacionados ao abuso de substâncias.

Em diferentes perspectivas, a falha na formação também se apresenta nos sistemas de educação, segurança, justiça e assistência social. As deficiências de formação dos profissionais têm impacto direto sobre a prática de cuidados exercida, prejudicando claramente a população atendida. Uma pesquisa realizada em países da Europa evidenciou ser menor a motivação dos profissionais para trabalhar com usuários de substâncias psicoativas, em comparação a outras questões de saúde (GILCHRIST et al., 2011). Embora muitos casos sejam detectados nos sistemas de saúde, judiciário, educacional, ocupacional, entre tantos outros setores públicos e privados, nem sempre as pessoas são orientadas e encaminhadas de acordo com suas reais necessidades, pois o assunto é considerado um tabu, cercado de estigmas, receios e obstáculos. Entre as principais bases que sustentam o tabu destacam-se as dificuldades de compreensão sobre a natureza multifatorial dos problemas relacionados ao consumo de substâncias psicoativas. Assim, a compreensão ampliada do fenômeno, o preparo técnico e o trabalho em rede são alguns dos principais desafios da formação (MATTA et al., 2016).

Justifica-se, nesse cenário, a oferta de formações complementares, visando preencher essa importante lacuna de conhecimento. Entretanto, nem toda capacitação de profissionais nessa área tem a mesma profundidade e qualidade. Ainda existem muitos cursos

ofertados por pessoas que, a partir da experiência pessoal exclusivamente, consideram-se suficientemente aptas a discursar e ensinar sobre o tema. Embora seus depoimentos possam ilustrar e motivar profissionais para entender e discutir a temática, faltam-lhes conhecimento técnico-científico atualizado e técnicas de ensino que as capacitem para a formação nessa área. Cabe, portanto, ao sistema formal de educação assumir a tarefa de suprir essa lacuna de conhecimento e ofertar programas de capacitação para preparar adequadamente os diversos tipos de profissionais para atuarem de forma articulada e sinérgica nessa área.

Os desafios da compreensão e da ação multidimensional

Inicialmente, profissionais de saúde trouxeram para si a responsabilidade de lidar com pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas, o que representou uma evolução em relação às ideias moralistas que predominavam até o início do século XX. A concepção de alcoolismo como uma doença perdurou por alguns anos, em especial no final da primeira metade daquele século, sendo posteriormente substituída pelo conceito de transtornos decorrentes do uso de álcool ou outras substâncias psicoativas, aos quais se associam problemas biológicos, psicológicos e sociais (APA, 2013).

Com o avanço científico da área, tornou-se cada vez mais evidente a importância dos fatores de risco e vulnerabilidade genética, ambiental e social. A natureza complexa e multifatorial dos problemas associados ao uso de substâncias requer o envolvimento de profissionais com formações diversas e complementares, que, trabalhando de modo sinérgico e interdisciplinar, possam desenvolver estratégias específicas para o atendimento de cada pessoa de acordo com sua necessidade. Entretanto, essa mudança nas concepções teóricas sobre o tema ainda não refletiu na formação dos profissionais.

Embora na grade curricular da maioria dos cursos de medicina existam conteúdos específicos sobre o assunto, sua profundidade deixa a desejar, em especial quanto a abordagens práticas. Em outros cursos de graduação, como Enfermagem e Psicologia, frequentemente esse assunto é abordado apenas de modo tangencial, quando o é. O mesmo se aplica às áreas de Educação, Serviço Social, Direito, Jornalismo, considerando apenas as mais diretamente relacionadas em se tratando de Ensino Superior. Se considerarmos a formação em nível técnico, a situação é ainda mais séria e difícil, com a quase completa ausência do tema em cursos de formação de técnicos e assistentes de Enfermagem e de Psiquiatria, profissionais da área de Recursos Humanos, operadores do Direito, Policiais, Políticos, etc. A maioria desses profissionais, assim como Agentes Comunitários de Saúde, Conselheiros Religiosos e Líderes Comunitários, lidam constantemente com pessoas com problemas

associados ao uso de álcool e outras drogas, mas o fazem, em geral, de modo intuitivo e sem capacitação adequada.

Os fatores de vulnerabilidade ou de proteção, sejam de natureza biológica, psicológica ou social, em geral não são considerados pela maioria dos profissionais e, quando o são, a importância a eles atribuída é secundária. A maioria das pessoas desconhece o papel e a relevância desses fatores no avanço do uso abusivo e da dependência de álcool e outras drogas.

Compreender e lidar com fenômenos complexos exigem muita abertura e atitude reflexiva. É necessário que os profissionais compreendam a interação entre as dimensões biológica, psicológica e social para que possam desconstruir gradativamente seus pressupostos estigmatizantes ou limitados a sua área do conhecimento e, assim, abrir espaço para novos olhares e novas práticas profissionais colaborativas.

Diante da multidimensionalidade dos problemas relacionados ao uso, o trabalho em rede também se torna essencial (MATTA et al., 2016). Porém, o conceito de rede ainda está muito associado ao encaminhamento dos casos emergentes, sendo a dificuldade de comunicação e articulação o maior problema identificado pelos profissionais. Raramente os setores trabalham o conceito ampliado de rede, ou seja, tendem a minimizar o potencial da rede como elemento de planejamento político e promoção de saúde em perspectiva sistêmica. Dentro dessa demanda, o conceito de rede é mais um importante eixo da formação profissional.

Outro agravante da falta de capacitação técnica é o estigma associado às pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas.

Estigma e preconceito

Apesar dos avanços científicos no tema, ainda predominam concepções moralistas segundo as quais as pessoas “optariam” por serem como são, como se elas tivessem plena capacidade de mudar seu comportamento rapidamente, bastando para isso um simples ato de vontade ou uma “iluminação divina”. Por se perceberem moralmente julgadas, apenas uma pequena parcela das pessoas busca cuidados especializados. Profissionais de atenção primária à saúde e de outros setores deveriam estar adequadamente preparados para a detecção precoce dos problemas, oferta de intervenção e encaminhamento para serviços especializados, quando necessário. Porém, em decorrência de vários fatores como estigma e preconceito, o que ocorre na prática, tanto no Brasil quanto em outros países, é uma frequente omissão profissional (OLIVEIRA; RONZANI, 2012; LUOMA et al., 2007; MILLER et al., 2001). O estigma é ainda mais grave se persistir ao longo da formação especializada para lidar com os problemas associados ao uso de substâncias (AMERSA, 2002).

O estigma e o preconceito sofrido por dependentes de álcool e usuários de outras drogas impactam a atitude e saúde mental e física dessa população (YOUNG et al., 2005; RONZANI et al., 2014). A experiência ou a expectativa de rejeição atuam como fatores estressores, promovendo o afastamento e o isolamento social e, dessa forma, comprometem a busca de ajuda em serviços especializados. Nesse sentido, o preconceito atua como barreira adicional ao cuidado profissional, prejudicando o ingresso no sistema formal de saúde, bem como a própria qualidade do atendimento recebido (AHERN et al., 2007; KELLEHER, 2007). O estigma social influencia a atitude dos profissionais em relação aos dependentes de substâncias, os quais passam a ser vistos como pessoas violentas, manipuladoras e pouco interessadas em receber cuidados. Essa percepção negativa atua como fator que compromete a oferta de um atendimento de qualidade, na medida em que, na prática, isso se traduz em uma abordagem profissional distanciada, com menor engajamento pessoal e empatia (VAN BOEKEL et al., 2013). Esse conjunto de crenças e atitudes dos profissionais reduz o sentimento de empoderamento e autonomia dos usuários, os quais, de forma recursiva e defensiva, passam a confirmar as expectativas dos profissionais, rejeitando a oferta de cuidado.

Um estudo que avaliou o impacto de diferentes perspectivas do estigma em pacientes de serviços ambulatoriais para dependência química, realizado nos Estados Unidos, mostrou que o sentimento de vergonha internalizado pelos pacientes (autoestigma) foi o fator que apresentou maior associação com o comprometimento do funcionamento psicológico e da qualidade de vida (LUOMA et al., 2007). Esse dado sugere a importância de ações redutoras do autoestigma, para auxiliar as pessoas a dar um novo significado e rever as percepções negativas que têm sobre si próprios. Esse achado ressalta a importância da formação profissional comprometida com a redução dos impactos do estigma na relação de atenção e cuidado de pessoas com problemas relacionados ao uso de substâncias.

Para a superação dos antigos paradigmas, o aprendizado deve ocorrer de forma contextualizada e co-construída, preferencialmente no próprio campo profissional. A denominada Educação Permanente em Saúde (EPS) (BRASIL, 2009b) é uma forma relativamente recente de formação profissional que tende a auxiliar no processo de capacitação, humanização e contextualização das práticas de cuidado (LIMA JUNIOR et al., 2015). Para tanto, é essencial a construção de parcerias entre as universidades públicas e os órgãos responsáveis pelo atendimento aos usuários de álcool e drogas da rede pública de saúde. A carência na capacitação profissional contribui não apenas para a manutenção dos preconceitos, mas também para a descrença, desgaste e fadiga de compaixão do profissional que lida cotidianamente com a população usuária de drogas (LAGO; CODO, 2010). Nesse sentido, é importante um forte investimento na capacitação de profissionais, não apenas do ponto de vista teórico, mas também na promoção de autocuidado, reflexão e resignificação frente aos preconceitos historicamente enraizados nessa área.

A formação profissional no Brasil: Como estamos e para onde vamos

No Brasil, cursos presenciais especializados na temática de álcool e outras drogas foram, por muito tempo, ofertados em universidades ou ambientes de trabalho por profissionais com formação na área de saúde. Esses cursos ainda são ofertados e variam muito em duração e nível de profundidade, podendo ser cursos de extensão, com cerca de oito horas de duração, até cursos de pós-graduação *Stricto Sensu* (Mestrado e Doutorado), passando por cursos de aperfeiçoamento e especializações.

Nos últimos anos, a SENAD (Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas) iniciou um movimento de grande incentivo e apoio a cursos de formação para profissionais de diferentes áreas que envolvem o tema. Através de parcerias com Universidades Públicas das diferentes regiões do Brasil, foram desenvolvidos e ofertados cursos na modalidade de Educação a Distância, como o SUPERA (Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento)(<http://www.supera.senad.gov.br>), assim como cursos em formato presencial, como os Centros Regionais de Referência (CRRs).

Os CRRs foram idealizados pela SENAD e instituídos pelo Governo Federal a partir do Decreto 7.179, de 20 de maio de 2010, com apoio de universidades brasileiras. Em resposta a chamamento por Edital Público, cerca de cinquenta CRRs foram organizados em diferentes Universidades Públicas, com o objetivo de ofertar Educação Permanente para profissionais atuantes na rede pública de saúde, assistência social e justiça em relação à temática do álcool e outras drogas. O CRR segue a diretriz já proposta do Ministério de Saúde sobre EPS, por considerar que existe uma grande lacuna nessa tarefa no Brasil. A formação de profissionais em álcool e outras drogas ainda está baseada, em grande parte, em práticas da Educação em Serviço ou da Educação Continuada, necessitando assim de revisão e ampliação da compreensão da realidade cotidiana do trabalho.

Um dos CRRs instituídos na região de São Paulo foi o CRR-DIMESAD-UNIFESP, com objetivo de promover conhecimento e reflexão para melhoria da qualidade dos serviços oferecidos à população, por meio da capacitação dos profissionais, valorizando a realidade cotidiana do trabalho nos diferentes setores. Tem também por objetivo fomentar a resolutividade de programas, projetos e estratégias já existentes, seja em prevenção de riscos, redução de danos ou no tratamento. O CRR busca ainda propiciar a construção de intersecção de redes colaborativas interdisciplinarmente, para o fortalecimento da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial). Paralelamente, o CRR promove pesquisa-ação a partir de suas próprias experiências. As capacitações vêm ocorrendo, desde então, seguindo as diretrizes e concepções de Educação Permanente na área de álcool e outras drogas, valo-

rizando os locais de trabalho como um grande campo de observação e aprendizado para práticas colaborativas e de multiplicação (LIMA JUNIOR et al., 2015).

Os cursos dos CRRs são ofertados em modalidade presencial, articulados em parceria com os gestores locais, com duração média de quarenta a oitenta horas. Em 2017 encontravam-se em funcionamento cerca de vinte e sete dos cinquenta CRRs criados no país, atuando na dependência de editais e recursos esporádicos que envolvem considerável burocracia a cada nova edição. Dessa forma, a atuação dos CRRs oscila ao longo do tempo, tornando frágil a articulação política e, conseqüentemente, o processo de Educação Permanente tal qual foi idealizado.

Outro importante desafio da formação envolve a disseminação do conhecimento em países de dimensões continentais como o Brasil, assim como ocorre nos Estados Unidos, Canadá, Rússia e China. Se considerarmos o número de profissionais de diversas áreas, distribuídos em território geográfico tão amplo, a capacitação necessária para preencher importantes lacunas de formação dificilmente seria atingida em pouco tempo se dependesse somente de capacitações presenciais. Além das questões geográficas, o custo e a logística são importantes obstáculos. Apresenta-se assim um imenso desafio: como desenvolver programas de capacitação que possam atender de modo adequado a públicos-alvo tão diversos e ao mesmo tempo oferecer a todos uma base sólida e abrangente que permita uma compreensão ampliada do problema e das possíveis abordagens?

O advento de novas tecnologias de ensino e comunicação, assim como a ampla popularização do uso da rede mundial de computadores (Internet), foram fatores de suma importância para a ampliação da oferta de capacitações nessa área. Surgiram então os cursos utilizando tecnologias de Educação a Distância (EaD) na área, sendo os mais relevantes quanto à abrangência do público-alvo e qualidade da informação os oferecidos pela SENAD. Em parceria com importantes universidades federais brasileiras, a SENAD subsidiou cinco cursos voltados, cada qual, para determinadas populações: Operadores do Direito e Equipe dos Juizados Especiais Criminais e Das Varas da Infância e da Juventude, oferecido pela Universidade de São Paulo (USP); Conselheiros e Lideranças Comunitárias, oferecido pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC); Instituições Religiosas e Movimentos Afins (Fé na Prevenção), oferecido pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); Educadores de Escolas Públicas, oferecido pela Universidade de Brasília (UNB); Profissionais de Saúde e de Assistência Social (SUPERA), oferecido pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); Líderes, Voluntários, Profissionais e Gestores de Comunidades Terapêuticas, oferecido pela Universidade Estadual Paulista (UNESP). Considerando apenas o curso SUPERA, este causou um imenso impacto ao longo dos últimos onze anos (2006 a 2017), tendo sido ofertadas 135.000 vagas para uma demanda de 608.629 inscrições, correspondendo a 367.644 indivíduos, dado que diversos profissionais se inscreveram repetidamente até conseguirem

uma vaga, demonstrando a imensa demanda por formação nesta área (mais de 230.000 profissionais ainda não atendidos).

A Educação a Distância (EaD) se mostra, assim, fundamental em países de dimensões continentais. A EaD possibilita a oferta de cursos para um número expansivamente maior de alunos, atingindo regiões geograficamente afastadas e a custos muito reduzidos. Além das questões geográficas, as limitações de recursos financeiros e de equipes qualificadas são barreiras para a implantação e manutenção de cursos presenciais que suportem a educação permanente em saúde pública. Dificuldades de deslocamento, disponibilidade de tempo e recursos também são questões que afastam os profissionais de oportunidades para capacitação e atualização em suas áreas de atuação. Nesse sentido, nas últimas décadas, a EaD vem se popularizando entre as modalidades de ensino.

Porém, nem todos os temas e objetivos formativos são favorecidos pela EaD. Uma avaliação realizada em visita a instituições paulistas que tiveram seus profissionais capacitados por um dos cursos de formação EaD evidenciou que os cursistas afirmaram considerar o curso excelente e reconheciam mudança do nível pessoal de conhecimento sobre o tema. Entretanto, quando avaliadas as práticas profissionais pós-curso, foi observada a aplicação de modelos ultrapassados e a presença de estigmas morais. Esse achado sugere que os cursos de formação EaD, da forma como estão sendo implementados no país, apresentam potencial de mudança de conhecimento, mas não necessariamente isso se traduz em mudanças práticas e atitudinais (NOTO e col, 2015). Em uma área repleta de estigmas e preconceitos enraizados na cultura, como a dependência do uso de álcool e outras drogas, as pressões sociais muito provavelmente dificultam as mudanças necessárias. Assim, os cursos de formação devem ir além da transmissão do conhecimento, mas incluir elaboração de projetos acompanhados e articulados com a prática profissional.

Considerações Finais

Um dos papéis da Universidade é ser um centro de aprendizagem e desenvolvimento com ações em educação, formação, capacitação e pesquisa. Ela é também um local de inovação nos processos de aprendizagem, aplicação e multiplicação do conhecimento. Sua missão é gerar, sistematizar, democratizar e socializar o saber, tanto na formação de profissionais e indivíduos capazes de promover a transformação e o desenvolvimento da sociedade, como na reciclagem e capacitação para os profissionais que atuam em várias áreas. Dessa forma, a Universidade pode contribuir na prevenção, promoção da saúde, redução dos danos e riscos associados ao consumo de drogas, além de colaborar para a criação de mecanismos que facilitem a estruturação, ampliação e fortalecimento de redes sociais e de serviços de saúde pública a ela vinculados.

Com o objetivo de lidar com todas as questões apresentadas neste capítulo, a Disciplina de Medicina e Sociologia do Abuso de Drogas (DIMESAD) vem atuando em parceria com a SENAD com o desafio de contribuir na capacitação sistematizada de profissionais das diversas áreas. Centraliza o curso SUPERA, ofertado desde 2006, assim como um CRR atuante na região metropolitana da cidade de São Paulo. Diante dos avanços da Educação a Distância e Educação Permanente no Brasil, bem como de seus limites e potencialidades, torna-se essencial avaliar as possibilidades de integração das diferentes modalidades de ensino. Formas integrativas de formação, como modelos híbridos ou multimodais, estão em planejamento com o objetivo de favorecer a disseminação do conhecimento, mas também atentando ao caráter prático, voltando-se para um cuidado de qualidade com a população. A parceria entre a Universidade, o Estado e os Municípios visando à formação permanente de profissionais que atuam nas diferentes frentes de atenção aos usuários de substâncias e seus familiares passou a ser uma necessidade de cuidado premente, que merece continuar recebendo incentivo e avanço nas próximas décadas.

Referências bibliográficas

AHERN, J.; STUBER, J.; GALEA, S. Stigma, discrimination and the health of illicit drug users. **Drug and Alcohol Dependence**, n. 88, p. 188-196, 2007.

AMERSA – ASSOCIATION FOR MEDICAL EDUCATION AND RESEARCH IN SUBSTANCE ABUSE. **Strategic Plan for Interdisciplinary Faculty Development: arming the nation's health professional workforce for a new approach to substance abuse disorders**, 2002.

APA – AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, Fifth Edition DSM 5. Arlington: American Psychiatric Publishing, 2013.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Relatório brasileiro sobre drogas**. Brasília, 2009a.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas,- SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento - Organizadoras Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte e Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni, 11ª/12ª edição, 2017 (disponível em: <https://www.supera.senad.gov.br/material/>)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

CEBRID. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005**. SENAD (Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas), Ministério da Justiça, 2007.

DEGENHARDT, L.; HALL, W. Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease. **Lancet**; n. 379 (9810), p. 55-70, 2012.

GILCHRIST, G.; MOSKALEWICZ, J.; SLEZAKOVA, S.; OKRUHLICA, L.; TORRENS, M.; VAJD, R.; BALDACCHINO, A. Staff regard towards working with substance users: a European multi-centre study. **Addiction**, n. 106, p. 1114–1125, 2011.

IBGE- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde 2013: indicadores de saúde e mercado de trabalho**. Rio de Janeiro, 2016.

KELLEHER, S. Health care professional's knowledge and attitudes regarding substance use and substance users. **Accident and Emergency Nursing**, n. 15, p. 161-165, 2007.

KUEHN B. Centers to weave addiction treatment into medical education. **JAMA**, v. 297, n. 16, p. 1763, 2007.

LAGO, K.; CODO, W. **Fadiga por compaixão: o sofrimento dos profissionais em saúde**. Editora Vozes: Petrópolis, 2-10.

LIMA JUNIOR, J. M.; SILVA, E. A.; NOTO, A. R.; BONADIO, A. N.; LOCATELLI, D. P. A educação permanente em álcool e outras drogas: marcos conceituais, desafios e possibilidades. In RONZANI, T. M.; COSTA, P. H. A.; MOTA, D. C. B.; LAPORT, T. J. (Org.). **Redes de Atenção aos Usuários de Drogas: políticas e práticas**. São Paulo: Cortez, 2015, p. 155-187.

LUOMA, J. B.; TWOHIG, M. P.; WALTZ, T.; HAYES, S. C.; ROGET, N.; PADILLA, M.; FISHER, G. An investigation of stigma in individuals receiving treatment for substance abuse. **Addictive Behaviors**, n. 32, p. 1331-1346, 2007.

MATTA, A. N. B.; LOCATELLI, D.; SILVA, E. A.; CONTRERAS, M. V.; BITTENCOURT, B.; NOTO, A. R. Processos formativos em álcool e outras drogas para trabalhadores da rede pública do município de São Paulo: a experiência do CRR-DIMESAD-UNIFESP. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del-Rei, v. 3, n. 11, p. 637-649, 2016.

MILLER, N. S.; SHEPPARD, L. M.; COLENDIA, C. C.; MAGEN, J. Why physicians are unprepared to treat patients who have alcohol and drug-related disorders. **Academic Medicine**, v. 5, n. 76, p. 410-418, 2001.

MURPHY-PARKER, D. Screening, Brief Intervention and Referral to treatment: a need for educational reform in nursing. **Nurs Clin N Am**, n. 48, p. 485-489, 2013.

NOTO, A. R.; AMATO, T. C.; MELO, D. A.; GONÇALVES, L. P.; CARNEIRO, A. P. L.; SANTOS, E. L.; MACHADO, M. Impacto da formação dos educadores em escolas do estado de São Paulo. In: SUDBRACK, M. F. O.; CONCEIÇÃO, M. I. G.; SEIDL, E. M. F.; GUSSI, M. A. (Org.). **Experiência e pesquisa do PRODEQUI nos dez anos de formação de educadores de escolas públicas para prevenção do uso de drogas**. Campinas: Editora Autores Associados, 2015.

OLIVEIRA, M. C.; RONZANI, T. M. Estigmatização e prática de profissionais da APS referentes ao consumo de álcool. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 3, n. 32, p. 648-661, 2012.

RASSOOL, G. H.; RAWAF, S. Educational interventions of undergraduate nursing students' confidence skills with alcohol and drug misusers. **Nurse Education Today**, n. 28, p. 284-292, 2008.

REHM, J., TAYLOR, B.; ROOM, R. Global Burden of Disease from alcohol, illicit drugs and

tobacco. **Drug and Alcohol Review**, v. 6, n. 25, p. 503-13, 2006.

RONZANI, T. M.; NOTO, A. R.; SILVEIRA, P. S. Reduzindo o estigma entre usuários de drogas: guia para profissionais e gestores. Colaboradores Ana Luísa Marlière Casela [et al.]. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2014.

SANTOS, M. J.; KASSOUF, A. L. Estudos Econômicos das Causas da Criminalidade no Brasil: Evidências e Controvérsias. **Economia**, Brasília(DF), v. 9, n. 2, p. 343–372, mai/ago 2008.

THE NATIONAL CENTRE ON ADDICTION AND SUBSTANCE ABUSE AT COLUMBIA UNIVERSITY, 2012. Addiction Medicine: closing the gap between Science and practice. Disponível em: <<http://www.casacolumbia.org/upload2012/0626addictionmed.pdf>>.

UNODC- UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **World Drug Report**. Viena: 2014.

VAN BOEKEL, L. C.; BROUWERS, E. P. M.; VAN WEEGHEL, J.; GARRETSEN, H. F. L. Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic Review. **Drug and Alcohol Dependence**, n. 131, p. 23-35, 2013.

VAN BOEKEL, L. C.; BROUWERS, E. P. M.; VAN WEEGHEL, J.; GARRETSEN, H. F. L. Healthcare professionals' regard towards working with patients with substance use disorders: Comparison of primary care general psychiatry and specialist addiction services. **Drug and Alcohol Dependence**, n. 134, p. 92– 98, 2014.

WHO- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Status Report on Alcohol and Health**, 2014.

WOOD, E.; SAMET, J. H.; VOLKOW, N. D. Physician Education in Addiction Medicine. **JAMA**, v. 310, n. 16, p. 23-30, 2013.

YOUNG, M.; STUBER, J.; AHERN, J.; GALEA, S. Interpersonal discrimination and the health of illicit drug users. **American Journal of Drug and Alcohol Abuse**, n. 31, p. 371-391, 2005.

A importância da educação permanente em álcool e outras drogas no processo formativo de trabalhadores que atuam na rede de atenção

Eroy Aparecida da Silva, Ana Regina Noto

A dependência de drogas, de maneira geral, traz consideráveis consequências tanto para os usuários como para seu sistema familiar, social e ocupacional. Alterações de humor e de comportamento surgem em associação e integrados a problemas na interação familiar, no ambiente de trabalho, no relacionamento social, associados muitas vezes à marginalização, fortes estigmas e isolamento (SILVA, 2011). A tensão cotidiana imposta às pessoas, associada as suas vulnerabilidades psicossociais, pode favorecer o uso abusivo de substâncias psicoativas como forma de enfrentamento das situações adversas da vida. Entretanto, esse problema não pode ser compreendido como um fenômeno isolado, mas pertencente a um contexto múltiplo e diverso. Dessa maneira, tanto o abuso quanto a dependência de drogas e seus impactos nas diversas áreas, nesta segunda década do século XXI, exigem atenção especial (SILVA, 2011; SOUZA et al., 2016).

Embora por muito tempo tenham predominado visões proibicionistas, moralistas e/ou puramente médicas/psiquiátricas sobre o consumo problemático de drogas, o que está evidenciado atualmente é que estas foram limitadas para lidar com esse fenômeno complexo e diversificado. A política de guerra às drogas fracassou em grande parte do mundo; a visão hospitalocêntrica de tratar a questão também se mostrou equivocada e, assim, amplamente questionada e debatida (ANDRADE, 2016).

Desde 2009 a própria Organização das Nações Unidas vem propondo, através da aprovação da Declaração Política e do Plano de Ação sobre o Problema Mundial das Drogas, mudança na direção em relação às políticas sobre drogas. Diante dessas transformações, um “novo paradigma” tem ganhado força no Brasil desde a década de oitenta, que propõe e defende um tratamento mais humanizado e inclusivo em relação aos cuidados com as pessoas que usam drogas de maneira problemática, incluindo Redução de Danos sob os princípios da Bioética (SHARAMM, 2008; NERY FILHO, 2010; NERY FILHO et al., 2013; RONZANI; SILVA, 2014; ANDRADE, 2016). A base desse pressuposto tem sido a defesa de uma política sobre drogas baseada na bioética, nos direitos humanos e na compreensão profunda dos diferentes contextos que constroem e mantêm o consumo problemático de drogas, com a finalidade de tirar definitivamente essa questão do campo da moralização, estigmatização, culpabilização, doença do próprio usuário ou de sua família. Nes-

se sentido, ações integralizadas, multidisciplinares e permanentes que incluam as várias dimensões da questão devem ser consideradas e colocadas cotidianamente na prática das relações profissionais/de trabalho (NERY FILHO et al., 2013; RONZANI; SILVA, 2014; ANDRADE, 2016).

No Brasil, a Política Nacional sobre Drogas (PNAD) preconiza a importância do desenvolvimento de estudos, pesquisas e avaliações que permitam aprofundar o conhecimento sobre as cenas culturais e os hábitos de consumo do álcool e outras drogas, assim como avaliar a extensão e as tendências do aumento do uso, em diferentes populações. Esse conhecimento deve retornar à comunidade, sendo a educação profissional uma das principais vias. Não se trata apenas de transmitir o conhecimento, mas promover debates, reflexões e formas de integração da educação às práticas profissionais cotidianas.

A educação permanente em saúde como estratégia pedagógica nas relações transformadoras do cotidiano do trabalho no Brasil

O termo “Educação Permanente” foi proposto na década de setenta, a partir da 6ª Conferência Nacional de Saúde, no sentido de ampliar o conceito de Educação em Saúde e sua relação com a prática cotidiana de cuidados com a população. Trata-se de uma perspectiva de promover educação contextualizada, de forma que novos conhecimentos afluam, integrem e consolidem com a prática profissional, assumindo características mais permanentes.

Ao longo do tempo, muitos esforços vêm sendo investidos com relação à formação dos profissionais em saúde mental no Brasil. Estes passaram por vários dilemas tanto conceituais como metodológicos; entretanto as preocupações com a continuidade das ações educativas permeiam uma visão consensual em relação à insuficiência da formação acadêmico-técnica-universitária (MENDES JÚNIOR et al., 2015). Três grandes modelos relacionados à educação em saúde tiveram destaque no nosso meio: **A Educação em Serviço, a Educação Continuada e a Educação Permanente**. Os dois primeiros foram elaborados na premissa de que os profissionais deveriam se ajustar às necessidades de saúde nos serviços públicos, cuja finalidade primeira é o interesse institucional, ou seja, o desenvolvimento do profissional está diretamente relacionado às expectativas de eficiência definidas pela instituição, investindo em formações hierarquizadas e conteudistas dos profissionais, com objetivos claros de investimento de carreiras nos serviços com a finalidade de ascensão e mudanças em um dado tempo e lugar (CECCIM, 2005; MENDES JÚNIOR et al., 2015).

No entanto, as mudanças de orientação técnicas e políticas em relação ao trato com a saúde advindas dos avanços nos Conselhos Nacionais de Saúde e da Reforma Psiquiátrica, as diretrizes em relação ao processo formativo, se ampliaram para além da busca de eficiência etiológica, diagnóstica, terapêutica e profilática (CECCIM, 2005). A proposta de uma educação voltada para o trabalho como um processo emancipatório, inter-relacionado com os movimentos sociais, apresentou uma prática social transformadora da realidade social baseada nos pensamentos do educador Paulo Freire, com sua proposta no Movimento da Educação Popular em Saúde, que pressupõe a interação intrínseca entre educação, trabalho e saúde. De acordo com essa proposta, educador e educando dialogam horizontalmente a partir de uma realidade vivida no contexto social e de trabalho, ou seja, o contexto passa a ser a própria fonte de onde o saber emerge e não um campo de depósito de saberes (MENDES JÚNIOR et al., 2015). As propostas de Freire (1987; 2002) foram impulsionadores no Brasil do que é conhecida como Educação Permanente em Saúde (EPS), que hoje já ocupa status de política proposta pelo Ministério da Saúde no Brasil (2004) em relação aos processos formativos de profissionais.

Na década de oitenta, a Organização Mundial de Saúde (OMS), juntamente com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), reformulou a orientação nos processos formativos dos profissionais, cuja base foi a valorização da aprendizagem aliada à prática cotidiana da realidade dos serviços. Em 2003/2004, o Ministério da Saúde instituiu a Educação Permanente como política pública nos processos formativos, cujo tema central foi a orientação no aprendizado a partir da realidade cotidiana do trabalho.

As bases da EPS estão alicerçadas na compreensão de que universo do trabalho pode contribuir para melhorar a qualidade da humanização do cuidado e do recolhimento dos direitos e autonomia dos usuários dos serviços de saúde, com o envolvimento dos trabalhadores em um processo de aprendizagem multidisciplinar, reflexivo, participativo e colaborativo (CECCIM, 2005). Apesar de várias críticas em relação ao termo **Permanente**, valem alguns esclarecimentos, uma vez que este traz consigo uma variedade de definições. No caso da EP, está contida a noção de um processo formativo sem interrupções, principalmente nos contextos e cenários de constantes mudanças em relação ao cuidado, em que o conhecimento é dinâmico e mutável, necessitando de permanente atualização. Porém, o conceito de EPS adotado pelo SUS tem um valor significativo ainda mais amplo, que a diferencia da proposta de Educação Continuada, que se preocupa com a transmissão de conteúdos. A EPS está fundamentada na busca de alternativas e soluções para as demandas da saúde a partir da própria circunstância em que ela surge, devendo tornar-se parte do cotidiano do trabalho, em uma lógica circular entre formação, reflexão e ação, de maneira que o conhecimento vai se construindo e sendo lapidado a partir do próprio cotidiano de trabalho e não à parte deste (MENDES JÚNIOR et al., 2015).

Assim, a Educação Permanente em Saúde é um recurso pedagógico estratégico que tem como proposta a identificação de problemas e a construção de soluções coletivas para o enfrentamento dos problemas que se apresentam. Através da ação participativa, incentiva o empoderamento dos profissionais e horizontaliza a gestão dos serviços com responsabilidade pactuada entre a gestão e os profissionais (DAUSSY, 2014). Para que a aprendizagem se torne significativa, a construção do conhecimento passa pela problematização. “Problematizar significa refletir sobre determinadas situações, questionando fatos, fenômenos, ideias, compreendendo processos e propondo soluções” (BRASIL, 2004), pois ao refletir sobre a situação real de trabalho as propostas para as soluções passam a ser mais vivas, viáveis, descentralizadas e compartilhadas. Este constitui um modelo promissor, fruto de uma aprendizagem significativa que leva à transformação das práticas profissionais verticalizadas ou meramente conteudistas e passivas para práticas ativas, críticas, reflexivas e colaborativas construídas na realidade do trabalho (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1994), ou seja, um processo pedagógico vivo centrado na realidade do trabalho.

A EPS incorpora também o modelo pedagógico de multiplicação, que já acumula experiência no Brasil, principalmente em relação às doenças sexualmente transmissíveis, incluindo a infecção pelo HIV. O multiplicador é um profissional que atua como um agente social de mudanças, que transmite e constrói junto aos seus pares profissionais ações transformadoras para lidar com as situações vulnerabilizantes da população nos seus locais de trabalho, incluindo os usuários de drogas. A formação dos multiplicadores deve ocorrer através de capacitações utilizando metodologias ativas, reciclagem, leituras e supervisões dos profissionais, em cujo cotidiano estes possam incluir abordagens qualificadas para atender a população de usuários de drogas vulnerados população, que de forma geral é estigmatizada. É indicado que o multiplicador tenha a função primordial de capacitar novos atores sociais, principalmente aqueles advindos direta ou indiretamente das comunidades vulneráveis, focalizando o conceito geral de educação para a saúde.

A própria educação para a saúde se preconiza como resultado de inúmeros fatores ligados às diversas áreas da atividade humana. Portanto, possui inter-relação com os diversos ramos do conhecimento e não se restringe apenas aos cuidados médicos.

A EPS para a saúde tem por objetivo a transformação dos pensamentos, crenças e comportamentos das pessoas, principalmente em relação a sua suscetibilidade e vulnerabilidade frente às situações de risco, por exemplo, em relação ao consumo de drogas e ou DST-AIDS. Estas últimas não são fruto apenas do desenvolvimento de habilidades, aquisição de novos conhecimentos e atitudes individuais, mas estão relacionadas também aos diferentes contextos e estilos de vida relacionados a fatores sociais, culturais e coletivos, que muitas vezes são responsáveis pelo reforço de preconceitos e estigmas. Dessa forma, a finalidade da educação para a saúde é auxiliar as pessoas a atuarem como sujeitos fren-

te aos seus problemas e realidades de maneira refletiva, crítica e transformadora diante de suas situações de vida vulneráveis (BARROS; PILLON, 2006).

Desafios da educação permanente em saúde nos processos formativos em álcool e outras drogas

Apesar de vários esforços dos órgãos públicos e do reconhecimento da importância de investimentos na área de formação dos profissionais que lidam com usuários de drogas, estes ainda são escassos e apresentam importante lacuna perto da necessidade exigida pela realidade brasileira. A política instituída nos anos 2000 pelo Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas sem dúvida ampliou significativamente as práticas de cuidado com essa população. Além disso, traçou diretrizes básicas para que essa população seja tratada de forma inclusiva e humanizada sob a perspectiva dos Direitos Humanos (BRASIL, 2003). Anteriormente a essa política esse tema era tratado sob a perspectiva proibicionista, com fortes traços estigmatizadores e morais, desenvolvidos no campo da justiça e segurança pública, defendidos na visão de Guerra às Drogas, cujas práticas estavam baseadas em prescrições pontuais previstas nas leis brasileiras que igualavam usuários e traficantes em um mesmo patamar, negligenciando as necessidades de atenção em saúde dos usuários problemáticos de consumo de drogas (MACHADO; MIRANDA, 2007). A visão, durante muito tempo, da abstinência como única meta possível a ser alcançada, proposta pelos tratamentos de alta exigência, também contribuiu para um vácuo em relação aos cuidados dos usuários, que cada vez mais deixaram de buscar os serviços para tratamento. Outras consequências das políticas proibicionistas foram os fortes impactos econômicos, sociais e culturais, que recaíram sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) pelos altos custos diretos dos danos decorrentes especialmente da dependência.

Com relação ao álcool e outras drogas em internações com índices baixos de efetividade, os inexistentes ou poucos investimentos na formação de profissionais nos cuidados com essa população contribuíram para que visões estigmatizantes e moralizantes, frutos dessas consequências, reforçassem o caráter até hoje ainda vigente dos profissionais na identificação, acolhimento e cuidados em relação aos usuários de drogas no nosso meio. A fragilidade da formação dos profissionais nas diversas áreas sobre esse tema aponta a não inclusão dele nos currículos formativos da grande maioria dos cursos, tanto da área da saúde como nas demais áreas, gerando muitas vezes efeitos iatrogênicos por parte dos profissionais nas tarefas de cuidados da população por déficit de formação no processo educacional, des-

de a graduação até as práticas de cuidados. Dados do The National Centre on Addiction and Substance Abuse at Columbia University (2000) apontaram que 94% dos médicos que atuavam na Atenção Primária a Saúde, diante de um quadro típico de abuso de álcool, não foram assertivos no reconhecimento do quadro diagnóstico (MENDES JÚNIOR, 2015). O temor, o despreparo e a baixa disponibilidade para atender usuários de drogas são também outra consequência do preconceito e estigma dos profissionais devido à falta de preparo para lidar com tal questão. Estudo de Barros e Pillon (2007) apontou que os profissionais da área de Atenção Primária à Saúde, quando comparados a profissionais específicos da saúde mental, apresentaram menos motivação em relação aos atendimentos de pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas.

Para lidar com esse contexto, o Ministério da Saúde (2003), em sua política, resumidamente propôs os seguintes objetivos:

1. Inclusão da questão de álcool e outras drogas como problema de saúde pública sob a perspectiva contextual e multifatorial;
2. Formulação e favorecimento de políticas que possam desconstruir o imaginário social do senso comum de que usuário de drogas é doente e requer internação, prisão e absolvição;
3. Inclusão do paradigma da Redução de Danos, com estratégia de cuidado à população usuária de drogas, que visa a reduzir os danos causados pelo consumo de substâncias, sob a perspectiva dos direitos humanos dos usuários;
4. Mobilização e inclusão de toda a sociedade civil no tema.

O objetivo da implementação dessa política pelo Ministério da Saúde teve por finalidade a ampliação dos cuidados e garantia dos direitos dos usuários para contrapor a visão proibicionista e criminalizadora, bem como julgamentos de comportamentos, valores e ou desvios morais, associados aos avanços científicos e políticos da área de outras drogas cuja realidade solicitava uma ampliação geral das ações, que propiciassem espaços para diferentes paradigmas que incluíssem os direitos humanos e bioéticas, ao invés de reduzir o tema à abordagem estritamente médica/psiquiátrica no campo técnico político, do senso comum moralizante ou os de aportes religiosos. Vale lembrar que até o início da década de noventa, no Brasil, os cuidados aos usuários estavam restritos às abordagens de internação, Irmandade dos Alcoólicos-Narcóticos Anônimos e seis centros de estudos no tema de abrangência nacional, incluindo o Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo, onde está sediado hoje o Centro Regional de Referência-DI-MESAD-UNIFESP (MATTA et al., 2016), organizador deste livro.

As principais propostas na política do Ministério da Saúde para essa área foram a criação de uma rede de atenção integral do SUS (ações de prevenção, proteção e promoção da saúde) e a construção de redes assistenciais formadas por dispositivos especializados,

como os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS-AD), não especializados como as Unidades Básicas, Estratégia de Saúde da Família e Hospitais Gerais, todos eles recentemente incluídos nas Redes de Atenção Psicossocial à Saúde (RAPS), além de ações intersetoriais, em que a formação em Educação Permanente passou a ser incentivada e proposta como política.

Outro aspecto importante a ser ressaltado nessa discussão sobre EPS na área de drogas é a promoção de mudanças nas diretrizes acadêmicas em relação ao papel da universidade na formação dos profissionais sob uma perspectiva humanista, já proposta desde 1968 com a Reforma Universitária, mas que na prática ainda vem sendo construída aos poucos, ou seja, para além de uma instituição de ensino as universidades devem se constituir como um centro de saber, crítico e reflexivo, nas quais a relação entre ensino, pesquisa e extensão possa estar a serviço das demandas advindas das necessidades das populações que frequentam os dispositivos públicos de atenção e cuidados (FRAGA; SIANO, 1991). É possível observar várias dificuldades, desafios e entraves das mais diversas ordens para que sejam atingidos na prática tanto o ideário da Reforma Universitária como a implantação da política de Educação Permanente em Saúde proposta pelo Ministério da Saúde, no que diz respeito aos cuidados com a formação dos profissionais na área de álcool e outras drogas (BRASIL, 2004; FAVERO, 2006). Entretanto, são proposições assertivas do ponto de vista político, que podem e devem melhorar tanto a qualidade da formação quanto a dos serviços da área de saúde mental, incluindo, evidentemente, os usuários de drogas psicotrópicas e sua relação direta com as transformações contextuais e sociais no cuidado humanizado com as pessoas em estado de sofrimento, tanto físico quanto psíquico (SOUZA et al., 2016; GALASSI; CRUZ, 2016).

Não podemos também deixar de mencionar, nas mudanças contextuais e de direção no cuidado, o papel transformador proposto pela Reforma Psiquiátrica no Brasil, incentivada e apoiada pela Lei nº 10.216/01, que instituiu profundas mudanças no modelo de cuidado em saúde mental, incluindo os usuários de álcool e outras drogas, e segue avançando para a consolidação de políticas públicas nesse campo, por meio de ações de prevenção, cuidado e formação até os dias atuais.

A criação da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD, 1998), assim como a implantação da Política Nacional sobre Drogas (BRASIL, 2005b), em 2000, reforçaram os pressupostos da Política do Ministério da Saúde baseados no cuidado integral e interseccional, nas abordagens de redução de danos e nos direitos humanos dos usuários e na importância de o local de trabalho ser um locus valioso e significativo na formação dos profissionais (SODELLI, 2010; MACHADO; BOARINI, 2013; RONZANI; SILVA, 2014; GALASSI; CRUZ, 2016). Nesse processo construtivo, em 2011, sob a presidência de Dilma Rousseff, foi implantando pelo Governo Federal o que mais tarde se denominou *Programa Crack*,

É Possível Vencer, com investimentos em três eixos principais de atuação – Cuidado, Autoridade e Prevenção –, com a finalidade de estruturar e organizar a rede de atenção às pessoas em uso problemático de álcool e outras drogas e seus familiares; reprimir e dificultar o tráfico, o crime organizado e garantir a segurança pública; fortalecer os vínculos familiares e comunitários; reduzir os fatores de risco associados ao uso problemático de drogas; e capacitar os profissionais para oferecer um melhor cuidado àqueles que dele necessitam através da implantação de propostas baseadas em Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2004; GALASSI; CRUZ, 2016).

No eixo preventivo, foi estimulada a criação dos Centros Regionais de Referência (CRRs), em parceria com as instituições públicas de ensino superiores federais e estaduais nacionais, com o objetivo de desenvolver ações presenciais de educação permanente sobre drogas para os profissionais que integram os dispositivos de Saúde, Assistência Social, de Educação, Segurança Pública, Ministério Público e Poder Judiciário. Esses Centros ligados às universidades brasileiras e selecionados através de editais com apoio financeiro da SENAD chegaram a ser mais de cinquenta, distribuídos por todo Brasil, e atualmente foram reduzidos para vinte e sete ainda atuantes, incluindo o nosso CRR-DIMESAD-UNIFESP. Os CRRs, a despeito de inúmeras dificuldades, desenvolveram importantes trabalhos na formação em EPS na área de drogas no Brasil e se constituíram hoje em um coletivo denominado na rede social de Coletivo CRR, na formação em EPS na área de drogas no Brasil (COSTA et al., 2015; GALASSI; CRUZ, 2016; SOUZA et al., 2016; MATTA et al., 2016).

O CRR-UNIFESP-DIMESAD teve seu início de trabalho no ano de 2013, executou a sua primeira formação baseada na Educação Permanente em Saúde para os profissionais das redes públicas na cidade de São Paulo, ainda de forma estruturada, conforme mais detalhadamente descritas nos demais capítulos deste livro. A partir das reformulações propostas pelos profissionais à segunda edição (em curso final), trouxe uma ampliação maior nas práticas em EPS com módulos que propiciaram maior contato com a comunidade e entrelaçamento das redes nas várias regiões da cidade.

Os desafios inicialmente por nós encontrados foram os mais diversos. Em relação ao desenvolvimento da formação baseada na Educação Permanente em Saúde são apresentados a seguir alguns deles:

1. Lidar com a visão predominante e do senso comum dos profissionais sobre os paradigmas antiproibicionistas e ou moralistas de doença, vício em relação aos usuários de drogas, os mais divulgados e propagados pela mídia na produção de imaginário, que favorece a aceitação das drogas lícitas e demoniza as ilícitas com o claro objetivo da produção facetada da capacidade individual da droga de produzir “horror, destruir lares”, vidas, com apelos fortemente moralistas desvinculados da compreensão do fenômeno complexo, demarcados pela complexa relação do meio drogas e pessoas;

2. Estranheza dos profissionais sobre a proposta de trabalhar o tema a partir do contexto do trabalho, em que a formação está diretamente relacionada a uma visão reflexiva crítica da educação-ação-trabalho e vice-versa;
3. Queixas relacionadas à falta de cuidado do Estado para com os profissionais na lida diária em contextos bastante adversos, com uma demanda de situações vulnerabilizadoras dos usuários bem superior às reais possibilidades de acolhimento e cuidados advindos claramente das demandas assistenciais múltiplas e complexas;
4. A carência de formação permanente, delimitada pelas mudanças governamentais nas quais tudo é desconstruído, mesmo as práticas que são reconhecidas como efetivas;
5. A dificuldade da articulação das redes de cuidados e atenção aos usuários de drogas na cidade de São Paulo.

Alguns estudos preliminares já realizados nos processos avaliativos apontam resultados animadores em relação à importância de investimentos realizados a partir dos pressupostos da EPS nos processos formativos em álcool e outras drogas na cidade de São Paulo (MATTA et al., 2016). Foram inegáveis os esforços das equipes de formação nas duas edições do processo formativo do CRR-DIMESAD-UNIFESP baseado nos princípios da EPS. Entretanto, é necessário considerar que estamos ainda no início dessa construção de mudança de paradigmas, como da própria equipe de formadores, passando pelos gestores dos serviços e profissionais nos diferentes dispositivos espalhados pela cidade de São Paulo na materialização de novas práticas e processos de cuidado e trabalho. A ampla extensão territorial da cidade contempla também alto índice de demandas de pessoas vulneradas em sofrimento decorrente tanto do contexto em que estão inseridas quanto da relação que estabelecem com as drogas psicotrópicas. Associado a essas questões está também o fato de que o processo de assimilação, troca e multiplicação dos conhecimentos aprendidos cotidianamente na realidade de trabalho, que transcendem a mera transmissão de informação, ou “treino de habilidades” ou aquisição de conhecimentos técnicos, é complexo e duradouro. Por isso, o investimento na formação de práticas baseadas nos princípios da Educação Permanente poderá, no decorrer do tempo, auxiliar o preenchimento dessa lacuna formativa, apresentando um paradigma delimitado por uma educação reflexiva, problematizadora, comunitária e colaborativa, com vistas à transformação da realidade social que garanta aos seres humanos em estado de sofrimento em relação ao consumo de drogas dignidade, direitos humanos e maior envolvimento com uma pedagogia do comprometimento por parte dos profissionais que terão, certamente, suas rotinas de trabalho mais leves, mais motivadoras e, quem sabe, com maior leveza mesmo diante das adversidades. Estes são alguns dos desafios que estamos enfrentando com trabalho e dedicação, mas o caminho é longo, permanente e não está desenhado previamente. Estamos construindo juntos.

Referências bibliográficas

ANDRADE, M. T. Panorama atual da política de drogas no Brasil: a redução de danos. In: SOUZA, A. C.; SOUZA, L. F.; SOUZA, E. O.; ABRAHÃO, A. L. (Orgs.). **Entre Pedras e Fissuras: a construção da atenção psicossocial de usuários de drogas no Brasil**. São Paulo: Hicitec Editora, 2016.

BARROS, M. A.; PILLON, S. C. Atitudes dos profissionais do Programa Saúde da Família diante do uso e abuso de drogas. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, v. 4, n. 11, 655-662, Dez. 2007.

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** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST/Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.198/GM** de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e de outras providências, 2004.

BRASIL. Conselho Nacional Antidrogas. **Resolução n.3/GSIPR/CH/CONAD**, de 27 de outubro de 2005. Aprova a Política Nacional Sobre Drogas. Brasília: Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, 2005a.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Observatório Brasileiro de Drogas. Política Nacional Sobre Drogas (PND), 2005b. Disponível em: <<http://obid.senad.gov.br/obid/pessoas-sujeitos-drogas-e-sociedade/politica-nacional-sobre-drogas-1>>. Acesso em: 01 mar. 2017.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Cienc Saúde Colet.**, v. 4, n. 10, p. 975-9788, 2005.

COSTA, P. H. A.; MOTA, D. C. B.; CRUVINEL, E.; PAIVA, F. S.; GOMIDE, H. P.; WEISS, I. C. S.; MARTINS, L. F.; SILVEIRA, P. S. R.; RONZANI, T. M. Capacitação em álcool e outras drogas para profissionais da saúde e assistência social: relato de experiência. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, v. 53, n. 19, p. 395-440, 2015.

DAUSSY, M. F. S. **Contribuições da Prática Reflexiva às estratégias de Educação Permanente em Saúde nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família**. 2014. 140 f. Dissertação (Mestrado)- Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

FAVERO, M. L. A. A Universidade no Brasil: das origens à reforma universitária de 1968. **Educar**, Curitiba, n. 28, p. 17-36, 2006.

FRAGA, M. D.; SIANO, L. M. F. (1991). A ideia da Universidade na reforma universitária de 1968. **Revista de Administração Pública**, 25(3), 155-71.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 27ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FREIRE, P.; NOGUEIRA, A. **Que fazer?** Teoria e prática em educação. São Paulo: Vozes, 2002.

GALLASSI, D. A.; SOUZA, CRUZ, I. C. O debate sobre álcool, crack e outras drogas na formação universitária e o papel dos profissionais da rede intersetorial em uma ação de educação em saúde. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del-Rei, v. 3, n. 11, p. 663-670, Set-Dez 2016.

HADDAD, J.; ROSCHKE, M. A. C.; DAVINI, M. C. **Educación permanente de personal de salud** (Serie Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, n. 1000). Washington: Organización Panamericana da la Salud, 1994.

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**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 801-821, Jul-Set 2007.

MACHADO, L. V.; BOARINI, M. L. Política sobre Drogas no Brasil: A Estratégia de Redução de Danos. **Psicologia: Ciência e Profissão PSICOLOGIA**, v. 3, n. 33, p. 580-595, 2013.

MATTA, A. N. B.; LOCATELLI, D.; SILVA, E. A.; CONTRERAS, M. V.; BITTENCOURT, B.; NOTO, A. R. Processos formativos em álcool e outras drogas para trabalhadores da rede pública do município de São Paulo: a experiência do CRR-DIMESAD-UNIFESP. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del-Rei, v. 3, n. 11, p. 637-649, 2016.

MENDES JÚNIOR; SILVA, E. A.; NOTO, A. R.; BONADIO, A. N.; LOCATELLI, D. P. A educação permanente em álcool e outras drogas: marcos conceituais, desafios e possibilidades. In: RONZANI, T. M.; COSTA, P. H. A.; MOTA, D. C. B.; LAPORT, T. J. (Orgs.). **Redes de atenção aos usuários de drogas: políticas e práticas**. São Paulo: Cortez, 2015.

NERY FILHO, A. Por que os humanos usam drogas? In: NERY FILHO, A.; VALÉRIO, A.L.R. (Orgs.). Módulo para capacitação dos profissionais do Projeto Consultório de Rua. Brasília: SENAD; Salvador: CETAD. p. 11-16. 2010.

NERY FILHO, A.; LINS, L.; BATISTA, C. B.; VASCONCELOS, C.; TORREÃO, L.; ANDRÉ, S. B.; JACOBINA, R. R. Bioética e Literatura: relato de experiência do eixo ético-humanístico FMB-UFBA. **Rev. bioét. (impr.)**. 21(2): 344-349. 2013

RONZANI, T. M.; SILVA, E. A. Prevenção como responsabilidade coletiva: a importância de políticas públicas e a redução de danos. In: DIEHL, A.; FIGLIE, N. B. **Prevenção ao uso de álcool e outras drogas: o que cada um de nós pode e deve fazer?** Um guia para pais, professores e profissionais que buscam um desenvolvimento saudável para crianças e adolescentes. Porto Alegre: Artmed, 2014.

SENAD- SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS. Criação por medida provisória nº 1669, de 1998, e posteriormente transferida para a estrutura do Ministério da Justiça pelo Decreto Nº 7.426, de 7 de janeiro de 2011. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/copy_of_Politicas-sobre-Drogas>. Acesso em: 04 mar. 2017.

SILVA, E. A. **Avaliação do funcionamento de famílias com dependentes de drogas por meio da Family Assessment Measure-FAM-III**. 2011. Tese (Doutorado)- Universidade Federal de São Paulo; São Paulo, 2011.

SODELLI, M. A abordagem proibicionista em desconstrução: compreensão fenomenológica existencial do uso de drogas. **Cien. Saúde Coletiva**, v. 3, n. 15, p. 637-644, 2010.

SOUZA, A. C.; SOUZA, L. F.; SOUZA, E. O.; ABRAHÃO, A. L. **Entre Pedras e Fissuras: a construção da atenção psicossocial de usuários de drogas no Brasil**. São Paulo: Hicitec Editora, 2016.

SCHRAMM, F.R.; Bioética da Proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. **Revista Bioética**, 16 (1): 11 – 23; 2008.

THE NATIONAL CENTRE ON ADDICTION AND SUBSTANCE ABUSE AT COLUMBIA UNIVERSITY. Missed opportunity: national survey of primary care physicians and patients on substance abuse, 2000. Disponível em: <<http://www.casacolumbia.org/articlefiles/380-missedopportunityphysiciansandpatients.pdf>>. Acesso em: 04 mar. 2017.

EIXO II

Princípios básicos para a construção de processos coletivos de formação

Temas fundamentais na formação de pessoas para o trabalho na área de álcool e outras drogas

Liandro Lindner, Luca Santoro Gomes, Alessandra Nagamine Bonadio, Emérita Sátiro Opaley, Liz Paola Domingues

Introdução

A ampliação do debate sobre o uso problemático do álcool e outras drogas e das consequências deste nas famílias, instituições e comunidades tem exigido reflexões a fim de que se enfrente a questão de forma inclusiva e humanizadora. Um dos pontos que mais tem gerado demandas e forçado a avaliações e mudanças de paradigmas são as formações destinadas aos diversos públicos envolvidos no tema. Por ser de natureza complexa, envolvendo questões que dialogam diretamente com o subjetivo de cada um, evocando experiências pretéritas e suscitando posições muitas vezes radicais, o diferencial na formação dessas matérias é fundamental para colaborar na busca de soluções. O envolvimento pessoal e a proximidade com o sofrimento humano exigem habilidades além das obtidas em oportunidades de formação tradicionais. Temas universais, pertinentes às relações humanas, como aspectos dialógicos de comunicação, escuta empática, respeito às diferenças e à alteridade, são alguns pontos a ser investidos em processos formativos. É nesse contexto de olhar ampliado que se passa a abordagem da pessoa com problemas relacionados ao consumo de drogas, em suas diversas escalas, seus familiares e a comunidade em que estão inseridos. Nesse sentido, é fundamental que os processos formativos propiciem reflexão e sensibilização sobre tais aspectos, conjuntamente à discussão específica sobre temas pertinentes ao campo das drogas, como políticas públicas, padrões de uso, epidemiologia, redes de cuidado, abordagens terapêuticas, entre outros.

No entanto, a adaptação das formações conforme as peculiaridades do público envolvido é igualmente um ponto central a ser considerado na formulação de conteúdos, didáticas e estratégias, quando da estruturação dos cursos. O uso e abuso de álcool e outras drogas é presente nas diferentes culturas de forma muito particular e essas características devem ser consideradas quando da formulação e aplicação das formações, podendo inclusive fornecer importantes elementos para que seu efeito seja prolongado para além das oportunidades formais dos encontros. Este capítulo visa a colaborar para essa discussão, apresentando tópicos que emergiram das experiências vivenciadas pelos autores nos cursos oferecidos pelo CRR-DIMESAD-UNIFESP e das reflexões presentes na literatura.

O conhecimento na área de álcool e outras drogas: do currículo acadêmico à quebra de paradigmas

A relevância que o uso abusivo de álcool e outras drogas tem ganhado nos últimos anos está diretamente ligada aos novos estilos de vida, surgidos principalmente a partir da aceleração constante das formas de comunicação, fragilidade dos relacionamentos e ampliação das exigências laborais e sociais, que geram ansiedades diversas (SENNETT, 1999; BAUMAN, 2005), e cujo amenizar é buscado como forma de suportar uma realidade difícil de ser enfrentada. Ao longo da história, a presença das drogas se revela, dentre outros contextos, como atenuante para uma vida frustrada ou como busca de um tipo de prazer sem censuras. Esses dois ramos do uso constante de drogas dão origem a diversos tipos de relação com a substância consumida, variando desde a incorporação na vida cotidiana sem prejuízo às demais atividades desenvolvidas, até uma dependência que limita a capacidade de enfrentamento de questões pertinentes ao sustento físico e emocional. É nessa segunda situação, quando o uso se transforma em problema, atingindo não apenas o usuário, mas seu entorno familiar e social, que as instituições de saúde, assistência social e educação, entre outras, são comumente acionadas, na tentativa de se buscar ajuda e informação frente à complexidade envolvida no problema e nas possibilidades de enfrentamento. Inevitavelmente, é nas portas dos bancos acadêmicos, das instituições de pesquisa e junto aos profissionais de diversas áreas assistenciais que se buscam alternativas de caminhos. No entanto, o saber acadêmico, quando realmente calcado no estudo de casos, nas evidências científicas e na busca de ressonância nas bibliografias produzidas sobre o tema, supre apenas uma parte da necessidade diante das realidades apresentadas.

O contato com profissionais, familiares e membros das comunidades nas quais o uso e o abuso de drogas ocorrem é importante fonte de informações e subsídios para a organização das formações. Nesses contextos, a realidade vivida aparece de forma crua e direta, levantando as vulnerabilidades, crenças e preconceitos que frequentemente acompanham essa temática. Ao se descortinar esses pontos, teremos indicativos fortes do caminho a seguir para obter os resultados pretendidos. Porém, também emergem nesse processo aspectos muito sutis da vida das pessoas e das comunidades em relação ao uso de drogas, os quais exigem atenção na abordagem e trato. Um exemplo desse fenômeno é o crescimento da adesão às religiões evangélico-pentecostais, sobretudo nas comunidades mais empobrecidas e junto a algumas categorias de profissionais de saúde. Tal fato constitui relevante aspecto no contexto atual, relacionando-se à ausência de uma atuação mais consistente e direcionada do Estado, principalmente em relação às políticas de cuidado social. Esse vácuo acaba sendo ocupado por grupos religiosos que, com estratégias de convívio comunitário, aconselhamento, integração e apoio material e psicológi-

co de forma amadora, atraem a simpatia e a confiança das comunidades. No entanto, em relação ao tema do álcool e outras drogas, impera o preconceito, que acaba por penalizar o usuário com abordagens radicais e de alto grau de exigência (como abstinência completa) e, não raro, a obrigatoriedade de adesão às práticas religiosas em troca de algum arrimo maior. Embora em certo sentido o apoio dos grupos religiosos constitua importante suporte para parcela significativa das comunidades, o crescimento desse segmento mais fundamentalista tem gerado atitudes de demonização em relação ao tema das drogas, ocasionando isolamentos, reforçando estigmas e preconceitos e limitando os esforços de reflexão sobre o contexto multidisciplinar que envolve o abuso de substâncias.

Diante dessa realidade, evidencia-se parte dos desafios que cercam as formações sobre o tema do álcool e outras drogas. Para além da transmissão de conhecimentos técnicos, emerge a necessidade de aprofundamento das questões dinâmicas e contextuais, para que se potencialize a produção de uma consciência crítica sobre o tema e a ampliação da visão sobre o consumo de drogas como um fenômeno complexo, de natureza biopsicosocial. Nesse contexto, substitui-se a tradicional ideia de “transmissão de conteúdo” por um conceito mais ampliado e democrático de construção de conhecimento, levando-se em conta os valores e experiências de quem convive cotidianamente com a adversidade e sente o sofrimento ocasionado não apenas pela dependência, mas pelo estigma que cerca o tema do uso das drogas. O processo de tentativa de mudança de paradigmas é longo e nem sempre indolor. Ao defrontar com espaço para reflexão e exposição dos problemas vividos, e dos pontos de vista arraigados, surgem questões internas que não raro necessitam uma oportunidade de serem explicitadas. Esse ponto requer dos formadores cuidado e acuidade para saber explorar a ocasião como forma de se pensar o sistema em que o uso de álcool e outras drogas está inserido, em especial a tendência à culpabilização, à estigmatização e à negação de uma análise mais ampla, que levanta o véu de todo o entorno em que o uso está inserido.

Para se trabalhar tais questões, os princípios preconizados pela Educação Permanente são de extrema pertinência, já que pressupõem a integração do conhecimento técnico-científico às demandas geradas no processo de trabalho, a partir da valorização das práticas, dos desafios e dos saberes produzidos nos cotidianos profissionais (BRASIL, 2009a). Trata-se de uma perspectiva de educação emancipatória e horizontalizada, que parte de uma lógica ascendente, descentralizadora e transdisciplinar (LIMA JÚNIOR et al., 2015). Daí sua pertinência como substrato dos processos formativos em álcool e outras drogas.

Especificidades quanto ao tema do uso de substâncias

A posição conservadora e preconceituosa de boa parte dos veículos de comunicação, sobretudo com acesso à maioria da população, contribui para a formação de um conceito sobre o uso de álcool e outras drogas que surge falsamente como hegemônico e verdadeiro. Muitas vezes com interesses obtusos, a realidade é apresentada de forma localizada e distorcida, influenciando na formação de consensos sobre o tema. No contexto de um processo formativo sobre drogas, uma das maneiras de se enfrentar essa realidade é a utilização de estratégias de reflexão sobre o papel da imprensa massiva, sobretudo nos temas relacionados à saúde e à segurança pública. Ao expor contradições e parcialidade, espera-se estimular o senso crítico diante da forma como as mensagens são transmitidas. Nesse sentido, a maneira de construção das narrativas é um dos elementos que merece ser discutido nas formações, sendo uma oportunidade rica de ponderação sobre os critérios que atuam na transformação do fato em reportagem jornalística e as consequências que possam ter na formação da imagem das drogas e, principalmente, na perpetuação do preconceito em relação aos usuários. Além disso, a própria provisão de informações baseadas em pesquisas científicas é uma maneira de se combater as distorções comumente produzidas pela mídia.

É importante, ainda, que se incentive os participantes das formações a multiplicar, junto aos seus ambientes de trabalho e comunitários, a capacidade crítica na recepção das informações que são repassadas; bem como o impulsionar da formulação de estratégias próprias de comunicação visando à integração e à busca conjunta de alternativas, por meio de criação de opções de repasse de referências, circulação de pontos de vista diferenciados e contribuição para o crescimento de uma forma de cidadania mais ampla e sem manipulações. Tais posturas contribuirão para o enfrentamento de um dos maiores problemas que circulam o uso de álcool e outras drogas: o estigma. Esse tema deve ser transversal a qualquer ação de formação, visando à busca de esclarecimentos e ao comprometimento com a mudança de atitudes, saindo da postura segregadora para uma atitude mais acolhedora e inclusiva, a partir da qual o indivíduo com problemas relacionados ao consumo de substâncias é inserido na busca de soluções, tornando-se agente de transformação, e não apenas população-alvo das intervenções planejadas. No contexto do abuso de drogas, o estigma acaba, muitas vezes, sendo um elemento a mais no ciclo de vulnerabilidades a que algumas populações frequentemente estão expostas. É importante aprofundar essas situações favorecendo a reflexão de modo a provocar visão crítica sobre as deficiências e sofrimentos do cotidiano, buscando-se combater a baixa autoestima que comumente acompanha os sentimentos desses públicos.

Conjuntamente à discussão sobre o papel da mídia e sobre o estigma que cerca o usuário de drogas, é fundamental também que os ciclos de violência sejam compreendidos, a fim de se perceber formas de amenizá-los ou eliminá-los, principalmente através de ações de mobilização comunitária. O incentivo à participação dos moradores das comunidades, em sintonia com os profissionais que atuam no território, é fundamental para o enfrentamento das diversas formas de violência que circulam nesses locais. É nas comunidades que a vida acontece, onde as frustrações, alegrias, perdas, conquistas e limitações se mostram de forma muito evidente e repercutem não apenas nos corpos dos cidadãos que lá vivem, mas no corpo social de todo o território. Na medida em que crescem situações de precariedade como o desemprego, o subemprego, a falta de acesso à educação, à oferta de saúde pública digna e a falta de confiança nos agentes públicos de segurança, há um reflexo nas questões individuais e internas dos moradores das comunidades. Com a autoestima arranhada e sem perspectivas de mudanças positivas, muitas vezes o uso de álcool e outras drogas acaba sendo uma alternativa de compensação pela dor sentida, e o descontrole pode colaborar para inflar o ciclo de violência e vulnerabilidades já existentes nesses locais. Soma-se a isso a presença do tráfico nas comunidades, que gera diversas tensões, desde a ocupação dos espaços pretendidos pelos profissionais no cuidado com usuários, até os conflitos acerca de tomada de decisões do próprio indivíduo que necessita do cuidado, dada a sua vulnerabilidade frente à atividade ilícita.

Um dos ciclos de violência que merece destaque nos processos formativos relacionados ao uso de substâncias é aquele relacionado às questões de raça e classe. Ainda que o uso de substâncias seja disseminado por todos os perfis sociodemográficos da população, sabe-se que a parcela negra e pobre apresenta uma particular vulnerabilidade quanto às questões relacionadas ao uso de substâncias. Quando falamos de tratamento para uso de substâncias, por exemplo, sabemos que a população negra tem duas vezes mais dificuldade de acesso aos serviços de atendimento ao usuário e de recebimento do tratamento adequado. As barreiras que levam a esse afastamento das oportunidades de tratamento passam desde o desconhecimento e/ou afastamento geográfico dessas pessoas aos serviços, até a dificuldade de oferta, adesão e manutenção do tratamento em decorrência do racismo presente entre os profissionais (VERISSIMO; GRELLA, 2017).

A população negra também é a que mais sofre com as consequências da política de guerra às drogas, e observamos isso quando refletimos sobre o perfil da população carcerária no país. Em 2014 tínhamos cerca de seiscentos e oito mil pessoas privadas de liberdade no Brasil, das quais 6,4% mulheres. Desse montante, 26% dos homens e 68% das mulheres estavam nessa condição devido ao tráfico de substâncias (INFOPEN MULHERES, 2014); no entanto, vale lembrar que a “Lei de Drogas” instituída em 2006 não apresenta diretrizes claras quanto à distinção de usuário e traficante, deixando a cunho do Estado definir em qual situação o indivíduo se enquadra. De toda a população carcerária, 67%

correspondem a pessoas negras, uma proporção maior que a observada na população geral brasileira, que é 51% negra. Essa disparidade entre a prevalência de negros na população geral e na população carcerária é observada em todas as regiões do país, podendo ser destacada a região Sudeste, onde observamos a maior dessas diferenças: 72% da população carcerária é negra, ainda que apenas 42% da população geral seja (INFOPEN, 2014). Outro dado importante é aquele relacionado à mortalidade da população negra, que corresponde a 77% dos jovens assassinados no Brasil, muitas vezes em decorrência de ações relacionadas ao tráfico (WASELFISZ, 2012). O racismo estrutural e institucional é, portanto, um fator de extrema relevância quando pensamos nos ciclos de violência e vulnerabilidades aos quais os indivíduos estão expostos, sendo de fundamental importância a reflexão sobre o assunto durante os processos formativos.

O enfrentamento dessas realidades passa pela fase de reconhecimento, diagnóstico e entendimento do que se vive. Nem sempre é um processo fácil, pois, na medida em que se encara as situações causadoras de sofrimento, estamos acessando questões muito pessoais, às vezes íntimas, que contribuem de forma decisiva para a formação de conceitos sobre o uso de álcool e outras drogas e, principalmente, sobre os usuários. Muitas vezes não há uma percepção mais refinada que permita entender a distinção entre uso, abuso e dependência e suas nuances conforme o tipo, quantidade, qualidade e relação com a substância utilizada. A tendência a repelir instantaneamente o uso, igualando as situações e rotulando os usuários, é um dos pontos pouco abordados quando se analisam as situações de violência e exclusão a que estão submetidas as comunidades, sobretudo as mais vulneráveis e esquecidas pelo poder público.

Ampliando o olhar para o problema: mudando o foco da droga para o ser humano

Considerando-se a estrutura do processo formativo, qualquer formação para profissionais das áreas assistenciais, tanto das políticas públicas como da sociedade civil, que se propõe a quebrar paradigmas enraizados, posturas mecanizadas e despertar no participante um novo jeito de olhar, de escutar, de entender, de sentir, de perceber e de interagir com o outro como um sujeito de direitos, deveres e capaz de fazer suas próprias escolhas, precisa ser uma “formação bomba”. Não importa o tamanho dessa formação, a quantidade de profissionais que dela participam, de onde eles vêm e o que fazem, o facilitador tem de propiciar desde o início um ambiente acolhedor, seguro e interessante. E, usando a alegoria acima, causar a explosão de uma bomba humanizada, carinhosa, informada, dinâmica, vivenciada, reflexiva, participativa e divertida em sala de aula.

O conteúdo programático e os conceitos vão se encaixando dentro do processo formativo, pois a prioridade é fazer um grupo de indivíduos, um mais diferente que o outro, virar um grupo operativo em que a experiência de vida profissional e pessoal de cada um seja valorizada, respeitada e referenciada. Em capacitações de curta duração, o desafio do facilitador é introduzir desde o início dinâmicas de interação que auxiliem o grupo na formação de uma vinculação entre si e com a tarefa. O facilitador precisa estar atento ao tempo, aos objetivos do curso a serem alcançados, ao conteúdo a ser trabalhado, mas, ao mesmo tempo, exercer o papel de cuidador de quem cuida, a todo momento avaliando a participação, a temperatura do grupo e ter a flexibilidade de agir para garantir o foco, a elaboração das diferenças e aproveitar cada situação apresentada como oportunidade de troca e aprendizado de forma segura e valorizada. É sempre bom lembrar o cuidado necessário para não se transformar o processo formativo em um grupo terapêutico. As experiências, os relatos e as emoções podem aparecer, mas precisam ser trabalhados dentro do contexto e dos propósitos da Educação Permanente, conforme enfatizado anteriormente. A partir do paradigma da Educação Permanente e da perspectiva da redução de danos, com seu enfoque humanizado, pragmático, individualizado e ao mesmo tempo comunitário, privilegia-se o reconhecimento e a aceitação das diferenças. As diferentes visões sobre uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas, as representações sociais negativas sobre o usuário, o extenso repertório de mitos sobre drogas, a discriminação e o preconceito, o usual enfoque na droga e não no indivíduo, o distanciamento entre “nós” (profissionais) e “eles” (usuários), entre outras questões, constituem nesse cenário matéria-prima a ser trabalhada nos processos formativos. O convite aos profissionais é a reflexão constante sobre as diferenças que existem na sociedade contemporânea e sobre como lidar com elas. As diferenças são baseadas em um intrínseco senso de identidade e nas interações individuais com o mundo. Todos são diferentes e as dinâmicas humanas variam em uma mistura de dependência, criatividade, agressividade e sistemas de apoio e proteção.

No contexto da ênfase às diferenças, destacam-se alguns dos marcos teórico-políticos que fundamentam a Política de Atenção em Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2004) e que devem ser trabalhados nos processos formativos: a transversalidade, envolvendo diversos saberes na criação de novos dispositivos de intervenção; o caráter integral dessa política de atenção, prevendo a articulação entre as esferas de prevenir, tratar e reabilitar, na perspectiva da saúde pública; a redução de danos, embasando uma ética de cuidado que leva em conta a singularidade dos sujeitos e a defesa da vida; e a articulação da rede de cuidados, viabilizando o acesso e o acolhimento do usuário e seus familiares.

Formar sobre as questões das drogas é colocar a transversalidade em prática. É usar dos princípios da Educação Popular, como bem destaca Pedrosa (2007, p.15): “Problematizando a realidade tomada como referência, a Educação Popular mostra-se como um dispositivo de crítica social e das situações vivenciadas por indivíduos, grupos e movimentos, permitindo

a visão de fragmentos que estavam invisíveis e ideologias naturalizadas como realidades favorecendo a liberação de pensamentos e de atos ativos de mudança social.” Vale aqui lembrar alguns dos princípios fundamentais destacados por Paulo Freire (1996) sobre a educação: ensinar exige saber escutar, exige disponibilidade para o diálogo, curiosidade, generosidade, humildade e tolerância; ensinar exige respeito à autonomia e aos saberes dos educandos; exige risco, aceitação do novo e rejeição a qualquer forma de discriminação.

A transversalidade por um cuidado a serviço da individualização precisa ser dinamizada nos processos formativos em álcool e outras drogas, bem como o modelo da Clínica Ampliada (BRASIL, 2009b). O cuidado volta-se a acompanhar os movimentos de buscar uma nova definição para a identidade da pessoa, um novo retrato de si mesmo, contribuindo para que ela encontre sua vocação, seu lugar no mundo, um lugar que só ela poderá ocupar, pois tem valor e é um direito. No contexto da Clínica Ampliada os profissionais, não só da saúde mas de todas as políticas públicas, podem e devem colocar seus recursos e tecnologias na direção de auxiliar as pessoas a resgatar um sentido próprio de vida, uma intencionalidade, retomando o desejo de reconstruir um projeto de vida mais satisfatório e em sintonia com seus valores e princípios, a despeito das inúmeras dificuldades cotidianamente enfrentadas. Trata-se, nessa perspectiva, de um aprendizado compartilhado, uma troca constante de experiências que possibilite ampliar os horizontes existenciais, criando soluções inovadoras para velhos problemas.

Experimentar novas tecnologias e novos cenários induz os profissionais a utilizar seus talentos na exploração de territórios inusitados, levando a uma redefinição do papel dos técnicos na atenção e cuidados, ampliando as possibilidades de realizar um trabalho mais interessante e autêntico. A Promoção de Saúde na área do álcool e outras drogas funciona em um nível mais ampliado do que a prevenção ao consumo das drogas por si só. Com o objetivo de fortalecer a saúde como uma ferramenta, o bem-estar e a resiliência, reduzindo o estigma e se preocupando com as raízes das causas que levam a comportamentos e situações de risco, a Promoção de Saúde trata do impacto social e pessoal do uso de substâncias psicoativas pela perspectiva da Saúde Pública. Nesse sentido, a Promoção de Saúde visa a capacitar as pessoas para que elas possam exercer um maior controle sobre sua condição de saúde e, como consequência, melhorá-la. Para alcançar um estado de completo bem-estar físico, mental e social, um indivíduo ou um grupo precisa ser capaz de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades, mudar ou se adaptar ao meio ambiente. Nessa perspectiva, portanto, a saúde é vista como um recurso para a vida cotidiana, e não apenas como objetivo a ser alcançado. Saúde é um conceito positivo que enfatiza os recursos sociais e pessoais de indivíduos, bem como suas capacidades físicas. Sendo assim, a Promoção de Saúde vai além de estilos de vida saudáveis para se atingir o bem-estar pleno do ser humano, conforme enfatizado na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, realizada em Ottawa, em 1986 (BRASIL, 2002).

Considerando-se os objetivos dos processos formativos, uma das estratégias primordiais no contexto de uma formação sobre drogas é a advocacia em Promoção da Saúde (em inglês, *advocacy*). Trata-se de um importante instrumento de participação social voltado à defesa do direito universal à saúde, objetivando-se a equidade em saúde e a garantia do bem-estar físico, mental e social das pessoas (GERMANI; AITH, 2013). Implica em ações que levem a um determinado objetivo, ou seja, uma maneira de se apoiar indivíduos a articular suas necessidades e fazer com que elas sejam ouvidas. É uma entre muitas possíveis estratégias de se abordar um problema, podendo ser usada como parte de uma iniciativa comunitária, conjuntamente a outros componentes. Não implica necessariamente em confrontação ou conflito.

As oportunidades de se ampliar as discussões e propor conceitos quando se abordam as questões sobre as drogas são imensas. Dificilmente alguém está isento ou longe desse assunto em sua vida pessoal ou profissional, e uma pauta necessária também para reflexão crítica sobre o problema são os conceitos de vulnerabilidade e de inclusão social. Propiciar espaço para abordar esses tópicos pode enriquecer o processo de formação. Contextualizar a exclusão para além da dimensão social da pobreza, fazendo a ponte entre a vulnerabilidade econômica com outras fontes de exclusão como a discriminação, estigmas, preconceitos, incapacidades físicas, mentais e emocionais. A multidimensionalidade envolvida na temática da integração social é bem destacada nas publicações sobre esse tema promovidas pela organização canadense Laidlaw Foundation (2002). Conforme destacado no Quadro 1, evidenciam-se as quatro dimensões, com elementos respectivos, relacionadas à inclusão social.

Quadro 1 – Inclusão social e seus respectivos elementos

DIMENSÃO	ELEMENTOS
ESPACIAL	Espaços públicos, espaços privados. Localização física, distância geográfica, distância econômica.
RELACIONAL	Proximidade e distância social, emocional, conectividade, reconhecimento, solidariedade.
FUNCIONAL/DESENVOLVIMENTO	Capacidades, talentos, potencial, capital humano, vantagens, obrigações, desvantagens.
PARTICIPAÇÃO/EMPODERAMENTO	Liberdade, poder.

Fonte: Laidlaw Foundation (2002)

As necessidades dos usuários de substâncias psicoativas em situações de vulnerabilidade social são múltiplas e complexas, e a visão de que basta, por exemplo, uma abordagem motivacional para o tratamento das drogas e a oferta de um trabalho para que o problema seja resolvido é um tanto simplista, reducionista e perigosa. Além do fato de que a população de usuários está de qualquer forma incluída na sociedade. Incluída na exclusão.

Considerações finais

Fica evidente nesse processo que a necessidade de o formador entender o contexto em que está incluído é fundamental para que a formação aconteça, para além de um processo burocrático e verticalizado de transmissão de informações. A busca por transformação deve ser a meta e ela pode acontecer em todas as etapas do processo. Transforma-se o formador, diante da realidade que encontra, muitas vezes diferente das bibliografias consultadas; transformam-se os profissionais-alunos, utilizando o espaço para reflexão dos temas apresentados, cotejando os conceitos que lhes são repassados com a crueza do cotidiano vivenciado. Espera-se que a transformação também atinja a comunidade, pela ação dos profissionais, ao trabalharem os conteúdos refletidos no processo formativo, gerando novas realidades e novas formas de encarar a busca de cuidado qualificado. Por fim, e talvez o mais importante dessa escala, é a transformação dos próprios usuários de álcool e outras drogas, que, inseridos num sistema de acolhimento, busca adequada de atenção e oferecimento de atividades e atitudes inclusivas e não discriminatórias, podem vir a transformar sua relação com a droga e com a comunidade que habitam.

Um dos pontos fundamentais para se atingir esse desejado processo é a urgência de ampliação da discussão da temática para além da dualidade proibicionismo *versus* antiproibicionismo. A redução da discussão somente a esse ponto não colabora em nada na valorização das pessoas envolvidas, mas, pelo contrário, gera mais preconceito de ambas as partes. Discutir o uso problemático de álcool e outras drogas é tentar buscar o entendimento do fenômeno não a partir de suas causas, identificando culpados ou aliciadores, mas buscando-se entender as motivações que levam a isso. Muitas vezes o contexto de pauperização, isolamento, desconexão dos valores internos e falta de oportunidades aliados à pressão social, preconceitos e vulnerabilidades tem peso muito maior na realidade do abuso e dependência do que a oferta de drogas de forma explícita. Entender o contexto e o papel que o consumo e o tráfico têm em determinada comunidade é uma das tarefas principais do formador, contribuindo assim para o desmonte de ideias preconcebidas e arcaicas, que só levam à exclusão. No entanto, é preciso embasamento, habilidade e abertura do formador para isso. Tocar em pontos sensíveis da vida comunitária, expor feridas, interferir nos conceitos são ações delicadas que devem ser tratadas sempre pela ótica não condenatória, evitando a geração de culpas, frustrações ou revoltas. Uma das estratégias para isso é a condução dos encontros de forma dialógica, estimulando a participação, a valorização das experiências e a criação de um ambiente de confiança. Somente assim as experiências promovidas nos processos formativos podem fluir e se transformar em indicativos de ação e mudança.

Referências bibliográficas

BAUMAN, Z. **Identidade**: entrevista a Benedetto Vecchi. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde**. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. 2. ed. rev. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (INFOPEN)**, 2014.

BRASIL. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (INFOPEN MULHERES)**, 2014.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GERMANI, A. C. C.; AITH, F. Advocacia em Promoção da Saúde: conceitos, fundamentos e estratégias para a defesa da equidade em saúde. **R. Dir. sanit.**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 4-59, Mar-Jun 2013.

LIDLAW FOUNDATION. **The Laidlaw Foundation's Perspective on Social Inclusion**. Toronto: The Laidlaw Foundation, 2002.

LIMA JUNIOR, J. M.; SILVA, E. A.; NOTO, A. R.; BONADIO, A. N.; LOCATELLI, D. P. A educação permanente em álcool e outras drogas: marcos conceituais, desafios e possibilidades. In: RONZANI, T. M.; COSTA, P. H. A.; MOTA, D. C. B.; LAPORT, T. J. (Org.). **Redes de Atenção aos Usuários de Drogas: políticas e práticas**. São Paulo: Cortez, 2015, p.155-187.

PEDROSA, J. I. S. Educação Popular no Ministério da Saúde: identificando espaços e referências. In: Caderno de educação popular e saúde. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

SENNETT, R. **A corrosão do caráter**: as consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo. Tradução: Marcos Santarrita. Rio de Janeiro: Record, 1999.

VERISSIMO, A. D. O.; GRELLA, C. E. Influence of gender and race/ethnicity on perceived barriers to help-seeking for alcohol or drug problems. **Journal of Substance Abuse Treatment**, n. 75, p. 54–61, 2017.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2012**: A cor dos homicídios no Brasil, 2012.

A articulação política e as parcerias interinstitucionais nos processos formativos

João Mendes de Lima Junior, Danilo Polverini Locatelli

Considerações iniciais

O século XXI impulsiona a construção de uma agenda política e social frente ao consumo de substâncias psicoativas que tenciona a desconstrução do discurso proibicionista forjado ao longo do século anterior. O que se vê no percurso histórico dos séculos XIX e XX é o desdobramento intensamente dramático das decisões políticas que envolveram o tema. A simplificação da essência dessa questão criou um verdadeiro reducionismo moral em que a questão foi lançada à vala rasa da dissonância entre o bem e o mal. A abstinência foi alçada à categoria moral de virtude a ser alcançada; a proibição e a criminalização foram transformadas em instrumentos jurídico-políticos para sustentação dessa premissa.

As duas primeiras décadas do século XXI iniciam-se com uma profunda crítica ao modelo proibicionista e mesmo a Organização das Nações Unidas (ONU), que havia sido a instância de agenciamento da proibição no século anterior, reconhece a necessidade de mudança de paradigma.

No Brasil, a partir de 2003, com a formalização da “Política de Atenção Integral em Álcool e outras Drogas” – pelo Ministério da Saúde – e em 2005, com a aprovação da “Política Nacional sobre Drogas” – pelo CONAD/Ministério da Justiça – o que se vê em movimento é o sensível deslocamento das diretrizes da política sobre drogas outrora centradas na ostensiva repressão; doravante a política passa a ser orquestrada a partir de outros afluentes como saúde, desenvolvimento social e educação.

Contudo, a mudança do modelo implica numa mudança na “razão média” da população e principalmente dos trabalhadores que irão lidar diretamente com essa nova realidade. Para isso, surge a necessidade de um amplo e intenso processo de formação para os trabalhadores, a partir do qual se torne possível instrumentalizá-los para dar suporte ao cuidado integral e humanizado às pessoas que usam drogas.

Neste capítulo, abordaremos o cenário atual concernente à formação para o trabalho no campo da política sobre drogas; a mudança do modelo, os desafios e os alcances; os rumos da política sobre drogas em âmbito nacional e internacional; os avanços políticos em âmbito macroscópico e a micropolítica; as relações interinstitucionais; os arranjos e as

articulações que configuram o presente momento. Busca-se aqui demonstrar as nuances que são ao mesmo tempo o reflexo e o refletor de novos tempos, em que as questões referentes ao uso de drogas convocam acolhimento no *hall* das “políticas sociais” e de desenvolvimento humano. Por fim, são apresentadas duas experiências de Centros de Formação sobre Drogas instituídos pelas atuais políticas federais.

Arranjos políticos e a evolução processual das bases da formação sobre drogas

Historicamente, a formação profissional dos trabalhadores de saúde, educação e assistência social no Brasil se notabilizou por desfavorecer o acolhimento às pessoas que usam drogas. Em primeiro lugar, os currículos profissionais reproduzem o discurso do “biopoder”, centrado em pressupostos morais, repetindo as convenções referentes às crenças sobre certo e errado, culminando, por um lado, com a supressão da autonomia do paciente/doente e, por outro lado, com a imposição de um discurso de verdade, de uma verdade monológica orientada pelo discurso hegemônico. Em segundo lugar, os currículos apresentam uma grande lacuna na temática das drogas, a formação no âmbito da graduação é tímida e inexpressiva nesse debate. Em terceiro lugar, as matrizes curriculares tendem a abordar o tema a partir do viés biológico, em que a multidimensionalidade do fenômeno acaba por ser eclipsada. Em quarto lugar, especificamente no caso da saúde, a formação tende a priorizar as práticas de atenção em saúde relacionadas ao manejo clínico para os dependentes, havendo uma importante lacuna no que diz respeito às ações de promoção à saúde e de prevenção de agravos. Não bastassem esses problemas, a questão ainda é tomada por estigmas, preconceitos e valores que lhe conferem sempre a impressão de se tratar de um mal a ser combatido pela abstinência.

Um conjunto de estudos empíricos, principalmente realizados com estudantes e profissionais de saúde, já apontou a insuficiência de formação para o tema. Estudos realizados com graduandos e com profissionais de enfermagem caracterizaram as fragilidades no conhecimento teórico específico do tema e atitudes, e crenças negativas em relação ao usuário, o que pode refletir na qualidade da atenção aos indivíduos que enfrentam a problemática do uso e abuso do álcool (CARRARO; RASSOOL; LUIS, 2005; LOPES; LUIS, 2005). Estudos realizados em diferentes contextos trazem outros elementos que acendem o sinal de alerta em relação ao modo como alguns profissionais de saúde lidam com a questão das drogas. A concepção de mundo e as crenças pessoais interferem diretamente na prática profissional. Souza, Silva e Gallasi (2015, p. 13) endossam a tese de que o estigma frente ao usuário de drogas é algo que atravessa a “dimensão pessoal do profissional e interfere na sua atuação”.

Há, portanto, duas barreiras a serem vencidas: por um lado, verifica-se a necessidade de inclusão do tema nas matrizes curriculares dos cursos universitários. Lima Junior et al (2015, p. 174) refletem sobre uma “agenda de formação em saúde na área de álcool e outras drogas”, prospectando a possibilidade de ampliação de estratégias de ensino, pesquisa e extensão para os cursos técnicos e universitários. Por outro lado, há também a necessidade de superação da barreira do estigma.

Diante desse cenário, a formação dos trabalhadores para o cuidado às pessoas que usam drogas é a ignição da mudança. O sucesso da consolidação de um novo paradigma depende substantivamente da implicação dos atores envolvidos no processo, considerando suas competências e habilidades. Certamente, a oferta de formação alinhada com a necessidade de construção de novos horizontes normativos produz impacto tanto na atenção em saúde quanto na gestão das políticas públicas. Isso se estende também aos demais segmentos, como desenvolvimento social, educação, justiça etc.

Lançada em 2003 pelo Ministério da Saúde, com *status* de Política de Estado, a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas já sedimenta a pedra fundamental para a construção dos pilares da formação para as Políticas sobre Drogas dos Estados Brasileiros. Nesse texto, que corresponde a um conjunto de diretrizes sobre os rumos vindouros, o Ministério da Saúde assume a responsabilidade pela construção e condução de uma política sobre drogas que esteja pautada pela atenção em saúde para os usuários de drogas. Para isso, cravam-se algumas bases e lançam-se algumas apostas dentre as quais se verifica o reconhecimento da urgência e do fortalecimento dos processos de formação para os trabalhadores. Tanto no que diz respeito ao eixo “intersectorialidade” quanto ao eixo “prevenção” a formação ocupa lugar de destaque. Primeiramente, considera-se como estratégia a oferta de “processos de formação e capacitação de profissionais e de trabalhadores de saúde, com amplo investimento político e operacional para a mudança de conceitos” (BRASIL, 2003, p. 28). Mais do que isso, considera-se imprescindível a implementação de um sistema de formação para os recursos humanos especificamente voltados para o tema (BRASIL, 2003 p. 29).

Diante de um contexto no qual a formação universitária demonstra de fragmentação de ações e com o fortalecimento enviesado da cultura de “guerra às drogas” presente na tradicional formação dos trabalhadores, “... os fatos acima ratificam a necessidade imperiosa de capacitação e formação, de forma orientada aos profissionais de saúde, em uma perspectiva multiprofissional...” (BRASIL, 2003, p. 34).

Desde o ano de 2002, o próprio Ministério já havia desencadeado o “Programa de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica”, com vista a alavancar o processo de reorientação do modelo de assistência em saúde mental iniciado no ano anterior. O documento ainda prevê a possibilidade de desenvolver uma ação coordenada e

intersectorial (saúde e educação), com o propósito de impactar os parâmetros curriculares nacionais para a garantia da inclusão do tema nas matrizes curriculares dos cursos universitários da área de saúde, seja com a inclusão de disciplinas ou com a possibilidade de atividades teórico-práticas durante o percurso de formação (BRASIL, p. 35).

No ano de 2005, o Conselho Nacional sobre Drogas, órgão até então vinculado ao Gabinete Institucional de Segurança da Presidência da República, aprova a Resolução nº 3/GSIPR/CH/CONAD, que articula a Política Nacional Sobre Drogas (PNAD). Essa resolução é um marco, dado que materializa formalmente a ampliação da política sobre drogas outrora centrada exclusivamente no campo da segurança. Já em seus pressupostos, essa resolução ratifica o reconhecimento das “diferenças entre o usuário, a pessoa em uso indevido, o dependente e o traficante de drogas, tratando-os de forma diferenciada”. Além disso, assume a necessidade de garantir “o direito de receber tratamento adequado a toda pessoa com problemas decorrentes do uso indevido de drogas”. No tópico dos objetivos, a resolução prevê “educar, informar, capacitar e formar pessoas em todos os segmentos sociais para a ação efetiva e eficaz de redução da demanda, da oferta e de danos, fundamentada em conhecimentos científicos validados e em experiências bem sucedidas adequadas a nossa realidade”. Em vários outros trechos do documento, afirma-se a importância do fortalecimento da formação, como nas diretrizes de prevenção, quanto da indicação de “Promover, estimular e apoiar a capacitação continuada, o trabalho interdisciplinar e multiprofissional, com a participação de todos os atores sociais envolvidos no processo, possibilitando que esses se tornem multiplicadores...”. Nesse documento, a aposta na formação como instrumento para a mudança de perspectiva é ainda verificada nos tópicos referentes ao “tratamento e reinserção social”, bem como no tópico referente à “redução de danos”. Observa-se ainda um aspecto relevante nessa resolução concernente à inclusão de um tópico que, se não é diretamente dependente da formação, certamente poderá orientar os rumos dos processos formativos. Esse tópico diz respeito aos “estudos, pesquisas e avaliações”, sobretudo para asseverar que as diretrizes da política estão balizadas por evidências científicas a fim de que se possa assegurar, por meio de pesquisas, a identificação de princípios norteadores de programas preventivos. O reconhecimento da necessidade de balizar os rumos da política e, conseqüentemente, das ações e dos serviços com evidências cientificamente consolidadas é um sinal de novos e promissores avanços. Ao longo da história, mesmo no período recente, o debate sobre drogas foi fortemente influenciado em mitos e informações inconsistentes, que, por sua vez, moldou a racionalidade e as práticas profissionais de modo também precário.

Seguindo a lógica da intersecção entre as mudanças políticas e a repercussão no âmbito da formação dos profissionais é preciso destacar que a Lei 11.343 de 2006, instrumento normativo que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD – e prescreve medidas que devem ser adotadas para a reinserção dos usuários, em vários

momentos legítima a formação de profissionais como um dos fundamentos. No Capítulo I, Artigo 5º, sobre os princípios e os objetivos do SISNAD, a Lei descreve como um dos objetivos: “promover a construção e a socialização do conhecimento sobre drogas no país”. Na sequência, no Capítulo que versa sobre as atividades de prevenção, diz-se que esta deve se pautar pela “adoção de conceitos objetivos e de fundamentação científica como forma de orientar as ações dos serviços públicos comunitários e privados, e de evitar preconceitos e estigmatização das pessoas e dos serviços que as atendam”. Além disso, afirmam-se o compromisso para “o estabelecimento de políticas de formação continuada na área da prevenção do uso indevido de drogas para profissionais de educação nos três níveis de ensino”.

O que se pode obter como síntese dessas três referências citadas acima, quais sejam a Política de Atenção Integral ao Usuário de Drogas, PNAD e o SISNAD, é a convergência em ao menos quatro aspectos estratégicos:

1. O **compromisso com a interdisciplinaridade**, a partir do reconhecimento de que o uso de drogas, enquanto fenômeno multifacetado, exige uma compreensão ampla e uma interlocução de diferentes saberes, uma análise que supere o reducionismo que historicamente marcou a abordagem ao tema, uma análise que considere os aspectos biopsicossociais, além de considerar também os aspectos jurídicos;
2. O prestígio da **educação continuada e permanente**¹, considerando que o trabalho exige atualização e sincronia com os dilemas e desafios cotidianamente apresentados;
3. Uma **agenda intersetorial**, uma vez que se reconhece que há diferentes fatores determinantes, mas fundamentalmente há diferentes soluções que exigem a coordenação de vários setores, da prevenção ao tratamento, das questões familiares às questões comunitárias, das questões biológicas às questões sociais, das questões sanitárias às questões jurídicas;
4. Um modelo **baseado em evidências**, subsidiado em pesquisas, experiências e práticas com eficiência comprovada e cientificamente reconhecidas.

Mesmo com esses sinais indicando o fortalecimento da formação, na prática a mudança na cultura organizacional nunca é uma tarefa fácil, tampouco se pode esperar resultados imediatos. Há fortes resistências, obstáculos ideológicos, fragilidades institucionais que vão desde o modo como se sistematiza o processo metodológico-pedagógico até o problema de financiamento dessas ações de formação. Não bastassem esses problemas, boa parte das ações das estratégias de formação para profissionais atuantes com políticas públicas adota um modelo que repete metodologias tradicionalistas, não só no conteúdo,

1 Lima Junior et al. (2015) fazem uma diferenciação entre Educação Permanente e Educação Continuada, afirmando que os pressupostos, concepções pedagógicas e os objetivos são distintos.

mas principalmente na forma. Metodologias que desfavorecem a experiência dos trabalhadores com ênfase nos conteúdos em detrimento da experiência, temas escolhidos de forma vertical e monóloga, pouca relação com o contexto e pouca implicação dos participantes. De acordo com Brasil (2009, p. 52), Assim, “a instalação ou modificação de uma prática institucional implicará influir não apenas no desenvolvimento de novas habilidades específicas, mas necessariamente colocar os pressupostos e os contextos em discussão” (BRASIL, 2009, p.52). Considerando tais desafios, em 2004, o Ministério da Saúde formaliza a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde com o propósito de balizar os processos formativos para o trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS). Em 2007, o mesmo Ministério publica a portaria GM/MS nº 1.996, que dispõe sobre as diretrizes de implantação dessa política. Considera-se que a formação dos trabalhadores é um componente decisivo para a consolidação das mudanças em curso, e para isso buscou-se construir diretrizes gerais e pressupostos epistemológicos para a formalização das estratégias operacionais desse processo de formação. A partir de uma dura crítica ao caráter mecânico das tradicionais capacitações como metodologia para a formação, a Política de Educação Permanente busca superar o modelo escolar na medida em que avança para uma metodologia mais problematizadora e menos expositiva, alicerçada no cotidiano das práticas e menos predeterminada por conteúdos distanciados da realidade, com maior implicação dos trabalhadores e com primazia para o uso de metodologias ativas, considerando ainda a aprendizagem significativa.

Como se verifica, a formação vai passando a figurar como o centro da transformação. O Estado brasileiro vai dando forma ao que pretende enquanto horizonte a ser alcançado. Por um lado, o reconhecimento da formação como fundamento na política sobre drogas; concomitantemente, um amadurecimento também quanto ao modo como o processo de formação deve ser constituído. Em outros termos, mais discernimento em relação ao que fazer e como fazer, em relação ao conteúdo e à forma. A Política de Educação Permanente tornou-se uma importante bússola que vem inspirando também a formação sobre drogas para trabalhadores das mais diferentes áreas. Além do segmento da saúde, essas diretrizes passam a ser refletidas também na área do desenvolvimento social, no campo da formação para trabalhadores do judiciário, da educação, entre outros. Evidentemente, a formação sozinha não esgota as condições necessárias para a mudança do paradigma; contudo, “a formação é um recurso para se alcançar a meta de ampliação da rede de atenção aos usuários de drogas, sendo, portanto, uma atividade de meio, uma atividade que não tem fim em si própria, mas que visa a um horizonte a ser alcançado” (LIMA JUNIOR et al., 2015, p. 157).

A necessidade de alinhamento dos dispositivos formativos: o percurso dos Centros Regionais de Referência em Educação Permanente

Em 2009, a ONU, por meio do Escritório das Nações Unidas para Drogas e Crimes (UNODC), organiza uma cooperação internacional para elaboração de orientações para a construção de políticas públicas no âmbito dos países. Esse documento sugere deslocar a oferta estatal da coerção para a coesão; em outros termos, passar de uma abordagem voltada à sanção para uma abordagem voltada à saúde (ONU, 2010, p. 2). Esse documento é um marco, embora recente, na busca de outros meios para o manejo da política sobre drogas. Cuidar em meio aberto, garantindo as liberdades individuais com a garantia do direito de recusa, uso de métodos não repressivos, aposta no tratamento de base comunitária prioritariamente nos serviços de saúde e de assistência social. A grande questão é justamente a capacidade técnica e a formação para recebimento dessa demanda. Há um hiato entre esse ideal e a real capacidade de acolhimento dos serviços. Esse parece ser um problema que se reflete em vários outros países. Um estudo realizado pelo The National Centre on Addiction and Substance Abuse at Columbia University (2000) com médicos da Atenção Primária em Saúde revelou que 94% deles falharam no reconhecimento do diagnóstico do alcoolismo. No Brasil, Bastos et al. (2013) realizaram um amplo estudo com os usuários de crack, no qual se verificaram aspectos importantes sobre o perfil e sobre o acesso aos serviços de proteção e tratamento. Os dados mostram que 63% dos entrevistados buscaram algum serviço de proteção (saúde e assistência social) nos trinta dias anteriores ao estudo. Se, por um lado, 78,9% têm intenção de se tratar especificamente do uso do crack, somente 24,6% chegaram a algum serviço de saúde, considerando que, destes, apenas 6,3% procuraram o CAPS-AD. Esses dados demonstram que há muito a ser feito para aumentar a capacidade de acolhimento nos serviços de saúde e de assistência social. Esses dados mostram que há demanda, porém não tem havido reflexos na busca e na oferta de ações e serviços. Com um perfil tão específico, como o que foi revelado por esse estudo, é presumível que os serviços ainda não estejam suficientemente aptos a acolherem os usuários. Daí surge a necessidade de intensificar o processo de formação dos trabalhadores em sincronia com o cotidiano e a realidade dos usuários.

O Governo Federal, por meio do Decreto nº 7.179 de 2010, institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. O decreto considera que entre as ações imediatas e estruturantes está o [artigo 5º IV] “capacitação em prevenção do uso de drogas para os diversos públicos envolvidos na prevenção do uso, tratamento, reinserção social e enfrentamento ao tráfico de crack e outras drogas ilícitas”. Considerou ainda a possibilidade da

“criação de programa de especialização e mestrado profissional em gestão do tratamento de usuários de crack e outras drogas”.

O plano trouxe avanços em aspectos cruciais. Em primeiro lugar, por ser o início de uma ação articulada e intersetorial, o plano prevê a articulação de cerca de quinze ministérios ou secretarias com *status* de ministério. Como se sabe, historicamente sempre houve dificuldade de articulação entre os diferentes setores que compõem uma mesma política pública; contudo, esse plano já nasce com a instituição de um gabinete interministerial vinculado diretamente ao Gabinete da Casa Civil da Presidência da República. Em segundo lugar, surgem como produto ao menos três ações que iriam impactar a formação no campo da política sobre drogas:

1. Criação de uma linha específica de PET (Programa de Educação pelo Trabalho), o PET-Saúde Mental, Álcool e outras Drogas;
2. Incremento para financiamento de pesquisas via CNPq;
3. Fomento para a criação e implementação de Centros Regionais de Referência em Educação Permanente em Crack, Álcool e outras Drogas, os denominados CRR.

Por meio de edital de chamamento público, ainda em 2010, a SENAD passa a financiar esses Centros que têm a finalidade de formar profissionais de diferentes redes e serviços que atuam diretamente na atenção integral de usuários de drogas, bem como seus familiares. Os CRRs representam um avanço substancial para a formação dos profissionais. Em primeiro lugar, trata-se de uma estratégia que buscou ampliar e pulverizar os espaços de formação considerando a enorme dispersão territorial do país. Tradicionalmente, os melhores núcleos de formação estiveram concentrados em regiões mais desenvolvidas e principalmente nas capitais dos estados da federação. Em segundo lugar, dado o aporte de recursos financeiros previsto para essa ação, a expectativa era alcançar um volume significativo de participantes em diferentes regiões do país. Em terceiro lugar, por permitir sincronização ou alinhamento teórico em âmbito nacional, sem desconsiderar as demandas locais em cada unidade de ensino.

No primeiro edital, em 2010, cinquenta e uma instituições conseguiram financiamento. Diferentemente dos Polos Regionais de Educação Permanente previstos pela Política de Educação Permanente do Ministério da Saúde, os CRRs são atividades vinculadas a programas de extensão das universidades, centros universitários ou escolas de saúde. A oferta inicial previa cursos de atualização e de aperfeiçoamento para profissionais de diferentes segmentos e redes, tais como saúde, assistência social, segurança, ministério público, judiciário, entidades civis de acolhimento a usuários etc.

Em dezembro de 2011, o Governo Federal publica o Decreto nº 7.637 que, por sua vez, altera o Decreto para nº 7.179/2010 e cria o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. Além de mudanças no comitê gestor articulado entre diversos ministérios, a dotação orçamentária da área cresceu R\$ 4 bilhões para o quadriênio, em comparação aos R\$ 410 milhões anteriormente previstos. O Plano Integrado inspira um Programa que foi nomeado de “Crack, é possível vencer”. O Programa recebeu duras críticas de diversos setores, principalmente da academia, por privilegiar uma substância que não se configurava com grande presença epidemiológica; além de, também, sofrer críticas por continuar fortemente marcado pela presença da ostensividade das ações do Estado. Contudo, o Programa avança em alguns aspectos. Segmenta as competências criando três eixos de ação: “Prevenção”, “Cuidado”, “Autoridade”. O Programa considera como sendo prevenção tudo o que pode ser feito para evitar, retardar, reduzir ou minimizar tanto o uso abusivo quanto os problemas decorrentes do uso. Dentre as principais atribuições nesse eixo está a sistematização da formação para fortalecer todos os outros eixos e, conseqüentemente, fortalecer o próprio Plano Integrado.

Previu-se a oferta de experiências com diferentes formatos; o Programa financiou cursos na modalidade EaD e presencial. Dentre as diversas possibilidades, foram ofertados diferentes recursos metodológicos que contemplaram desde cursos de educação moldados no formato de educação continuada até possibilidades de supervisão clínico-institucional, programas de residência multiprofissional em saúde mental e programas de residência em psiquiatria. Destaca-se o Projeto Percursos Formativos na RAPS, que permitiu a troca entre as redes receptoras e as redes visitantes, estratégia que está ligada à temática geral de saúde mental, mas que também abre diálogo com a atenção às pessoas que usam substâncias psicoativas.

A estimativa do plano era a formação de cerca de quatrocentos e oitenta e um mil profissionais, dos quais aproximadamente quarenta e sete mil vagas foram ofertadas para a modalidade presencial nos CRRs. Os Centros Regionais de Referência correspondem a um dispositivo importante dentro desse processo. Esses espaços de formação na modalidade presencial tiveram renovação do financiamento com o Programa “Crack, é possível vencer”. Além da modalidade presencial, a formação em EaD tem se mostrado um recurso potente. Há cerca de seis cursos para diferentes públicos. Além disso, de acordo com os relatórios do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015, p. 34), apenas o curso “Caminhos do Cuidado” alcançou mais de 226.321 agentes comunitários de saúde.

A experiência dos CRRs: a articulação política e as parcerias interinstitucionais

A experiência no CRR do Recôncavo da Bahia

A Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), instituição de ensino criada pela Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI), é uma instituição com uma década de existência e com demandas regionais acumuladas há muito tempo antes. A UFRB tem estrutura *multicampi* para alcançar vários municípios do recôncavo baiano. Desde a sua origem, essa instituição recebe demandas de diferentes parceiros: apoio institucional, representação em instância de controle social nas políticas públicas, formação de profissionais atuantes nos serviços públicos, entre outras, aliando as características de *multicampi* e considerando as demandas da comunidade do entorno da instituição. Em 2010, a UFRB foi demandada por uma Diretoria Regional de Saúde (DIRES), instância descentralizada de gestão vinculada à Secretaria Estadual de Saúde. A demanda era exatamente de formação para profissionais de saúde, uma antiga necessidade daquela secretaria, e coincidiu com a disponibilidade da chamada pública da SENAD para a criação de CRRs.

Desde sua origem, o CRR/UFRB buscou estabelecer constante articulação com as várias instituições que de alguma forma se vinculam às políticas referentes à questão das drogas. Além disso, buscou-se também a construção de parceria com outras instituições de ensino universitário da Bahia, a exemplo da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC/Ilhéus) e da Universidade Federal da Bahia (UFBA/Salvador).

Inicialmente, a parceria para construção do projeto envolveu as DIRES do entorno da UFRB (4ª, 29ª e 31ª respectivamente). Essas diretorias eram responsáveis pela coordenação política de gestão em saúde de aproximadamente trinta e dois municípios com um alcance populacional de aproximadamente seiscentos e noventa e cinco mil habitantes. Os municípios são de pequeno ou médio porte e geograficamente distantes entre si. Tendo sido aprovado o projeto, a partir da execução surgiram a necessidade e a possibilidade de uma parceria com mais uma DIRES (a 2ª DIRES/SESAB) sediada em Feira de Santana, região metropolitana, cuja população do entorno ultrapassa os oitocentos mil habitantes.

Além da parceria com as DIRES, buscou-se garantir também parceria com os municípios identificados como estratégicos para que pudessem sediar os cursos. Assim, foi possível descentralizar as aulas, os fóruns e as demais atividades do CRR. Foram instalados polos do CRR em três diferentes cidades. Especificamente para o curso destinado a profissionais da atenção hospitalar, previsto no Edital da SENAD, buscou-se parceria com um dos hospitais

da região para que o curso fosse ministrado nas instalações do hospital, com a compreensão de que a Educação Permanente deve ser construída a partir do cotidiano do próprio serviço. No caso das atividades realizadas em Feira de Santana, destaca-se a parceria realizada com a Secretaria Municipal de Saúde e com o Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do município. Uma das turmas destinadas aos ACS só foi possível porque a diretoria do Sindicato dos Agentes de Saúde de Feira de Santana se mobilizou para identificar as áreas prioritárias, bem como garantiu a estrutura física e operacional para as aulas.

O Governo do Estado da Bahia lançou, em 2001, um Programa equivalente ao do Governo Federal “Crack, é possível vencer”. Em âmbito local, o Programa foi denominado “Pacto Pela Vida”, um agenciamento de diferentes secretarias de estado e outras instituições não governamentais para construção de uma macropolítica comprometida com a redução dos indicadores de violência e com a oferta de várias ações destinadas a reduzir os problemas relacionados ao uso de drogas. O CRR/UFRB passa a ser parceiro da Superintendência de Políticas sobre Drogas e Acolhimento a Grupos Vulneráveis (SUPRAD), órgão da Secretaria de Estado de Justiça, Direitos Humanos e Desenvolvimento Social.

Na renovação do CRR, entre 2012 e 2015, pode-se trabalhar com profissionais oriundos de quarenta e sete municípios, com população estimada em cerca de um milhão e quatrocentos mil habitantes. Nessa versão, além da manutenção das parcerias anteriores, foram realizadas parcerias com o Ministério Público da Bahia e com os comandos das Polícias Civil e Militar do Estado. Várias turmas aconteceram simultaneamente. Ao longo do processo, a metodologia construída previu a realização de grandes espaços de oficina ampliadas, espaço de interação com capacidade para mobilizar até trezentos e cinquenta participantes por vez. Foram três grandes oficinas com todas as turmas; dessa vivência surgiu uma importante contribuição para a Rede de Atenção Psicossocial da região, que na ocasião estava em construção e pôde contar com a importante colaboração dos trabalhadores de diferentes serviços e de diversos municípios.

Essas parcerias permitiram que as aulas fossem ministradas em cinco cidades diferentes, com destaque para uma parceria iniciada a partir da demanda da Secretaria Estadual de Saúde e de Justiça. Fez-se parceria com o município de Vitória da Conquista, distante cerca de 360 km. Por sua vez, a gestão municipal de saúde demandava formação para profissionais da atenção hospitalar e para profissionais vinculados aos serviços de proteção social (CRAS, CREAS, Conselho Tutelar etc.), bem como para o pessoal do ministério público, judiciário e polícia militar; promotor de justiça, juiz e vários policiais também puderam participar da formação. Em 2013 e 2016, ao todo, entre fóruns, *workshop* e cursos, o CRR pôde registrar a participação de 1.934 profissionais de diferentes redes (saúde, educação, direito e assistência social).

As articulações entre as instituições mostraram-se como uma potente ferramenta sem a qual é impossível avançar numa estratégia de Educação Permanente de amplo alcance e com base na realidade dos serviços. Os desafios são imensos, mas a urgência da mudança do paradigma é muito maior do que os obstáculos encontrados nesse percurso. A necessidade da mudança é um ponto de inflexão e, portanto, não há dificuldade que justifique recuo nessa marcha. A experiência de um CRR permite alcançar dois grandes propósitos para a Instituição de Ensino: por um lado, cumpre o compromisso de fortalecer as políticas de Estado com seu potencial de ensino e pesquisa, e mesmo com a intervenção na realidade; por outro lado, como diz Saviane (1981, p. 82), para quem a extensão significaria a articulação da universidade com a sociedade, é um dispositivo de interação para a construção de respostas para o que há de demandas pulsando nas comunidades onde se inserem.

A experiência no CRR-DIMESAD-UNIFESP

Após avaliação do Edital de Chamamento para submissão do projeto para estabelecimento de um CRR, uma equipe de professores e colaboradores do Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) visualizou a importância de submissão de uma proposta à SENAD. Diante das primeiras leituras do Edital, verificaram-se como material obrigatório no envio da proposta cartas de apoio de instituições parceiras, firmando o apoio institucional daquela Secretaria/Instituição, incluindo a indicação de seus trabalhadores para a participação nos cursos. Iniciou-se então uma busca pelos contatos institucionais adequados para o envio da proposta e o subsequente apoio ao projeto.

A aproximação junto a interlocutores que trabalham nas Secretarias/Instituições ocorreu no segundo semestre de 2012, próximo à eleição municipal. Após o recebimento de algumas cartas de anuência, a finalização da escrita e do envio do projeto, fomos informados de sua aprovação por parte da SENAD.

Iniciou-se uma nova etapa a partir de então, pois à apresentação do projeto para conseguir apoio dos parceiros institucionais não garantiria que o curso pudesse responder parte de suas demandas, por vezes não muito claras nas conversas iniciais. Optou-se por retomar o contato já oficializado para conversas mais aprofundadas sobre os objetivos do curso, seus métodos pedagógicos e seu formato em reuniões presenciais, preferencialmente, no espaço onde os interlocutores trabalhavam.

Na primeira edição do CRR, foram contabilizadas mais de cinquenta reuniões com esse objetivo. Com a eleição, algumas mudanças organizacionais nas secretarias municipais ocorreram e foi necessária a retomada do contato a partir de uma base inicial. Contudo, os avanços foram nitidamente sentidos. Apesar de o primeiro edital apresentar certa ri-

gidez referente aos temas a serem abordados nos cursos, o conteúdo e a forma traziam uma flexibilidade de construção. E assim, foi conversado presencialmente com interlocutores da Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria do Estado da Saúde, Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social, Tribunal de Justiça do Estado, Defensoria Pública, Ministério Público Estadual, Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania do Estado e Fundação CASA (Centro de Atendimento Socioeducativo do Adolescente). Além dessas instituições parceiras, contamos também com a participação de integrantes de Movimentos Organizados e da Guarda Civil Municipal, que não se vincularam ao curso a partir de sua instituição de origem.

Os desafios apresentados eram diversificados e representavam uma dura realidade diante da necessidade que as instituições possuíam. Dividir trezentas vagas para tantos parceiros, sendo que muitos deles pediam essa quantidade de vagas apenas para seus trabalhadores. Pensar na complexidade da cidade de São Paulo, território de abrangência de nosso CRR, diante da multiplicidade de serviços de atenção ofertados, dos trabalhadores que teriam aproveitamento mais efetivo do curso, bem como unir profissionais que pudessem ampliar a possibilidade de um trabalho intersetorial ao reconhecer uma rede possível entre seus colegas de turma.

Ao pensar no conteúdo, deparamo-nos com o desafio de procurar um caminho comum ao reunir múltiplas demandas institucionais, muitas vezes amplamente distintas, em cursos que seriam ofertados para diferentes trabalhadores. Dois cursos se destinavam especificamente aos atores do judiciário, o que possibilitou uma concordância maior sobre os temas centrais a serem abordados. Destaca-se um momento específico em que foi possível reunir integrantes das equipes técnicas do Ministério Público Estadual, da Defensoria Pública e do Tribunal de Justiça do Estado para refletir sobre qual tema seria abordado nessas duas turmas. A consonância possibilitou um alinhamento do programa diante de suas demandas.

Da mesma forma que alguns atores preferiam que o formato dos cursos fosse mais prolongado, com encontros em apenas um período semanal, outros ponderavam que os trabalhadores aproveitariam mais se os encontros durassem o dia inteiro. A unanimidade se deu em um tópico: a escolha de um dia por semana (oito horas), com duração de cinco semanas, totalizando quarenta horas semanais por curso.

A conclusão da primeira edição ressaltou a necessidade de continuarmos os processos formativos para novas turmas e participantes. Após abertura de um novo edital pela SENAD, a construção do novo projeto se baseou nas avaliações realizadas durante e após a primeira edição, em que os interlocutores institucionais tiveram papel importante na elaboração de novos cursos que fossem mais destinados a suas demandas, visto que esse novo chamamento tornava ainda mais flexível a elaboração dos conteúdos

programáticos formativos. Fomos então contatados por novas instituições que, ao saber sobre os resultados e a existência do CRR-DIMESAD-UNIFESP, tiveram interesse em indicar trabalhadores para as novas turmas. Dessa forma, contribuíram para esse novo processo, além dos parceiros já vinculados desde a primeira edição, a Secretaria Estadual de Educação, a Fundação para o Desenvolvimento da Educação, a Secretaria Estadual de Desenvolvimento Social e a Secretaria de Administração Penitenciária do Estado.

O ponto alto ocorreu antes do início dos cursos, durante uma reunião com diversos representantes de secretarias municipais, estaduais e instituições para discutir sobre a nova proposta, alinhando as necessidades, os métodos formativos, bem como os formatos e sua logística de inscrição. Outras reuniões foram articuladas para avançar na consolidação de uma proposta que tivesse como base a construção coletiva.

Diante dessas experiências, presenciamos desafios diretos e indiretos. Entre eles, destaca-se a necessidade de tempo para o estreitamento destinado à adequada vinculação institucional. Alguns interlocutores mudam de função ou saem de suas atribuições, o que muitas vezes fomenta a necessidade de uma nova retomada de aproximação, colocando em risco o apoio obtido anteriormente. Outro aspecto desafiador é unir demandas institucionais distintas em cursos únicos, o que nos remeteu ao formato de curso modular na segunda edição do CRR, respeitando mais efetivamente o aprofundamento de necessidades mais localizadas e de conteúdo.

Se parte da construção dos cursos pode ser pensada coletivamente, não se pode dizer o mesmo sobre a avaliação. Nesse quesito, as conversas individualizadas foram mais possíveis e além desse ponto alguns interlocutores estiveram mais próximos dos trabalhadores de sua instituição, o que permitiu uma análise mais proeminente de sua parte. Contudo, a distância de outros impossibilitou uma visão avaliativa mais construtiva.

A proximidade com a eleição municipal foi analisada como fator dificultador. Percebeu-se que, próximo ao pleito, interlocutores municipais relataram a necessidade de focarem em ações mais específicas de suas secretarias. O mesmo pode ser dito para o pleito estadual. Somado a esse aspecto, após as eleições, existe a possibilidade de mudança dos quadros de profissionais de uma secretaria, o que amplia a necessidade de novos contatos e novas apresentações.

Vários esforços foram efetuados por parte dos parceiros após ou durante a realização dos cursos. Propostas para o desenvolvimento de novos cursos ocorreram, possibilitando a realização de um curso em modalidade mista (presencial e a distância) para cerca de seiscentos profissionais do Tribunal de Justiça do Estado. A Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social desenvolveu cursos com a coordenação integrada por multiplicadores que participaram do CRR para mais de mil trabalhadores. A Secretaria de Administração Penitenciária avançou junto à Escola de Administração Penitenciária para a oferta de processos formativos direcionados aos diretores das unidades prisionais.

Referências bibliográficas

BASTOS, F. T. et al. **Perfil dos usuários de crack ou similares no Brasil**. Brasília: Fiocruz; Ministério da Saúde; Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; Ministério da Justiça, 2013.

BRASIL. Governo Federal. **Presidência da República. Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006**. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11343.htm>. Acesso em: 29 out 2016.

BRASIL. Ministério da Justiça. Conselho Nacional Antidrogas. **Resolução nº 3/GSIPR/CH/CONAD**, de 27 de outubro de 2005. Aprova a Política Nacional Sobre Drogas. Brasília: Gabinete da Segurança Institucional da Presidência da República, 2005.

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** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198/GM**, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 1.996**, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados – 12, Ano 10, nº 12, outubro de 2015. Brasília, 2015. **Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental**. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/20/12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf>>. Acesso em: 12 fev 2017.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010**. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7179.htm>. Acesso em: 14 fev 2017.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 7.637, de 8 de Dezembro de 2011**. Altera o Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de <Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. Brasília. 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7637.htm>. Acesso em: 12 fev 2017.

CARRARO, T. E.; RASSOOL, G. H.; LUIS, M. A. V. A formação do enfermeiro e o fenômeno das drogas no sul do Brasil: atitudes e crenças dos estudantes de enfermagem sobre o cuidado. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 13, número especial, p. 863-871, 2005.

LIMA JUNIOR, J. M.; SILVA, E. A.; NOTO, A. R.; BONADIO, A. N.; LOCATELLI, D. P. A educação permanente em álcool e outras drogas: marcos conceituais, desafios e possibilidades. In: RONZANI, T. M.; COSTA, P. H. A.; MOTA, D. C. B.; LAPORT, T. J. (Org.). **Redes de Atenção aos Usuários de Drogas: políticas e práticas**. São Paulo: Cortez, p. 155-187, 2015.

LOPES, G. T.; LUIS, M. A. V. A formação do enfermeiro e o fenômeno das drogas no Estado do Rio de Janeiro- Brasil: atitudes e crenças. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 13, número especial, p. 872-879, 2005.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Da coerção à coesão: Tratamento da dependência de drogas por meio de cuidados em saúde e não da punição. Nova York, 2010. Disponível em: <https://www.unodc.org/documents/lpo-brazil//noticias/2013/09/Da_coercao_a_coesao_portugues.pdf>. Acesso em: 04 mar. 2017.

SAVIANI, D. Extensão Universitária: uma visão não extensionista. **Educação e Sociedade**, n. 8, p. 61-73. Editora Cortez, São Paulo, 1981.

SOUZA, F. V. L.; SILVA, M. N. R. M. O; GALLASSI, A. D. **Os profissionais em formação na abordagem de drogas e suas perspectivas**. Disponível em: <http://bdm.unb.br/bitstream/10483/10561/6/2014_FlaviaVirginiadeLimaSouza.pdf>. Acesso em: 22 fev 2016.

THE NATIONAL CENTRE ON ADDICTION AND SUBSTANCE ABUSE AT COLUMBIA UNIVERSITY. Missed opportunity: national survey of primary care physicians and patients on substance abuse, 2000. Disponível em: <<http://www.casacolumbia.org/articlefiles/380-missedopportunityphysiciansandpatients.pdf>>. Acesso em: 04 mar 2017.

A estrutura modular dos cursos do CRR: vantagens e desvantagens

Tatiana de Castro Amato, Danilo Polverini Locatelli,
Alessandra Nagamine Bonadio, Emérita Sátiro Opaleye,
José Carlos Fernandes Galduróz e Ana Regina Noto

A partir do incentivo do governo brasileiro nos últimos anos, especialmente por meio da SENAD (Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas), foram disponibilizados cursos de formação profissional em ampla escala em diferentes modalidades e contextos. Diversos cursos foram ofertados em modalidade de Educação a Distância, como o SUPERA, enquanto outros ocorreram em formato presencial. Entre as formações presenciais, destacam-se as experiências dos CRRs (Centros Regionais de Referência) ancorados em Universidades Públicas de diferentes localidades do Brasil. A experiência acumulada e a sistematização do conhecimento possibilitam reflexão e avanço na forma de pensar os processos formativos nas áreas de atenção a pessoas que usam drogas e seus familiares.

Tendo em perspectiva a importância da avaliação das experiências acumuladas, o CRR-DIMESAD-UNIFESP vem sistematizando o conhecimento a partir de questionários, grupos focais e entrevistas com cursistas, professores e coordenadores. Um primeiro estudo (MATTA et al., 2017) teve por objetivo apresentar e discutir a experiência da Primeira Edição do CRR implementada em 2014. A partir de metodologia mista, qualitativa e quantitativa, foram evidenciados aspectos estruturais dos cursos que mereciam alterações e, assim, nortearam mudanças para a Segunda Edição. Entre os principais resultados destacou-se a queixa dos cursistas sobre a falta de uma linha de continuidade entre os cursos ofertados na área. Os profissionais participantes da pesquisa relataram sentir que a maioria dos cursos aborda aspectos básicos como, por exemplo, o conceito de drogas e epidemiologia geral. Da mesma forma, sugerem estar sempre partindo do mesmo ponto, sem avançar em profundidade em questões específicas de seu cotidiano. Avaliaram também que o trabalho em rede se apresenta como um dos maiores desafios, mas esse tema raramente é abordado nos cursos de forma geral. No mesmo sentido, os profissionais avaliaram como muito rica a experiência de cursos multiprofissionais, na medida em que essa iniciativa favorece a ampliação da visão da rede em suas diferentes perspectivas da saúde, educação, segurança, assistência social, entre outras.

A partir dessas observações sistematizadas ao longo da Primeira Edição do CRR, e com a flexibilização do novo Edital da SENAD, foi pensada uma nova estrutura de curso que contemplasse as diferentes demandas que se apresentaram. Assim, foi desenhada uma estrutura de curso modular. Para todos os módulos, as abordagens metodológicas foram orientadas pelos princípios da Educação Permanente-reflexão sobre a relação entre teo-

ria e prática, discussão em grupos e atividades práticas. Todos os módulos foram destinados aos profissionais da rede pública e lideranças comunitárias.

O Módulo inicial (Módulo 1): “CONTEXTOS DE USO E DEPENDÊNCIA DE DROGAS”, foi planejado para profissionais que, apesar de receberem demandas em seus serviços, nunca passaram por formação na área de álcool e outras drogas. Esse módulo introdutório teve por objetivo ampliar a visão dos profissionais em relação à diversidade de contextos de uso, padrões de consumo, representações sociais, estigma e a influência dos meios de comunicação.

O Módulo de Especialidades (Módulo 2) tratou de aspectos específicos de cada uma das principais áreas que se apresentaram na Edição anterior do CRR. Foi, assim, ofertado um conjunto de cinco cursos com os temas: educação, situação de rua, hospitais/maternidades, adolescentes em vulnerabilidade e intervenção breve. Os mesmos foram ofertados para profissionais das respectivas áreas, para possibilitar aprofundamento em aspectos específicos de sua atividade profissional. A participação nesses módulos tinha como pressuposto que esses profissionais já tivessem realizado o Módulo 1 ou qualquer outro curso de formação na área de álcool e outras drogas.

O Módulo “Tecendo Redes e Desenvolvendo Projetos para a Comunidade” (Módulo 3) foi destinado aos profissionais de diferentes áreas, que tivessem feito algum curso do CRR ou alguma formação prévia em cursos na área de álcool e outras drogas. Todos os encontros aconteceram no território de atuação dos profissionais, com exceção do primeiro e último encontros. Esse módulo visou a ampliar o conhecimento sobre as redes e os potenciais recursos do território. Buscou também favorecer a interação entre as pessoas, empoderamento e desenvolvimento de autonomia do cursista em sua relação com a comunidade. Foram desenvolvidos projetos de ação no território, sendo as turmas multiprofissionais organizadas de acordo com a proximidade geográfica dos setores aos quais os profissionais estavam vinculados.

O Módulo sobre Tratamento Comunitário (Módulo 4) ocorreu ao longo do ano e reuniu profissionais de uma mesma região da cidade (Zona Sul de São Paulo). O módulo abordou temas como sofrimento e exclusão social, trabalho e relações interpessoais a partir do fortalecimento de redes de apoio na comunidade. As atividades ocorreram predominantemente em campo, ou seja, na própria comunidade.

Este capítulo tem por objetivo apresentar os aspectos positivos e os desafios da estrutura modular da Segunda Edição do CRR. Serão apresentados os resultados da avaliação realizada pela equipe do CRR, no formato de vantagens e desvantagens da estrutura modular, acrescidos de falas dos profissionais sobre a participação nessa experiência. As falas foram extraídas de dois grupos focais que foram realizados ao final do Módulo 3 do CRR.

No final do capítulo foram sintetizadas as sugestões de mudanças necessárias para as próximas edições.

Vantagens

O principal objetivo da estrutura modular era dar a oportunidade de os participantes avançarem em conhecimento a partir do que já tinham aprendido antes do CRR. Dessa forma, o objetivo foi atingido, uma vez que tal estruturação evitou que participantes que já tinham conteúdo básico na área tivessem que seguir o curso desde o início, melhorando a adesão e satisfação dos participantes. Aqueles que ainda não tinham formação na área de álcool e outras drogas puderam fazer o curso de contextos, considerado introdutório. Ao mesmo tempo, aqueles que já tinham alguma formação puderam iniciar o curso no Módulo de Especialidades, cujo conteúdo era voltado para demandas de serviços específicos e para quem já tinha uma formação básica na área de álcool e outras drogas.

Os participantes tiveram a oportunidade de fazer um curso mais extenso e se aprofundar em conteúdos considerados úteis a sua prática profissional. Na primeira edição do CRR, o curso foi de quarenta horas, ao passo que no modelo atual foi possível acumular três cursos de quarenta horas.

Por se tratar da Segunda Edição do CRR, os laços com os parceiros institucionais já estavam estabelecidos. Mesmo tendo tido a duração mais longa do que a primeira edição, foi possível perceber que os parceiros que apoiaram fortemente o CRR incentivaram a participação dos profissionais nos cursos.

Os conteúdos abordados nos cursos estavam em acordo com as demandas dos profissionais em seus serviços. Com a estrutura modular foi possível criar cursos específicos e direcionar os interessados aos cursos que melhor respondiam às demandas dos seus serviços. O conteúdo foi considerado adequado para questões práticas do cotidiano dos participantes.

A possibilidade de permanência por mais tempo no curso favoreceu a mudança de perspectiva pessoal. Com a permanência, os participantes relatavam que suas crenças sobre usuários de álcool e outras drogas foram autoquestionadas e modificadas. Segundo relato dos profissionais, eles chegaram a mudar atitudes dentro dos serviços. Dessa forma, o curso possibilitou uma transformação pessoal que chegou a refletir no trabalho.



“... a minha impressão do primeiro dia foi: “o que é que eu tou fazendo aqui? Estão falando desses noias, ninguém quer trabalhar na cadeia, esses caras aí, pelo amor de Deus, só dá trabalho, olha um monte de direitos humanos aí, o que é que eu estou fazendo aqui? Juro. Por que é que a minha direção me mandou aqui? O que é que ela quer?”. Foi isso que eu pensei, e hoje eu encabeço um projeto totalmente diferente disso dentro do serviço, então, não é só pegar a pessoa, encaixar no terceiro módulo, fazer essa ação. Acho que é desde o começo”.
(GF2- Participante Módulo 3 do CRR).

Além disso, aqueles que fizeram vários cursos, desde o módulo mais básico até os mais específicos, puderam fortalecer o vínculo com colegas de curso. O estreitamento de vínculo possibilitou avanço em discussões que surgiram no início do módulo mais básico e que foram amadurecendo em outros módulos. A rede foi realizada dentro do curso e se estendeu às redes de trabalho.



“...durante o curso, mesmo (...) a gente precisou encaminhar um aluno para o conselho tutelar e esse aluno nosso foi acolhido num SAICA [Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes] porque ele sofria violência doméstica. Esse foi um caso real, e a gente viveu dentro do curso, e o grupo do WhatsApp me ajudando, como é que faz, o que acontece, a gente não tinha essa experiência... Isso me fortaleceu muito e eu passei a ter crédito de como a rede funciona, porque eles falaram: se você não conseguir nada no conselho tutelar, vai na vara da infância, se não der vai em outro lugar e eles foram me dando dicas”.
(GF1 - Participante Módulo 3 do CRR).

Desvantagens

Algumas dificuldades que surgiram a partir da estrutura modular foram, principalmente, devido ao longo tempo de permanência dos profissionais em cursos sequenciais. Os parceiros que não tinham laços fortes com o CRR tiveram dificuldade em bancar a liberação dos profissionais dos serviços de forma intermitente para uma permanência longa nos cursos. O período prolongado deixou os participantes vulneráveis a mudanças políticas que favorecem a quebra de continuidade e desistência. Dessa forma, não é possível garantir que muitas pessoas cheguem ao final do processo.

Mesmo tendo feito cursos anteriores, algumas pessoas não sabiam conceitos básicos, que precisaram ser retomados nos módulos de especialidades. Possivelmente os cursos eram breves e dessa forma, para aqueles que não conseguiam continuar, ficavam com conteúdo fragmentado, não sendo possível abordar assuntos que são importantes na área.

Outro fator que interferiu no processo foi a ocorrência de eleições municipais durante os cursos, que favoreceu uma maior participação de profissionais que trabalhavam nos equipamentos do Estado do que no Município. A mudança de gestão impacta nas parcerias já estabelecidas e gera demandas que requerem os profissionais no serviço, impedindo sua participação de forma contínua, curso após curso. Por outro lado, vários cursos aconteceram simultaneamente e alguns profissionais com demandas de participação em mais de um curso no módulo de especialidades foram prejudicados.

Em síntese, o quadro a seguir mostra as vantagens e desvantagens da estrutura modular:

VANTAGENS	DESvantagens
Oportunidade de avançar para conteúdos específicos.	Participantes ficam vulneráveis a mudanças políticas, que favorecem descontinuidade nos módulos.
Oportunidade de direcionar aprendizado para conteúdos úteis a sua demanda profissional.	Conteúdo pode ficar fragmentado, sendo necessário retomar conceitos básicos a cada módulo.
Permanência por mais tempo favorece: <ul style="list-style-type: none"> • Mudança da perspectiva pessoal. • Vínculo com colegas de curso, o que possibilita construção da rede. 	Impossibilidade de participar de módulos que ocorrem simultaneamente.

Mudanças necessárias à estrutura modular

A estrutura modular foi vantajosa, mas precisa de adaptações para reduzir desvantagens importantes.

Uma das principais mudanças seria estabelecer um curso de seis meses com várias etapas. O cursista teria respaldo de sua gestão para permanecer por mais tempo (no caso, seis meses), no entanto, participaria de partes do curso que fossem interessantes a sua demanda de trabalho. Assim, ele teria intervalos ao longo do curso, nos quais não precisaria se ausentar do trabalho e ao mesmo tempo teria sua continuidade aprovada para aprofundamento em especialidades. Isso minimizaria a chance de mudanças na gestão prejudicarem o acordo feito inicialmente para o aluno ser liberado a participar dos cursos, porque só haveria uma inscrição a fazer. Outra opção seria a de distanciar fim e início dos cursos para facilitar que mais profissionais participassem da sequência de cursos oferecidos.



*“Acho que não deveria também separar os módulos, porque os módulos estão juntos.”
(GF2 - Participante Módulo 3 do CRR).*

É importante estabelecer uma revisão de conceitos fundamentais no início de cada curso, mesmo que eles sejam sequenciais. Isso faz emergir conteúdos que talvez não sejam do conhecimento de todos e que precisam ser lembrados, além de enriquecer os processos reflexivos nas turmas.

Apesar de serem sequenciais e complementares, os cursos precisam ser autossuficientes, no sentido de apresentar conteúdos que deem a possibilidade de compreensão sobre as discussões propostas. Isso é essencialmente importante, pois nem todos os profissionais poderão participar de todos os cursos. É necessário, também, garantir que conceitos básicos sejam consolidados, repetidos em vários momentos, especialmente aqueles cuja literatura científica aponta uma disparidade com o senso comum, tendo em vista a resistência natural para assimilação de um ponto de vista contrário.

Sobre a parceria com órgãos governamentais para ingresso dos profissionais nos cursos, sugere-se que seja acordada a participação do profissional por seis meses no curso. Como os cursos modulares são de curta duração, quando um profissional termina um curso e tem planos de continuar um módulo mais específico, precisa de nova permissão para participar. No entanto, com mudanças frequentes no cenário político e da gestão dos serviços, nem sempre a continuação é possível. Dessa forma, faz-se necessária a permissão para se ausentar durante esse período mais estendido, desde que avaliada a real necessidade de participação desde o módulo básico.

É necessário estabelecer critérios para entrada dos participantes no curso, de forma a direcionar sua participação em módulos que serão adequados às suas necessidades. Entrevista seria o ideal para indicar quais etapas são adequadas ao conhecimento que o profissional já tem e que sejam interessantes às suas demandas profissionais.

Outros aspectos não relacionados à estrutura modular também contribuíram para o sucesso do CRR e para os bons resultados da estrutura adotada. A principal delas foi a horizontalidade entre professores e alunos e o formato dialógico do curso, ou seja, um formato de troca de experiências, em que o professor sai da figura de detentor do conhecimento e proporciona trocas entre os participantes. Isso ajudou os participantes a valorizarem seu próprio trabalho e a se cuidarem mais. Eles também se sentiram mais empoderados e autoconfiantes para reproduzir reflexões construídas no curso em seu ambiente de trabalho.



*“é falar de uma condição de mudança que vem de baixo para cima, que vem do próprio sujeito. [Com isso] ele muda a cena de representação social tanto de quem está sendo atendido quanto de quem está fazendo os atendimentos, uma via de mão dupla; é totalmente enriquecedor”
(GF1- Participante Módulo 3 do CRR).*

Considerações finais

A experiência de oferecer um curso modular não é o único componente que contribuiu para que o mesmo fosse vantajoso. É relevante considerar que as turmas eram multiprofissionais, as aulas tiveram dinâmica teórico-prática, foram baseadas em educação permanente e a relação professor-aluno foi horizontalizada. Da mesma forma, as desvantagens não são inerentes a uma estrutura modular apenas. As mudanças no cenário político também colaboraram para que a necessidade de longa permanência dos profissionais fosse prejudicial à proposta.

Os estudos de avaliação anteriores (CRR Primeira Edição) e as avaliações realizadas no final do curso (CRR Segunda Edição) foram essenciais para a equipe verificar que a estrutura modular foi uma proposta coerente. Mesmo assim, sugere-se que os acordos iniciais com os parceiros sejam firmados para favorecer maior liberação dos profissionais em módulos subsequentes. Também é necessário que cada módulo seja complementar ao outro e ao mesmo tempo autossuficiente. Além disso, precisa haver melhor maneira de seleção para direcionamento dos profissionais aos módulos realmente necessários a sua prática profissional. Tais mudanças são essenciais para futuras ofertas de cursos aos profissionais da Rede de Atenção Psicossocial.

Referência bibliográfica

MATTA, A. N. B.; LOCATELLI, D.; SILVA, E. A.; CONTRERAS, M. V.; BITTENCOURT, B.; NOTO, A. R. Processos formativos em álcool e outras drogas para trabalhadores da rede pública do município de São Paulo: a experiência do CRR-DIMESAD-UNIFESP. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del-Rei, v. 3, n. 11, p. 637-649, 2016.

O cuidar do cuidador: um olhar para os profissionais que trabalham com pessoas dependentes de substâncias e em situação de vulnerabilidade

Yone Gonçalves de Moura, Mayra Pires Alves Machado,
Ana Paula Leal Carneiro

Embora o uso de substâncias seja milenar e para diferentes funções, e estando presente em todas as épocas da humanidade, é preciso considerar as dificuldades relacionadas a esse uso e/ou abuso, principalmente nas culturas em que ele é proibido. O limite e as regras estabelecidas entre o que é lícito e ilícito em cada cultura, quando transgredidos por alguma pessoa na sociedade, acarretam um conflito não somente ao usuário e seus familiares, mas também aos profissionais que lidam com os que procuram e chegam aos serviços específicos de atendimento. Muito embora o Brasil tenha um sistema de saúde avaliado como um dos mais avançados por diversos outros países, ainda há muito o que avançar nas políticas internas e locais para efetivamente implantar esse sistema de forma integral em cada cidade do país. Essa lacuna entre legislação e implementação de fato também ocorre com a política sobre drogas para os usuários de substâncias e reflete diretamente no dia a dia de trabalho dos profissionais que, muitas vezes, não têm recursos para atender às necessidades básicas dos que chegam aos serviços, faltando por vezes, recursos materiais imprescindíveis para o atendimento ou suporte técnico de outros membros da equipe, ainda que a política de integração em saúde e da rede de atendimento exista no país (BRASIL, 2004, 2011).

Para os profissionais, a ausência constante de diversos recursos essenciais ao seu trabalho traz um desgaste físico e emocional com uma sensação de impotência na realização de suas tarefas, embora eles saibam que não são responsáveis senão pelos recursos que dependem exclusivamente deles, como sua responsabilidade ética e capacidade técnica no desenvolvimento de suas funções. Porém, vivenciar diariamente o estresse da não realização de procedimentos básicos ou o encaminhamento sem atendimento prestado para os casos que chegam ao seu serviço traz um desgaste que vai se tornando crônico e pode levar ao adoecimento desses profissionais.

Em meio a tantas divergências que permeiam o campo do uso de substâncias, há um grande consenso: o tratamento de pessoas com Transtorno por Uso de Substâncias (TUS) é um processo de intervenção com alta complexidade e muitas vezes percebido pelos profissionais atuantes na área como desafiador, estressante e difícil. Necessitando de uma equipe

multiprofissional, muitas vezes de diferentes serviços para atuarem com essa demanda, o processo de tratamento pode implicar sofrimento para o usuário e a família, e também para os profissionais envolvidos, que atuam de forma integrada, visando proporcionar atenção às variadas áreas da vida do sujeito, utilizando o conceito de clínica ampliada.

O TUS é considerado uma condição crônica, com altas taxas de recaída, variando de 40% a 60% (Mc LELLAN et al., 2000), e altas taxas de evasão no tratamento, principalmente no primeiro mês, variando de 44,3% a 56,8%, segundo dois estudos brasileiros (PEIXOTO et al., 2010; MONTEIRO et al., 2011). Esses aspectos podem contribuir para a crença de que o tratamento é ineficaz, somando-se a isso o fato de ser uma das condições mais estigmatizadas tanto pela população em geral quanto por profissionais da saúde, mesmo quando comparada com outros transtornos mentais (BOEKEL, 2015). Portanto, estabelecer critérios de sucesso de tratamento se apresenta como um desafio para as equipes de cuidado ao usuário de substâncias. Quais poderiam ser esses parâmetros para o sucesso? É o tempo que a pessoa permanece em abstinência? É a quantidade de recaídas? É o apoio familiar? É o quanto a pessoa está funcional em sua própria vida e o quanto resgatou seus vínculos? E por que é tão importante refletir sobre esses pontos ao abordar a saúde e bem-estar do profissional?

São diversas as razões que poderiam responder à última pergunta e não há um consenso quanto às questões anteriores, já que são vários aspectos biopsicossociais que impactam no uso, abuso e dependência de substâncias. O próprio modelo de atenção e cuidado em que o profissional está inserido já é um aspecto a que cabe reflexão, o modelo biomédico predomina na cultura de cuidado voltado ao TUS, enfocando somente a relação saúde-doença. Nesse modelo, aprendemos a estudar as patologias e sua expressão no corpo, e que a cura se dá ao acessar diretamente a doença. Além do mais, aprendemos um modelo hierarquizado, em que o profissional de saúde é o grande detentor do conhecimento a respeito do processo de doença e cura, tendo o usuário um papel mais passivo, assim como não englobando de forma ativa a atuação dos profissionais de outras áreas, como a assistência social, nesse aspecto de cuidado e atenção ao usuário de substâncias.

O próprio indivíduo em tratamento espera do profissional que ele compreenda o seu adoecer e que forneça essa cura, papel este muitas vezes assumido pelo profissional e que fragiliza o processo de cuidado. Mas, e quando a patologia em si é crônica, e o processo de adoecer envolve muito mais do que apenas o corpo? E, nesse sentido, o que motiva e reforça o profissional a continuar investindo sua energia e dedicação a esse indivíduo, quando não está claro quais são os indicadores de que ele está “reagindo ao tratamento”, e quando há um quadro com tantas recaídas e abandono de tratamento?

Como o indivíduo em processo de cuidado, o profissional também deve ser considerado um ser biopsicossocial, levando em consideração que ambos têm sua história de vida, um conjunto de crenças e valores, um organismo e uma estrutura psíquica estabelecida que interagem em um determinado contexto e são influenciados por tal. Sendo assim, a droga terá uma representação social para ambos dentro desse processo, considerando que esse aspecto é pouco abordado no currículo de formação dos profissionais, ou seja, o contato que eles têm com a temática durante sua formação profissional é bastante limitado, podendo haver inseguranças, medos e até visões errôneas acerca do cuidado com o usuário de substâncias. Outros aspectos sociais também, como a “Guerra às Drogas”, que permeiam as políticas públicas, a mídia e demais meios de comunicação, além de experiências pessoais com a temática (por exemplo: parentes, amigos com problemas ligados ao uso de substâncias), também podem impactar no trabalho, visão e saúde desses profissionais.

De forma complementar, observa-se que esses profissionais estão em constante contato com o sofrimento, a perda e a morte do outro. A morte é um dos principais temas da angústia humana, estudada por quase todas as áreas do conhecimento, e na sua busca incessante de adiá-la há a criação dos locais de morte, surgindo os hospitais. E nesses locais também está o profissional que precisa lidar todos os dias não só com a doença, mas com a morte que ocorre mesmo diante das mais desenvolvidas tecnologias do mundo atual (LAGO; CODO, 2010). O aspecto da institucionalização dos usuários de substâncias durante muito tempo, focando no cuidado centrado no hospital para o tratamento de TUS, onde se encontravam os indesejados pela sociedade, aqueles que não correspondiam ao esperado naquele contexto cultural específico, trouxe também grandes consequências para esse cuidado e para o profissional submetido a esse sistema. Essa fase da história no campo do álcool e outras drogas coloca o profissional dessa área num processo histórico que tem reflexos nos dias atuais, mantendo as construções manicomialis onde se tem a impossibilidade de a pessoa sair, com seus altos muros e grades. Esse processo todo está registrado em livros, artigos e diversas outras formas de memória desse período histórico (ARBEX, 2013; NOTO, 2002).

Muitos usuários de álcool e outras drogas são mantidos nesses locais de invisibilidade como não desejáveis, fundamentando uma justificativa de tratamento aos TUS pela necessidade de manter o local para “tratar” daquele que não se adequa às normas vigentes. Contudo, por meio de profissionais preocupados com essa situação, juntamente com a sociedade civil, apontou-se a necessidade de reformas, não apenas física, mas também para além do tratamento, discutindo, propondo, fazendo movimentos, exercendo o papel do controle social pela busca de melhorias para a população de forma geral. Foram estabelecidas mudanças nessa área, sendo implementadas mudanças importantes para os que fazem uso ou abuso de substâncias, e que contaram com a participação de familiares, usuários e profissionais que lidam diariamente com o tema.

Com o avançar dessas mudanças sociais e científicas, assim como da melhor compreensão acerca do fenômeno estabelecido pelos TUS, ampliou-se a noção de cuidado, não mais tendo foco apenas na abstinência e na droga em si, mas principalmente na funcionalidade do indivíduo e em sua reinserção social em diferentes esferas. Termos como Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), Plano Terapêutico Singular, Matriciamento, Clínica Ampliada e Diagnóstico Situacional vão aos poucos ganhando força e oferecendo um atendimento e cuidado integrado e integral aos usuários. Contudo, com isso surgem novos desafios: Como integrar a equipe de atenção? Como integrar essa equipe com o usuário do serviço? Como favorecer a comunicação entre esses diferentes atores, uma vez que cada um é um ser biopsicossocial, com suas peculiaridades e ideologias?

Uma dessas principais mudanças atuais, vinculadas à nova proposta de cuidado na área da saúde, foi a implementação do trabalho em rede (BRASIL, 2011), que propiciaria esse cuidado citado acima. Mas por que então os profissionais que atualmente estão nesses serviços apresentam tantas dificuldades no exercício de suas funções? Por que tantos profissionais afastados por desgastes físicos e emocionais? E a resposta que se ouve dos profissionais é que essa rede não funciona, não se articula. Esse profissional muitas vezes não tem como dar o atendimento necessário para o caso que está na sua frente, muito menos tem para onde encaminhar, quando necessário.

Essa impotência do profissional diante do indivíduo que busca o serviço que se vê diante de uma limitação intransponível no seu dia a dia, e ouvindo esse relato aflito do ser humano a sua frente, desperta no profissional a empatia pelo outro. Ele é afetado pelo outro, sente o que o outro está sentindo e, com isso, é impulsionado a um desejo de ajudar, de socorrer a outra pessoa. O profissional se coloca no lugar desse indivíduo, há uma comunicação entre quem cuida e quem é cuidado, que permeia o verbal e o não-verbal.

Somam-se a isso questões de ordem prática, tais como número de profissionais versus as demandas a serem atendidas, indicadores e metas que devem ser alcançados, burocracias das mais diversas, precariedade dos serviços, interesses políticos, recursos mínimos necessários, dentre outros aspectos. Profissionais que atuam na atenção às pessoas com TUS estão constantemente expostos a uma série de situações estressoras que são próprias da relação terapeuta-paciente e da relação terapeuta-instituição, que podem gerar as mais diversas emoções e diminuir a satisfação com o trabalho. Dentre os aspectos peculiares à relação terapeuta-paciente estão: a necessidade de curar o outro, sensação de frustração ou falha quando há uma piora no quadro ou recaída, principalmente quando o indicador de sucesso é a abstinência, sensação de impotência, dúvidas em relação às intervenções que devem ser realizadas (KUMAR, 2016; PRIEBE, 2005) ou sobre formas de acessar o paciente, transferência e contratransferência, contato com pacientes violentos e, em alguns casos, ameaças ou outras situações de violência provocadas por pacientes e

familiares. Já em relação aos fatores estressores próprios da relação terapeuta-instituição há: burocracias e atividades administrativas, ambiente insalubre, limitação de recursos e de equipe, cargas horárias intensas, falta de segurança, baixos salários, gestão ou interesses políticos e a relação interpessoal com demais membros da equipe (KUMAR, 2016; PRIEBE, 2005).

A exposição crônica aos fatores estressantes que surgem tanto na relação terapeuta-paciente quanto na relação terapeuta-instituição pode levar a prejuízos na saúde mental do profissional, tais como *burnout* e fadiga por compaixão, entre outras condições, como ansiedade, depressão, distúrbios do sono, uso de substâncias etc. (KUMAR, 2016). Algumas pesquisas indicam que os profissionais que trabalham com saúde mental são o grupo de maior risco para desenvolvimento de *burnout* e fadiga por compaixão, principalmente quando trabalham no âmbito comunitário, embora variem de acordo com a categoria profissional e o contexto de tratamento (PRIEBE, 2005).

Burnout e fadiga por compaixão impactam também no cuidado que é oferecido aos indivíduos que buscam atendimento, estando associados com despersonalização e baixa assistência ao paciente, baixa produtividade, apatia, dificuldade de planejar ações terapêuticas, aumento de absenteísmo e de taxas de rotatividade (EL-BAR, 2013; HUNSAKER, 2015; ROSSI, 2012). Atitudes negativas dos profissionais também podem aumentar a taxa de abandono dos pacientes ao tratamento ou mesmo recaídas (BOEKEL, 2014). Além desses aspectos, outros estudos apontam que médicos que têm *burnout* possuem maior risco de tomar decisões piores, apresentam atitudes negativas em relação aos pacientes, cometem mais erros médicos e possuem dificuldade de se relacionar com seus colegas de trabalho (KUMAR, 2016).

A taxa de rotatividade profissional também é uma questão importante a ser debatida, pois impacta tanto no tratamento e evolução dos pacientes¹ quanto na própria instituição e seus profissionais (necessitando de readequação das atividades, novos recrutamentos e treinamentos, aumento de custo, redução da eficiência organizacional, além de estar associada à menor disposição de ânimo e exaustão emocional dos profissionais, favorecendo atitudes mais negativas e aumentando o estresse entre os profissionais que permaneceram, devido ao aumento da carga de trabalho). Nos Estados Unidos, estudos apontam que há rotatividade de cerca de 33% dos profissionais em um ano, sendo que não foram encontrados dados brasileiros acerca dessa questão. Dentre as principais razões para a rotatividade voluntária está um novo emprego ou oportunidade, insatisfação com o trabalho, melhores salários, circunstâncias familiares, saúde pessoal ou aposentadoria (EBY, 2010).

1 A permanência do paciente no tratamento é maior quando é atendido pelo mesmo profissional e ele responde melhor ao tratamento quando tem continuidade no serviço oferecido. Ademais, vínculos terapêuticos fortes entre terapeuta e paciente estão associados a maior participação do paciente no tratamento, mais dias de abstinência e menor consumo de álcool (EBY, 2010).

Satisfação por compaixão, fadiga por compaixão e *burnout*

Esse contato diário com o sofrimento humano é cada vez mais constante e intenso diante da realidade atual cercada por tantos fenômenos de desastres naturais, países em guerra, terrorismo, uma enorme injustiça social e uma distribuição de renda muito desigual. O profissional, além de vivenciar essa realidade comum a todos, tem como seu trabalho o atendimento a uma população já excluída dos mais básicos direitos, que faz uso de substâncias e, portanto, pessoas à margem da sociedade, invisíveis e segregadas para não incomodar. Esses profissionais trabalham para diminuir os efeitos dessas situações de violência geral; sendo eles mesmos também vítimas da mesma situação de desamparo, as situações de injustiça tornam-se familiares no atendimento às necessidades emocionais desses excluídos. Esse cuidado diário do outro coloca em risco a saúde do trabalhador, que é um cuidador, aquele que se importa com quem atende e ajuda, o que implica algumas vezes em reviver momentos de sofrimento pessoal, aumentando a chance de estar constantemente sob estresse elevado.

Para compreender e cuidar igualmente desses trabalhadores, no início dos anos setenta, estudos apontaram que esse estado de exaustão emocional por profissionais com ocupações relativas a prestação de serviços de auxílio para pessoas com necessidades, como profissionais da área da saúde, após algum tempo apresentava sintomas físicos, psíquicos e comportamentais em relação ao trabalho, denominado síndrome de *burnout*, que afeta a dinâmica de trabalho dos cuidadores que lidam com algum tipo de clientela específica, com qualquer atividade ligada a prestação de algum serviço para outrem (LAGO, CODO, 2010).

Os autores observaram que em algumas profissões ligadas à área da saúde, como enfermagem, que exerciam um tipo de cuidado especial incluindo o socorro, que se experienciava o mesmo sofrimento dos que eram tratados, passando a vivenciar o trauma do outro, a partir da observação e vivência constante da situação. Esses profissionais, pela característica de seu trabalho, formavam um vínculo empático com os atendidos por eles. Os estudos apontaram que, observando as consequências comportamentais e emocionais resultantes de determinado acontecimento ou evento traumático ocorrido com o paciente, o profissional vivenciava também a experiência desse trauma. Dessa forma, era exposto a um estado de exaustão biológica, psicológica e social, resultante de uma exposição prolongada ao estresse pelo sentimento de compaixão pelo outro. Esse estado de exaustão foi denominado fadiga da compaixão (LAGO; CODO, 2010).

Para dar conta da precariedade que o serviço público apresenta, o profissional se envolve excessivamente com os atendidos por ele, procurando suprir a lacuna deixada pela au-

sência de recursos importantes para o tratamento de quem procura o serviço, havendo por parte do paciente uma vinculação não ao serviço, mas sim ao profissional. Este, por sua vez, acaba muitas vezes, sem perceber, trazendo para si responsabilidades que teriam de ser supridas pelo serviço e vivencia, assim, a chamada “síndrome do salvador”, esquecendo que ele também é sujeito biopsicossocial, com dificuldades, sofrimentos e que também precisa ser cuidado e se cuidar. O profissional geralmente passa a ter um discurso queixoso, de vitimização, ficando como que paralisado, sem condições de buscar ajuda, sem refletir se suas ações para com o outro são genuínas ou se ele simplesmente está cumprindo uma exigência do serviço, ou apenas realizando uma obrigação. Inclusive, pesquisas avaliando serviços de saúde demonstram que, de forma geral, o sistema público de trabalho é precário e burocrático, o que muitas vezes é fonte de desconforto com constante estresse aos profissionais que trabalham por anos em uma mesma função e com falta de recursos (RONZANI; FURTADO, 2010) e, com o tempo, precisam também ser cuidados.

Embora inicialmente o termo Fadiga por Compaixão fosse descrito como uma forma de *burnout*, hoje eles são vistos como conceitos distintos, mas relacionados, pois possuem similaridades (EL-BAR, 2013), tais como provocar sentimentos de inutilidade, solidão, ansiedade e depressão (CONRAD, 2006). Além do mais, fadiga por compaixão pode levar a *burnout* (CONRAD, 2006). Foi encontrada uma associação entre os tipos de *burnout* com componentes específicos de autocompaixão, tais como autojulgamento, isolamento e superidentificação (MONTERO-MARIN, 2016). Dados de diferentes países, incluindo o Brasil, apontam para alta prevalência de fadiga por compaixão e *burnout* nos profissionais da saúde:

- **Fadiga por Compaixão:** a prevalência variou de 21,6% a 49,9%, podendo chegar a quase metade da equipe de saúde, em alguns casos (CONRAD, 2006; HUNSAKER, 2015; BARBOSA, 2014);
- **Burnout:** a prevalência variou de 23,7% a 46,1% (EL-BAR 2013; HUNSAKER, 2015).

A satisfação por compaixão pode ser considerada uma sensação de prazer oriunda do cuidado às outras pessoas, bem como o grau de suporte recebido por colegas (EL-BAR, 2013). Envolve abertura e conexão com o sofrimento do outro, bem como desejo de aliviar esse sofrimento por meio de expressão de sentimentos de bondade, paciência, compreensão e atitude de não julgamento (LAGO; CODO, 2010). Pesquisas indicam que a satisfação por compaixão está inversamente associada à fadiga por compaixão e principalmente a *burnout*, ou seja, quanto maior a satisfação por compaixão, menor o risco de desenvolver esses quadros, funcionando como um contraponto, embora os mecanismos para tal ainda não estejam claros (SLOCUM-GORI, 2013).

Já a fadiga por compaixão pode ser considerada como a exaustão física e emocional que profissionais que oferecem assistência e cuidado podem desenvolver ao longo do tempo (EL-BAR, 2013). É um estado de desregulação biológica, psicológica e social em decorrência da exposição aos estressores próprios da atividade de cuidado no campo profissional. Tem como aspectos centrais a empatia, preocupação e afiliação pela pessoa que está sendo cuidada, associada ao desejo de aliviar a dor e sofrimento dessa pessoa (CRUZ, 2014).

O *burnout* é considerado uma exaustão física, mental e emocional em decorrência da exposição prolongada às situações que são emocionalmente desgastantes (EL-BAR, 2013). Pessoas que desenvolvem *burnout* apresentam perda gradual de energia e entusiasmo. Ela é tradicionalmente definida em três dimensões:

1. Exaustão emocional (não poder oferecer mais de si mesmo no trabalho, sensação de que os fatores estressores a que estão expostos são maiores do que sua própria capacidade);
2. Cinismo ou despersonalização (reação negativa, indiferente ou bastante distanciada do profissional diante de diferentes situações relacionadas ao trabalho, podendo incluir tanto os pacientes quanto os colegas; com o passar do tempo, os profissionais passam a fazer estritamente o que é necessário para permanecer no trabalho, não mais doando o melhor de si);
3. Ineficácia ou diminuição da realização pessoal (sensação de incompetência, falta de realização e de produtividade no trabalho) (MONTEIRO-MARIN, 2016; SOUSA, 2009).

Tanto o *burnout* quanto a fadiga por compaixão podem impactar e muito no trabalho do profissional que lida diretamente com uma série de problemas e adversidades na sua atuação diária. Contudo, damos um enfoque especial ao aspecto dos profissionais que atuam nas áreas de cuidado e assistência ou atenção à saúde e que podem desenvolver a fadiga por compaixão. Levando em consideração que essa é uma área complexa, temos alguns fatores de risco e proteção que impactam no desenvolvimento da fadiga por compaixão nesses profissionais. Dentre os fatores de risco estão (EL-BAR, 2013; ROSSI, 2012; CRUZ, 2014):

- Cuidado de pessoas que sofreram eventos traumáticos;
- História pessoal de eventos traumáticos;
- Possuir relações mais amplas com o paciente;
- Falta de sistemas de suporte;
- Falta de experiência profissional;
- Desequilíbrio entre vida pessoal e profissional;
- Ausência de autoconsciência.

Por outro lado, dentro dos fatores de proteção incluem-se (CRUZ, 2014; EL-BAR 2013; ROSSI, 2012):

- Suporte social adequado;
- Desenvolvimento pessoal e ocupacional;
- Autoconsciência;
- Maior tempo de serviço;
- Nível de satisfação profissional;
- Capacidade de distanciamento do evento traumático.

Profissionais que trabalham com situações de vulnerabilidade e população de rua envolvendo o uso problemático de substâncias

A preocupação com a população em situação de rua não é recente. A presença de pessoas com extrema pobreza, que utilizam as ruas, praças e outros lugares públicos como locais de moradia, vivenciando em seu cotidiano inúmeras formas de privação, é uma realidade cada vez maior nos grandes centros urbanos. Historicamente, muitos estudos têm sido realizados em busca de uma melhor qualidade de vida aos chamados menos favorecidos, como foram denominados durante muitos anos. Essas pessoas apresentam trajetórias de constante vulnerabilidade e histórias com privação de seus direitos mais básicos (REUTTER et al., 2009). Entre esses, há constantes perdas nas diversas áreas da vida: social, econômica, física, afetiva e mental, sendo a principal característica dessa população a falta de moradia. Esse contexto social de extrema vulnerabilidade no qual as pessoas vivem é fruto da ausência do respeito aos direitos humanos, e desencadeia uma cascata de situações vulneráveis para essas pessoas, tanto físicas quanto emocionais, levando o indivíduo a uma dificuldade de viver de uma forma melhor e saudável (MOTA; RONZANI; MOURA, 2014).

Para entendermos a realidade e necessidade dessa população, há que considerar o trabalho dos profissionais que atuam no cuidado da pessoa em situação de rua e convivem diariamente no seu trabalho com o sofrimento humano, no que há de mais básico, como a ausência dos direitos primários, acarretando a esses profissionais sofrimento e muitas vezes um sentimento de impotência diante da situação. É primordial a identificação dessas dificuldades, demandas e as inúmeras barreiras encontradas para exercerem as atividades

por eles vivenciadas nos diferentes campos de atuação e na prática diária, para contribuir efetivamente para sua atuação, pensando nas dificuldades e no estresse diário a que estão submetidos esses profissionais. E, embora presente em todas as capitais do país, não há uma metodologia ainda que apresente o real tamanho da população em situação de rua. Mas, de acordo com um levantamento do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), realizado em 2008, existem em quarenta e oito municípios, com mais de trezentos mil habitantes, e em vinte e três capitais que somam quase trinta e duas mil pessoas em situação de rua (BRASIL, 2008).

Para essa população com uso de substâncias, há que considerar ainda o estigma, tanto o estigma que os próprios moradores de rua se atribuem pela constante discriminação que sofrem de forma geral (SILVEIRA; RONZANI, 2011), quanto o estigma atribuído aos mesmos por alguns profissionais (RONZANI; FURTADO, 2010). Dessa forma, no trabalho com essa população, os profissionais encontram uma complexidade ainda maior para o exercício de suas funções, trabalhando com pessoas praticamente inexistentes, invisíveis para a sociedade.

Portanto, não basta identificar a população de rua que faz uso de drogas, o que atualmente é um fenômeno globalizado, mas é essencial compreender os fatores já descritos que levam o indivíduo para a rua e o colocam numa situação de exclusão social e em uma condição de vulnerabilidade e precariedade extremas, sendo chamados de “descartáveis urbanos” (VARANDA; ADORNO, 2004). Essa exclusão é uma violação dos direitos essenciais à vida, preconizados na Constituição Federal de 1988. E é com essa realidade que o profissional que trabalha nos serviços que atendem as políticas voltadas pra essa população está em contato diariamente, tendo historicamente acesso limitado aos serviços de saúde (PAIVA et al., 2014).

No Brasil, em 2009, com o Decreto nº 7.053, que institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua, o profissional que trabalha nessa área passou a ter como proposta a integração de vários segmentos governamentais, gestores locais, sociedade civil e representantes da própria população em situação de rua, para atendê-los de maneira integrada e integral. Com o início do trabalho dos Consultórios na Rua, que coloca o profissional no local onde se encontra o morador de rua com o objetivo de ampliar seu acesso aos serviços de saúde, há a inserção desse profissional como principal agente de respostas a toda sorte de exclusão a que estão expostas essas pessoas. Vivenciar essa situação diariamente traz para o profissional um sentimento de impotência e um estresse crônico a sua vida. Diante dessa realidade, estudos têm sido realizados para avaliar o porquê do crescimento do esgotamento desses profissionais e da área da saúde de forma geral (MENDES, 2010; SILVA et al., 2014).

Portanto, mostra-se essencial a necessidade de avaliação das políticas públicas voltadas para essa população, mas que considere a experiência desses profissionais envolvidos nesse trabalho desgastante, possibilitando diminuir a distância entre a teoria e a prática. Para isso, vários estudos têm apontado as dificuldades inerentes a esse complexo contexto, indicando a experiência diária desses profissionais que têm informações fidedignas sobre a realidade da rua, possibilitando subsídios para a elaboração de programas de prevenção tanto para atendimento à população de rua, como para a capacitação e educação permanente voltada aos profissionais que atendem essas demandas (MOURA; NOTO, 2010; MENDES, 2010; SILVEIRA; RONZANI, 2011; SILVA et al., 2014).

O maior desafio é cuidar do cuidador: pensando em estratégias

A importância e necessidade de pensar em intervenções inovadoras e cuidado voltado para o profissional, como prevenção para sua saúde física e mental, ficam evidenciadas no contato com o referido profissional. Apesar das dificuldades inerentes da atuação com usuários de substâncias, os profissionais envolvidos nesse trabalho devem ter a possibilidade de conhecer as experiências positivas e reais com potencialidade de desenvolvimento e execução de projetos que beneficiem essa população, sentindo-se valorizados em seu próprio trabalho, acreditando nas possibilidades promissoras, assim como em uma efetivação da sua atuação, mesmo que esta não busque a resolutividade de problemas e questões inerentes ao cuidado e tratamento de usuários de substâncias e pessoas em vulnerabilidade.

O profissional deve ter conhecimento de suas potencialidades e limitações da sua profissão e de suas próprias como profissional, sendo pontos importantes o apoio de toda equipe e, principalmente, da gestão dos serviços, que deve possibilitar uma formação e recursos de trabalho para sua equipe. Utilizando-se de um gerenciamento horizontalizado que permita uma coconstrução de saber e práticas diárias, além de levar a valorização do trabalho e participação ativa de cada integrante da equipe.

Tendo claro que a área de álcool e outras drogas ainda faz parte de um modelo biomédico, centrado em diagnósticos, permeada por estigmas que rotulam a pessoa que busca tratamento, dificultando sua adesão e permanência nos serviços, é importante ao profissional a busca do seu desenvolvimento contínuo através da formação profissional dentro da Educação Permanente em Saúde, buscando a transformação das suas práticas cotidianas com a valorização do seu saber prático como fonte de conhecimento (BRASIL, 2004), agregando e empoderando esse profissional em sua prática.

A relevância do trabalho em equipe, evidenciada pela experiência prática, valorizando o indivíduo cuidado muito além do uso da substância, demonstrando a importância em fortalecer sua rede social, permite ao profissional se beneficiar, por não sobrecarregar sua prática, tentando ser o único e possível salvador. O profissional deve constantemente reavaliar suas crenças e valores, lembrando-se de questionar: O que estou fazendo por mim? Como eu cuido da minha vida? Como é a minha alimentação? Tenho tempo e espaço para o lazer, atividade física, o contato com a minha família? Eu conheço a mim mesmo? Como estabeleço limites na minha prática profissional? Como lido com as fragilidades da rede e do serviço? Quão impactante se faz para mim a falta de recursos no serviço em que atuo? Como eu lido com o estresse diário?

Reduzindo os riscos de desenvolver *burnout* ou fadiga por compaixão

Algumas estratégias podem ser apontadas e devem ser realizadas em três diferentes níveis, reforçando a importância de promover ações em todos esses níveis, mesmo que pesquisas sugiram que, isoladamente, essas ações possuem pouca efetividade:

Alteração da estrutura organizacional e de processos de trabalho, tais como diminuição da exposição de riscos ocupacionais, melhora da segurança, ambiente amigável, melhora da comunicação na equipe, dentre outros.

Promoção de melhor adequação e adaptação do profissional ao ambiente de trabalho, por meio de programas que favoreçam o desenvolvimento profissional do mesmo. Por exemplo, podem ser realizadas ações que ampliem o engajamento do profissional com o trabalho, participação na tomada de decisões etc.

Ações em nível individual que reduzam o estresse e sintomas de saúde precária, tais como promoção de comportamentos saudáveis e desenvolvimento de estratégias efetivas de enfrentamento. Ações para promoção da resiliência e empatia são bastante sugeridas para prevenção de *burnout*.

Supervisões clínicas também são comprovadamente um fator protetivo para a rotatividade profissional no campo do tratamento da dependência de substâncias, promovendo assim maior bem-estar. Ter a percepção de que a supervisão clínica realizada é de qualidade está fortemente associada com a percepção de autonomia no trabalho e justiça (KNUDSEN, 2008).

Programas de manejo de estresse com duração mais longa, orientações quanto ao equilíbrio entre vida profissional e pessoal e demais estratégias, como terapia cognitivo-com-

portamental, atividade física, música e relaxamento, também se mostraram efetivas para reduzir estresse entre profissionais (RUOTSALAINEN, 2015). Um outro grupo de intervenções promissoras para reduzir *burnout* e fadiga por compaixão são as intervenções baseadas em *Mindfulness*, que diz respeito às práticas meditativas e exercícios psicoeducacionais que contribuem para prestar atenção no momento presente de maneira intencional, com maior abertura e sem julgamentos, além de se desengajar de pensamentos negativos e emoções difíceis. Diferentes estudos, inclusive um brasileiro, conduzido com enfermeiras que trabalhavam em um hospital, apontam para maior percepção de estresse e *burnout*, melhora de sintomas de depressão e ansiedade e aumento de qualidade de vida, aperfeiçoando as habilidades clínicas e a satisfação com o trabalho (SANTOS et al., 2016; TROWBRIDGE, 2016).

Referências bibliográficas

ARBEX, D. **Holocausto brasileiro**- Vida, Genocídio e 60 Mil Mortes no Maior Hospício do Brasil. Ed. Geração Editorial, 2013.

BARBOSA, S. C.; SOUZA, S., MOREIRA, J. S. A fadiga por compaixão como ameaça à qualidade de vida profissional em prestadores de serviços hospitalares. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, v. 3, n. 14, p. 315-323, 2014.

BOEKEL, L. C.; BROUWERS, E. P.; VAN WEEGHEL, J., GARRETSEN, H. F. Healthcare professionals' regard towards working with patients with substance use disorders: comparison of primary care, general psychiatry and specialist addiction services. **Drug Alcohol Depend**, n. 134, p. 92-98, 2014.

BOEKEL, L. C.; BROUWERS, E. P.; VAN WEEGHEL, J., GARRETSEN, H. F. Comparing stigmatising attitudes towards people with substance use disorders between the general public, GPs, mental health and addiction specialists and clients. **Int. J. Soc. Psychiatry**, v. 6, n. 61, p. 539-549, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Política Nacional de Promoção de Saúde**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. MDS. **Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua, 2007 – 2008**.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.053/2009**. Institui Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento e dá outras providências.

BRASIL. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial no SUS – RAPS (Republicada em 31 dez 2011). Diário Oficial da União, Brasília-DF, 2011.

CONRAD, D., KELLAR-GUENTHER, Y. Compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among Colorado child protection workers. **Child Abuse Negl**, v. 10, n. 30, p. 1071-1080, 2006.

CRUZ, B. S. P. **Burnout e Fadiga por Compaixão em Enfermeiros Portugueses**. Universidade de Coimbra, 2014.

EBY, L. T.; BURK, H., MAHER, C. P. How serious of a problem is staff turnover in substance abuse treatment? A longitudinal study of actual turnover. **J. Subst. Abuse Treat**, v. 3, n. 39, p. 264-271, 2010.

EL-BAR, N.; LEVY, A.; WALD, H. S., BIDERMAN, A. Compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction among family physicians in the Negev area- a cross-sectional study. **Isr. J. Health Policy Res.**, v. 1, n. 2, p. 31, 2013.

HUNSAKER, S.; CHEN, H. C.; MAUGHAN, D., HEASTON, S. Factors that influence the development of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in emergency department nurses. **J. Nurs. Scholarsh**; v. 2, n. 47, p. 186-194, 2015.

KNUDSEN, H. K.; DUCHARME, L. J., ROMAN, P. M. Clinical supervision, emotional exhaustion, and turnover intention: a study of substance abuse treatment counselors in the Clinical Trials Network of the National Institute on Drug Abuse. **J. Subst. Abuse Treat**; v. 4, n. 35, p. 387-395, 2008.

KUMAR, S. Burnout and Doctors: Prevalence, Prevention and Intervention. **Healthcare (Basel)**, v. 3, n. 4, 2016.

LAGO, K.; CODO, W. **Fadiga por Compaixão**. O sofrimento dos profissionais em saúde. Ed. Vozes, 2010.

MCLELLAN, A. T.; LEWIS, D. C.; O'BRIEN, C. P., KLEBER, H. D. Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. **JAMA**, v. 13, n. 284, p. 1689-1695, 2000.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 15, p. 2297-2305, 2010.

MONTEIRO, C. ALBUQUERQUE, FÉ, L. SILVA, M., MOREIRA, M., PASSAMANI, M. (2011). "Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS-ad do Piauí." *Esc. Anna Nery* 15(1): 90-95.

MONTERO-MARIN, J.; ZUBIAGA, F.; CERECEDA, M.; PIVA DEMARZO, M. M.; TRENC, P., GARCIA-CAMPAYO, J. Burnout Subtypes and Absence of Self-Compassion in Primary Healthcare Professionals: A Cross-Sectional Study. **PLoS One**, v. 6, n. 11, 2016.

MOTA, D. C. B.; RONZANI, T. M., MOURA, Y. G. Tratamento e apoio às pessoas em situação de rua usuárias de drogas. In: **Direitos Fundamentais das Pessoas em Situação de Rua**. Belo Horizonte: D'Plácido, 2014, v.1, p. 489-505.

MOURA, Y. G., NOTO, A. R. Profissionais que Atendem Crianças e Adolescentes em Situação de Rua: Conquistas Alcançadas e Desafios Enfrentados. In: NEIVA-SILVA, L.; MORAIS, N. A.; KOLLER, S. H. (Orgs). **Endereço desconhecido: crianças e adolescentes em situação de rua**. Ed. Casa do Psicólogo, 2010, p. 421-433.

NOTO, A. R., MOURA, Y. G., NAPPO, S., GALDURÓZ, J.C.F., CARLINI, E.A. Internações por transtornos mentais e de comportamento decorrentes de substâncias psicoativas: um estudo epidemiológico nacional no período de 1988 a 1999. **J Bras Psiquiatr**, n. 51, p. 113-121, 2002.

PAIVA, F.S.; FERREIRA, M. L.; MARTINS, M. Z. F.; BARROS, S. L. C. F., RONZANI, T. M. A Percepção Profissional e Comunitária Sobre a Reinserção Social dos Usuários de Drogas. **Psicologia & Sociedade**; v. 3, n. 26, p. 696-706, 2014.

PEIXOTO, C.; PRADO, C. H. O.; RODRIGUES, C. P.; CHEDA, J. N. D.; MOTA, L. B. T.; VERAS, A. B. Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e Drogas (CAPS-ad). **J. Bras. Psiquiatr.** v. 4, n. 59, p. 317-321, 2010.

PRIEBE, S.; FAKHOURY, W. K.; HOFFMANN, K., POWELL, R. A. Morale and job perception of community mental health professionals in Berlin and London. **Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.** v. 3, n. 40, p. 223-232, 2005.

REUTTER, L. I.; STEWART, M. J.; VEENSTRA, G.; LOVE, R.; RAPHAEL, D., MAKWARIMBA, E. Who do they think we are, anyway? Perceptions of and responses to poverty stigma. **Qualitative Health Research**, n. 19, p. 297-311, 2009.

ROSSI, A.; CETRANO, G.; PERTILE, R.; RABBI, L.; DONISI, V.; GRIGOLETTI, L.; CURTOLO, C.; TANSELLA, M.; THORNICROFT, G., AMADDEO, F. Burnout, compassion fatigue, and compassion satisfaction among staff in community-based mental health services. **Psychiatry Res.** v. 2-3, n. 200, p. 933-938, 2012.

RONZANI, T. M., FURTADO, E. F. Estigma social sobre o uso de álcool. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 4, n. 59, p. 326-332, 2010.

RUOTSALAINEN, J. H., VERBEEK, J. H.; MARINE, A., SERRA, C. Preventing occupational stress in healthcare workers. **Cochrane Database Syst. Rev.** (4): CD002892, 2015.

SANTOS, T. M., KOZASA, E. H.; CARMAGNANI, I. S.; TANAKA, L. H.; LACERDA, S. S., NOGUEIRA-MARTINS, L. A. Positive Effects of a Stress Reduction Program Based on Mindfulness Meditation in Brazilian Nursing Professionals: Qualitative and Quantitative Evaluation. **Explore (NY)**, v. 2, n. 12, p. 90-99, 2016.

SILVA, F. P.; FRAZÃO, I. S. LINHARES, F. M. P. Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua. **Cad. Saúde Pública**, v. 4, n. 30, p. 805-814, 2014.

SILVEIRA, P. S., RONZANI, T. M. Estigma social e saúde mental: quais as implicações e importância do profissional de saúde? **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, v. 28, p. 51-58, 2011.

SLOCUM-GORI, S.; HEMSWORTH, D.; CHAN, W. W.; CARSON, A., KAZANJIAN, A. Understanding Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue and Burnout: a survey of the hospice palliative care workforce. **Palliat. Med.** v. 2, n. 27, p. 172-178, 2013.

SOUSA, I. F., MENDONÇA, H. Burnout em Professores Universitários: Impacto de Percepções de Justiça e Comprometimento Afetivo. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 4, n. 25, p. 499-508, 2009.

TROWBRIDGE, K., MISCHÉ LAWSON, L. Mindfulness-based interventions with social workers and the potential for enhanced patient-centered care: A systematic review of the literature. **Soc Work Health Care**, v. 2, n. 55, p. 101-124, 2016.

VARANDA, W., ADORNO, R. C. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 1, n. 13, p. 23-45, 2004.

EIXO III

**Colocando a
mão na massa:
para muito além
das abordagens
conteudistas**

Metodologias ativas: as experiências do CRR-DIMESAD-UNIFESP

André Bedendo de Souza, Ana Regina Noto, Emérita Sátiro Opaleye,
Danilo Polverini Locatelli, Tatiana de Castro Amato, Elaine Lucas dos Santos,
Ana Paula Leal Carneiro, José Carlos Fernandes Galduróz,
Maria Carolina Botéquio de Moraes, Mayra Pires Alves Machado,
Yone Gonçalves de Moura

Introdução

O ensino tradicional valoriza a transmissão do conhecimento por meio da informação e dentro de uma estrutura hierárquica. Dentro dessa visão, o professor assume o papel de uma pessoa detentora do conhecimento a ser transmitido, predominantemente, por meio de aulas expositivas. Cabe aos alunos prestar atenção e assimilar as informações fornecidas. Embora esse modelo de ensino ainda predomine na atualidade, muitas críticas são levantadas em relação a sua real eficiência e adequação (ANASTASIOU; ALVES, 2015).

Entre as principais críticas estão evidências de que a assimilação de conhecimento é favorecida quando ocorre em consonância com a rede de significados dos aprendizes. O aprendizado demanda tempo de elaboração e assimilação, para que os novos conteúdos sejam integrados aos esquemas mentais precedentes. Dentro dessa lógica, o aluno não pode ser visto como um elemento passivo, mas sim como uma pessoa que carrega consigo uma bagagem de conhecimento prévio, que deve ser articulada com os novos conhecimentos. A autonomia do sujeito e a lógica horizontal do ensino passam a ser valorizadas dentro dessa nova visão da educação (FREIRE, 1996). Esses novos valores são especialmente importantes para a capacitação de profissionais na área de álcool e outras drogas. Esses profissionais apresentam uma bagagem de experiência prática que não pode ser desconsiderada durante o processo de capacitação. Ao contrário, as aulas devem ser vistas como momentos de encontro de saberes; como espaços de tempo em que os conhecimentos teóricos e acadêmicos se misturam e multiplicam com os conhecimentos da prática profissional, em processos de construção coletiva.

Com o avanço da internet e das novas formas de interação em ambiente virtual, o acesso à informação foi ampliado. Porém, o processo de ensino não acompanhou essas mudanças na mesma proporção. Considerável parcela do ensino ainda ocorre em modelo tradicional. Tornam-se necessários novos modelos de formação que valorizem mais a habilidade reflexiva e o pensamento crítico diante das diferentes fontes e tipos de informações disponíveis.

A carga emocional também deve ser considerada como um elemento facilitador do aprendizado (ANASTASIOU; ALVES, 2015). Aulas que trabalham não apenas com os significados, mas também com as emoções eventualmente correlacionadas, tendem a facilitar o processo de assimilação. Nessa perspectiva, elementos lúdicos são valorizados. Jogos, brincadeiras e outras formas de interação que evocam emoções favorecem o aprendizado e, por outro lado, são mais bem aceitas pela maioria dos alunos. Além disso, vale salientar a carga de julgamento moral atribuído aos usuários de drogas, bem como os sentimentos de impotência e desesperança frequentemente relatados pelos profissionais que atuam nessa área. Estes são considerados importantes obstáculos no cuidado à população. Porém, tais aspectos não são acessados por meio de aulas expositivas, demandando, assim, formas alternativas de interação entre as pessoas que estão em processo de formação nessa área.

Considerando a importância da valorização da autonomia e da bagagem de conhecimentos dos profissionais cursistas do CRR, a necessidade de novas formas de ensino, bem como a relevância de atividades lúdicas e interativas para sua formação, este capítulo tem por objetivo apresentar uma série de atividades de interação desenvolvidas pelos coordenadores dos cursos do CRR-DIMESAD-UNIFESP ao longo de sua Segunda Edição. Os cursos ocorreram em diferentes módulos temáticos e, para cada módulo, seus respectivos coordenadores tiveram a liberdade de propor atividades interativas que eles considerassem como facilitadoras de aprendizagem do tema. As atividades apresentadas a seguir estão dispostas de acordo com os módulos para os quais foram planejadas, implementadas e avaliadas. Os processos de desenvolvimento e de avaliação das atividades não seguiram rigor metodológico científico, tratando-se apenas de relatos de experiências a serem compartilhadas.

a). Módulo de contextos de uso e dependência de drogas

Coordenadores: Emérita Sátiro Opaleye, Danilo Polverini Locatelli

Contextualização

O módulo de Contextos foi pensado com o objetivo de ampliar o conhecimento e habilidade reflexiva para pessoas que estão recebendo capacitação introdutória ao tema de drogas, envolvendo apresentação de conceitos essenciais sobre uso de substâncias, desconstrução de mitos, apresentação de dados epidemiológicos e compreensão acerca da multifatorialidade do assunto.

O conteúdo foi construído a partir das múltiplas demandas apresentadas por nossos parceiros institucionais, visando encontrar ressonância diante das necessidades práticas cotidianas vivenciadas pelos profissionais que participariam dos cursos. De forma a se

alcançar a profundidade de reflexões sobre o tema, o uso de metodologias ativas foi um processo essencial para a intensa troca de saberes e experiências entre trabalhadores de diferentes áreas de atuação e conhecimento. Dessa forma, o cronograma das aulas expositivas foi elaborado para não ultrapassar uma hora-aula sem o uso de técnicas que promovessem dinamismo ou discussão entre os participantes.

Descrição das Atividades

Logo na apresentação do curso foi usada uma dinâmica que apelidamos de “mitos ou fatos”. Consistia na exposição de sentenças de senso comum sobre o tema drogas e os participantes foram divididos em duplas ou trios para discutir cada uma das frases por cerca de dez minutos. Ao final, abria-se a discussão para o grupo inteiro, com o objetivo de levantar argumentos para confirmação ou refutação das sentenças. O tempo dedicado para discussão geral variava de acordo com o envolvimento e direcionamento das discussões. Exemplos de frases: 1) drogas mais pesadas causam mais danos; 2) o contexto pode interferir na forma como o indivíduo utiliza drogas; 3) as drogas lícitas só são lícitas porque matam menos que as ilícitas; 4) crack é uma droga usada somente pelos pobres. Essa dinâmica foi elaborada para ser repetida em diferentes momentos ao longo do curso, sempre que se pretendia introduzir conceitos, e observamos que a inquietação e curiosidade promovidas pelas discussões estimulavam os participantes a se manterem atentos durante a apresentação do conteúdo.

Uma das atividades que mais promoveu discussão no módulo de contextos foi sobre epidemiologia. Com objetivo de apresentar dados epidemiológicos sobre o uso de drogas no Brasil, foi fornecida uma tabela para que os participantes, em duplas ou trios, tentassem estimar a prevalência de um parâmetro de consumo para cada droga e grupo investigado. Ao final de aproximadamente 15 minutos, as respostas foram projetadas uma a uma, suscitando discussões sobre as diferenças observadas em cada levantamento realizado, com foco nos conceitos e na importância da epidemiologia como uma ferramenta imprescindível para realização de um diagnóstico situacional nos serviços. Nesse ponto, os professores explicavam alguns fundamentos do método científico, uma vez que frequentemente os participantes duvidavam dos resultados apresentados, esclarecendo etapas importantes a serem respeitadas para se minimizar os vieses naturalmente encontrados em pesquisas científicas.

A atividade imediatamente seguida à de epidemiologia era sobre mídia, uma vez que esta tende a ser a principal fonte de informação da maioria das pessoas. Ao se contextualizar o papel que a mídia exerce no senso comum sobre drogas, geralmente com aspectos estigmatizadores e sensacionalistas para drogas ilícitas e promotoras do consumo para as lícitas, os participantes começavam a internalizar mais os dados epidemiológicos, inclusive

conectando com suas próprias observações cotidianas. Como atividade, foram propostas duas intervenções, abrindo espaço em seguida para conversas em pequenos grupos de forma a identificar discursos tendenciosos nas matérias. Uma foi a exposição de uma reportagem televisionada em jornal de grande alcance nacional e outra foi a entrega de matérias escritas em diferentes mídias. A escolha das intervenções foi baseada no tempo disponível e necessidade da turma em discutir mais sobre o tema; porém, convém destacar que, na ocasião em que utilizamos ambas as intervenções, pareceu desnecessário e cansativo.

Para introduzir conceitos sobre estigma, foram utilizadas duas diferentes dinâmicas: a de rótulos e a dos passos. Para a dinâmica de rótulos, o facilitador explicava ao grupo que fariam uma atividade em que seriam coladas etiquetas na testa de cada um e que ninguém poderia ver o que estava escrito em sua testa, nem poderia falar o que estava escrito na dos outros. Após todos estarem devidamente “rotulados”, o facilitador pedia para que andassem pela sala e interagissem uns com os outros de acordo com o que estivesse escrito na testa de cada um, independente de como os outros estivessem se comportando com eles. Exemplos de rótulos: me bajule, sorria para mim, me ignore, esbarre em mim, tenha medo de mim, gargalhe de mim, me cumprimente. A interação levava cerca de cinco minutos e o papel do facilitador era observar as interações e recordar aos participantes de que deveriam agir conforme o comando dos rótulos, e não em resposta ao comportamento do colega. Após a interação, os participantes voltavam aos seus lugares sem remover a etiqueta, ou seja, sem ainda saber o que estava escrito em sua testa nem comentar o que estava escrito no rótulo dos outros participantes. A discussão era conduzida explorando os sentimentos gerados a partir da interação, o que naturalmente surgia na fala dos participantes como bastante desconfortável no caso de rótulos com comandos negativos. Outra observação presente nessa dinâmica foi que depois de algum tempo de interação, os portadores de rótulos positivos sentiam-se motivados para seguir circulando e interagindo, ocupando os pontos centrais do espaço, enquanto os de rótulos negativos tendiam a desistir da interação e se deslocar para a periferia do espaço. Essa observação muitas vezes era trazida pelos próprios participantes, fazendo uma ponte sobre o quanto o comportamento de excluir o outro foi poderoso em promover a marginalização das pessoas estigmatizadas.

A dinâmica dos passos foi utilizada apenas uma vez no curso e apesar de, sob o ponto de vista teórico, ser bastante interessante para levantar uma discussão sobre privilégio e opressão, na prática encontramos alguns problemas e resolvemos utilizar apenas a de rótulos nas turmas seguintes. Essa dinâmica consistia em dispor os participantes em uma linha central e o facilitador citava características, caso eles se identificassem deveriam dar um passo para frente ou para trás. Para dar um passo adiante, as frases continham elementos de privilégio, como ser homem, branco, heterossexual, maior escolaridade

e ser de classe social mais abastada, dentre outros; o participante daria um passo para trás quando identificado com características contrárias. O objetivo era, ao final, mostrar visualmente com o distanciamento físico dos participantes, o quanto determinadas características facilitam ou dificultam a trajetória de vida de seus portadores. Na elaboração da atividade, no entanto, nossa equipe discutiu muito sobre o quão desagradável poderia ser a dinâmica para algumas situações, como por exemplo, pessoas homossexuais que não quisessem se expor. Para contornar esse problema, dividimos a turma em pequenos grupos que criaram uma personagem fictícia baseada em suas experiências de campo e responderam ao questionário de características antes. No momento da dinâmica, um participante do grupo foi representante dessa personagem. Como resultado, não alcançamos o objetivo pretendido inicialmente. Em primeiro lugar porque, diferentemente da dinâmica de rótulos, que há oportunidade de trabalhar com o conteúdo emocional interno, ao criar uma personagem, há uma transferência dos sentimentos envolvidos, tal qual já ocorre na prática, e, portanto, a dinâmica não toca profundamente os participantes como vimos acontecer na de rótulos. Segundo, na tentativa de projetar uma história de vida diferente do que observado na prática, alguns grupos fantasiaram um destino improvável para a personagem, que ao ser posicionada no teste, ficava à frente do esperado com base em suas características de opressão. De toda sorte, optamos por descrevê-la por se tratar de uma dinâmica com potencial interessante para levantar reflexões sobre privilégio e opressão, que pode ser utilizada ou adaptada a depender de características do serviço e/ou vínculo dos participantes.

O módulo de contextos também teve como objetivo criar oportunidade de contato entre profissionais de diferentes serviços, de forma que pudessem compreender as particularidades, desenvolver vínculo e, na medida em que acompanhavam os demais módulos da formação, ampliassem sua capacidade de fortalecer a sua rede de assistência aos usuários de seus próprios serviços. Como estratégia, foi aberto um espaço no curso para que cada profissional ou grupo de profissionais de um mesmo serviço apresentassem as características, funções e desafios de suas instituições. Os participantes foram estimulados a usarem da criatividade na apresentação de seus serviços, podendo utilizar os recursos que julgassem necessários, dentro do tempo de apresentação de cada um, desde vídeos, áudios, fotografias, material impresso ou projeção de slides. A partir do relato dos profissionais, bem como da observação da nossa equipe, percebemos que essa atividade teve um importante papel em desmistificar também uma série de preconceitos que uns serviços têm para com outros, bem como em aumentar a compreensão destes sobre os entraves que acontecem na comunicação dessa rede na continuidade de cuidado quando há encaminhamento de um serviço para outro. Aproveitando a apresentação dos serviços, solicitamos que cada participante pudesse identificar o estigma presente em seu cotidiano profissional, para que também, durante sua exposição, pudesse apresentar aos demais colegas de turma.

Por fim, uma última atividade foi a recomendação de visitar um contexto que tivesse de alguma forma relação com uso de substâncias e fosse alheio as suas práticas cotidianas. A visita poderia ser individual ou em grupos. Foi dada a opção de escolher tanto um contexto de uso (exemplos: bares, festas privadas ou públicas, contextos religiosos, crianças e adolescentes em situação de rua) quanto o contexto de um serviço, e nesse caso, se poderia solicitar auxílio aos colegas da turma. Os participantes poderiam apenas observar e registrar suas impressões sobre a experiência ou, caso tivessem oportunidade, interagir com os sujeitos presentes no contexto visitado. O objetivo era a imersão num outro contexto de forma a aumentar a compreensão sobre as crenças, valores, normas e práticas das outras pessoas no que diz respeito ao uso de substâncias ou às diferentes formas de abordá-las nos serviços. Os profissionais tiveram um turno do curso, no penúltimo encontro, dedicado a realizar a visita ou se preparar para tal e no encontro seguinte dividimos a turma em três grupos para uma roda de conversa acompanhada por um facilitador. As discussões em grupos menores permitem maior troca de experiência e espaço de fala, aumentando as chances de dar voz às pessoas que habitualmente receiam exposição em grupos maiores. Houve uma diversidade de contextos visitados e foi interessante, em alguns discursos dos participantes, o reconhecimento de visões estereotipadas e preconceituosas que eles tinham que foram minadas ao longo do curso e expostas a si mesmos de forma mais clara na visita. Esse ponto surgiu na fala de muitos como um dos pontos positivos do curso, porque puderam perceber uma mudança de visão de forma mais global e articulada com a complexidade do fenômeno em relação ao assunto. Essa atividade foi bem avaliada pelos profissionais.

b). Módulo Promoção de Saúde na Educação

Coordenadores: Tatiana de Castro Amato e Elaine Lucas dos Santos

O curso de Promoção de Saúde na Educação visou promover reflexões e trocas de saberes e experiências entre profissionais que atuavam em diferentes áreas e instituições educativas. Esse módulo foi resultado de uma história de inúmeros processos coletivos de construção a partir de reuniões realizadas pelo CRR em conjunto com a Fundação para o Desenvolvimento da Educação (FDE) da Secretaria de Educação do Estado de São Paulo e com a Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS).

Toda a equipe de construção seguiu a premissa de que um bom curso só pode ocorrer se promover a troca constante de saberes entre seus participantes, fomentando a reflexão das dinâmicas relativas ao trabalho e a visão sobre o fenômeno de drogas em nossa sociedade atual. Os participantes eram da área da educação e assistência social. Provenientes da educação havia professores e vice-diretores de escolas públicas e a equipe da FDE, que cuida da gestão das ações de prevenção na rede de educação estadual. Na área da assis-

tência social os cursistas eram profissionais de diversos serviços que cuidavam de jovens que cumprem medidas socioeducativas.

O objetivo do curso foi ampliar o conhecimento e a habilidade reflexiva, bem como proporcionar troca de experiências dos profissionais interessados em discutir a implicação do uso de álcool e outras drogas para a educação, por meio dos seguintes temas: epidemiologia do uso de drogas entre jovens; desconstrução de mitos relacionados à prevenção e redução das vulnerabilidades; o jovem no contexto do tráfico de drogas e a comunidade escolar; promoção de reflexão acerca da multifatorialidade do tema; prática da intervenção breve em contextos educativos; a família no contexto da instituição educativa e a vulnerabilidade social; a interlocução da educação com equipamentos de medida socioeducativa; ações práticas de prevenção em contexto educacional. O curso teve duração total de quarenta horas, divididas em cinco encontros com oito horas cada.

Todos os conteúdos foram pensados de maneira a ter atividades teóricas, por meio de aulas expositivas dialogadas, com espaços para a participação ativa dos cursistas e práticas envolvendo experiências reflexivas a partir de dinâmicas de grupo, trocas de saberes e simulações de situações. Uma das atividades práticas foi realizada ao final do curso, para reproduzir metodologias de prevenção que poderiam ser utilizadas dentro dos ambientes educacionais, junto aos adolescentes. Apesar de essas atividades terem sido planejadas previamente, no decorrer dos encontros elas foram repensadas em colaboração com os participantes, especialmente da equipe da FDE, responsável pelo desenvolvimento do projeto “Prevenção Também se Ensina” (ALMEIDA; ARRUDA, 2014). Tal projeto é composto por um conjunto de livros teóricos, didáticos e jogos sobre drogas, saúde reprodutiva, questões de gênero e preconceito. O material é distribuído às escolas estaduais para uso pelos professores. No entanto, percebemos que vários professores desconheciam tais materiais. Dessa forma, a equipe da FDE foi convidada a apresentar o material e simular seu uso em sala de aula. Após essas atividades com a equipe da FDE, houve simulação de jogos e dinâmicas utilizadas no programa PERAE (Programa de estímulo à saúde e redução de riscos associados ao uso de álcool aplicado ao ambiente escolar), voltado para redução de riscos em situações que envolvem o consumo de álcool por adolescentes (NOTO; AMATO, 2014).

Os participantes tiveram a oportunidade de se colocar no lugar dos adolescentes e vivenciar as atividades. Assim, puderam aprender como fazer a partir da experiência e reflexões de todo o conteúdo discutido no curso. Tal prática pedagógica participativa foi bem recebida pelos participantes. A atividade tomou bastante tempo e não foi possível apresentar todo o conteúdo do projeto “Prevenção Também se Ensina”, e nem do “PERAE”; no entanto aumentou a curiosidade dos participantes para conhecimento dessas ferramentas, bem como informações sobre onde buscá-las, além de ampliar suas habilidades práticas de aplicação das mesmas.

O diálogo horizontal entre os participantes, independentemente dos cargos que exerciam fora do curso, permitiu momentos muito ricos de troca. Um curso com a grade flexível, que pode acolher as demandas e possibilidades dos cursistas, colaborou para dar sentido às atividades propostas. O tema abordado gera muitas vezes um discurso queixoso, ora pela falta de apoio institucional, ora pelas dificuldades em se trabalhar com a questão. Nesse sentido, foi inevitável que isso acontecesse. No entanto, vale a pena ressaltar que, ao invés de embarcarem nesses relatos negativos, os cursistas foram estimulados a propor formas de lidar com as dificuldades ou narrar experiências exitosas para problemas comuns.

c). Módulo Triagem e Intervenção Breve

Coordenadores: André Bedendo de Souza e Ana Paula Leal Carneiro

Contextualização

Uma das técnicas com grande capacidade de implementação na prática diária dos profissionais que trabalham no cuidado de indivíduos com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas é a Triagem e Intervenção Breve (TIB). A triagem se refere à utilização de questionários breves para classificação do grupo de risco do indivíduo, a partir de seu padrão de uso e problemas relatados. Após a identificação de uso de risco ou abusivo a utilização da Intervenção Breve (IB) passa a ser indicada. A IB foi originalmente desenvolvida para diminuir problemas associados ao uso de álcool e pode ser definida como uma estratégia de atendimento de tempo limitado, com foco na mudança de comportamento e no aumento da adesão à terapia ou tratamento (FLEMING; MANWELL, 1999; FLEMING, 2004).

Experiências anteriores de pesquisas realizadas no Brasil indicaram que, apesar de os profissionais serem formados do ponto de vista teórico para aplicação da TIB, havia grande dificuldade de implementação prática dos conteúdos apreendidos (RONZANI et al., 2008a, 2008b; MORETTI-PIRES; CORRADI-WENSTER, 2011; JOHNSON et al., 2011). Parte dessa questão está associada à dificuldade de elaboração de um plano estratégico de uso da TIB na rotina dos serviços. Essa lacuna entre o ensino e a utilização da TIB pelos profissionais capacitados evidenciou a necessidade de promoção de um espaço de troca de saberes e experiências, fomentando a reflexão das dinâmicas relativas ao trabalho, a fim de potencializar o aprendizado e aumentar as chances de aplicação dos conteúdos nas rotinas de trabalho.

Estrutura da Atividade

Seguindo experiências pregressas de ensino e aprendizagem da TIB, o curso foi estruturado a partir da elaboração de um projeto de aplicação na prática dessa técnica e da confecção de um kit com os materiais e ferramentas necessários para a sua aplicação. O

kit foi construído em conjunto com os participantes ao longo do curso. O objetivo foi o fortalecimento de competências para aplicação da TIB nos serviços, a criação de um conteúdo que pudesse ser acessado posteriormente às aulas e o fomento de reflexão crítica sobre desafios e facilitadores da implementação. Tudo isso considerando a incorporação ativa dos conhecimentos prévios dos participantes e de uma prática de ensino-aprendizagem horizontalizada, em que se promove uma coconstrução, levando em consideração a aplicabilidade desses conhecimentos na prática diária dos profissionais e dos serviços.

O projeto de aplicação da TIB deveria ser coerente com a realidade de cada serviço e potencialmente exequível, incluindo informações sobre: objetivo, justificativa, população alvo, local de implementação, profissionais e serviços envolvidos, procedimentos, cronograma, estratégia de avaliação, desafios e facilitadores. A fim de auxiliar os participantes nessa atividade, cada encontro incorporava conteúdos teóricos, espaços de discussão, problematização e atividades práticas, incentivando a reflexão crítica sobre o planejamento e a utilização da TIB.

Os participantes foram divididos em grupos a partir da similaridade dos serviços e ao final de cada aula foi destinado tempo específico para elaboração do projeto, bem como para orientação e problematização com cada grupo. Os espaços de discussão foram sempre precedidos de atividades que objetivavam sensibilizar os participantes para discussões sobre temas como rede de atendimento psicossocial, efeitos das drogas, abordagem do usuário, estigma e estágios de mudança. Isso ocorreu utilizando vídeos, técnicas de *role-play* e dinâmica de grupo.

A iniciativa de elaboração de um kit para aplicação da TIB foi incluída como incentivador e fortalecedor dos conteúdos aprendidos em sala de aula, resumindo de maneira prática os principais itens que devem ser recordados e utilizados na implementação prática da TIB. Os kits incluíram: um quadro com tipo, exemplos e principais efeitos das drogas (elaborado juntamente com os participantes por meio de dinâmica em sala de aula); resumo dos aspectos importantes discutidos sobre a abordagem do usuário; instrumentos de triagem (AUDIT e ASSIST); roteiro de correção e fluxograma de aplicação dos instrumentos; componentes da IB (estratégia dos FRAMES: *Feedback, Responsibility, Advice, Menu of options, Empathy e Self-efficacy*); e quadro sobre estágios de mudança.

Durante a última aula, foi realizada uma roda de conversa com os participantes para apresentação de seus projetos e discussão com o grupo, tendo por objetivo uma troca de experiências e ideias no coletivo e que poderiam ser utilizadas para aprimorar ainda mais os projetos propostos, sendo que não havia o foco de atribuição de notas ou avaliação. Esse espaço foi fundamental para troca entre os participantes e educadores, possibilitando aprendizado mútuo.

Importância para o Processo de Aprendizagem

A experiência com essa metodologia ativa de ensino foi bastante exitosa. Comparadas a outras experiências de ensino-aprendizagem vivenciadas em edições anteriores do CRR, a utilização das metodologias ativas e a valorização dos saberes individuais e coletivos promoveram um espaço de aprendizagem bastante rico em que participantes e educadores se potencializavam e aprendiam em conjunto. Em avaliação durante o final do curso, os participantes relataram se sentir preparados para implementação do projeto de TIB em seus serviços. Houve, inclusive, casos em que eles já haviam apresentado a seus gestores os projetos e iniciado articulação para sua implementação.

O relato desses participantes permitiu identificar que a associação do conteúdo teórico com a elaboração prática de um projeto de aplicação foi fundamental para o aprendizado, especialmente por favorecer uma visão adaptativa e realista dos conteúdos teóricos às diferentes realidades de atuação desses profissionais. Essa prática favoreceu a união das principais competências individuais dos participantes e dos educadores, que foram potencializadas em grupo de maneira horizontal e colaborativa.

d). Módulo Maternidade e Hospitais Gerais

Coordenadores: José Carlos Fernandes Galduróz e Maria Carolina Botéquio de Moraes

Contextualização das Atividades

O curso de Maternidade e Hospitais Gerais visou promover reflexões e trocas de saberes e experiências entre profissionais que atuam em diferentes cargos e instituições hospitalares e maternidades que recebem usuários de drogas, não sendo como queixa principal o uso de substâncias. O módulo é resultado de demanda que surgiu após a primeira edição do CRR, em que alguns participantes, profissionais que atuam em maternidades, solicitaram um módulo específico, principalmente para questões complexas de serem abordadas em ambiente hospitalar, como gestantes usuárias de drogas. Os participantes de hospitais gerais também demonstraram interesse em temas específicos, em especial, como proceder com alguns pacientes intoxicados em pronto-socorro ou mesmo com populações específicas como os idosos. Toda a equipe de construção seguiu a premissa de que um bom curso só pode ocorrer se promover a troca constante de saberes entre seus participantes, fomentando a reflexão das dinâmicas relativas ao trabalho e à visão sobre o fenômeno de drogas em nossa sociedade atual. O público-alvo foram os profissionais que trabalham em maternidades e hospitais gerais em parte da região sul – Santo Amaro – do município de São Paulo.

Estrutura e descrição das atividades

As atividades foram desenvolvidas a partir da demanda dos participantes. No primeiro dia realizamos uma atividade que chamamos de “cronograma participativo”, que tinha como objetivo, juntamente com os integrantes do curso, criar um cronograma com os principais temas sobre álcool e drogas e as problemáticas dos seus serviços a partir das necessidades diárias dos próprios profissionais. Para a construção da atividade, foi inicialmente questionado aos alunos o que eles achavam ser importante aprenderem sobre o tema. Distribuímos aos participantes um papel para escreverem, individualmente, os tópicos mais importantes. A seguir juntaram-se em duplas para convergir suas necessidades e, por último, abriu-se para o grupo maior, no qual construiu-se a grade do curso.

Dessa atividade surgiram os conteúdos que foram trabalhados durante as semanas seguintes e, a partir dessa dinâmica, os coordenadores do curso puderam pensar nas atividades e nos convidados que mais poderiam contribuir com essa população. Os conteúdos foram trabalhados por meio de aulas expositivas, dinâmicas reflexivas e participação de convidados que atuam diretamente com o tema, a saber: conceitos básicos sobre como as drogas funcionam e tratamentos específicos para a população gestante; atendimento de urgência e emergência; entrevista motivacional e instrumentos de triagem; redução de danos; rede de atenção psicossocial; família e aspectos de proteção legal à gestante usuária de substância.

Apesar da necessidade de conteúdo, o tema “Como lidar com usuários intoxicados nos serviços de urgência e emergência?” foi apresentado seguido a uma roda de conversa que propôs aos participantes reflexões sobre o atendimento a pacientes intoxicados ou com doenças clínicas associadas ao uso de drogas, fazendo uma conexão entre exemplos de condutas e abordagens adequadas para essa população e as experiências diárias dos participantes do curso.

Uma atividade bem avaliada pelos participantes foi a “tarde da pipoca”, com a exibição de um filme que abordou os diferentes usos de drogas, e posteriormente foram trabalhados com os participantes as impressões, as angústias, os estigmas relacionados aos usuários, fazendo um paralelo com o impacto dessas reflexões nas suas ações diárias como profissional.

Da mesma forma, a presença de uma profissional atuante na Secretaria de Direitos Humanos da Prefeitura para discutir o tema Redução de Danos como uma abordagem para usuários de drogas possível de ser vivenciada na cidade de São Paulo gerou importantes reflexões sobre como os elementos do Programa Braços Abertos (programa de redução de danos no município de São Paulo) poderiam ser adaptados para o contexto hospitalar.

Duas profissionais que atuavam em residência terapêutica e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do distrito de Santo Amaro foram convidadas para conversar com os participantes sobre como funcionam os serviços específicos para usuários de drogas, como fazer encaminhamentos e a importância de os serviços trabalharem em rede. Explicaram a política e normatizações da saúde mental do território e apresentaram o fluxograma do território. Abriram no final para discussão de casos, promovendo uma rica interação entre profissionais que atuam no mesmo território.

A diretora de um projeto social voltado para mulheres usuárias de drogas, explicou como funciona sua instituição, que tem como função ressocializar mulheres em estado de vulnerabilidade. As oficinas profissionalizantes e a moradia são parte fundamental do processo de ressocialização dessas mulheres, que, juntamente a um trabalho de valorização da autoestima, ajuda a reduzir obstáculos, como estigma e preconceito. Por fim, o tema de leis que abordam e asseguram às mulheres os direitos relacionados a permanecer com os filhos mesmo sendo usuárias de drogas foi explanado por uma convidada que atua na Defensoria Pública de violência contra a mulher.

Finalmente foi realizado o fechamento do módulo, abrindo a palavra aos participantes para expressarem suas percepções quanto ao processo de aprendizagem dos encontros. De acordo com o retorno dos participantes, o curso foi dinâmico e respeitou suas necessidades, visando conciliar a teoria com a prática diária.

Importância no processo de aprendizado

O objetivo das atividades foi chamar os participantes para integração e motivação do curso, buscando a participação ativa dos mesmos. A construção da grade curricular foi sugerida pelos alunos. As estratégias do curso foram estruturadas com auxílio de filmes, rodas de conversas, troca de saberes com profissionais da rede que trabalham com mulheres grávidas usuárias de drogas e aulas expositivas de conceitos subjacentes ao tema. A diversidade do conteúdo das atividades propostas foi fator positivo para uma participação ativa dos alunos. Esse tipo de proposta integra e compromete os alunos com o aprendizado, distanciando-se, na medida do possível, do modelo em que o professor é depositário do saber e os alunos, receptores passivos das informações.

e). Módulo Situação de Rua: O cuidado com os profissionais que cuidam da população de rua

Coordenadores: Mayra Pires Alves Machado e Yone Gonçalves de Moura

A preocupação com a população em situação de rua não é recente. Historicamente, muitos estudos têm sido realizados em busca de uma melhor qualidade de vida aos chama-

dos “*menos favorecidos*” - como essa população foi denominada durante muitos anos - devido ao contexto social de extrema vulnerabilidade, no qual as pessoas se veem privadas de seus direitos mais básicos (REUTTER et al., 2009; NOTO et al., 2004). O principal, dentre esses, é a falta de moradia, fruto da ausência do respeito aos direitos humanos, desencadeando uma cascata de situações vulneráveis às pessoas, tanto físicas quanto emocionais, levando o indivíduo a uma dificuldade de viver de forma saudável.

Também, no Brasil, estudos vêm demonstrando a importância de se conhecer essa realidade tão presente nas ruas de todo o país, principalmente nas grandes cidades. De acordo com esses estudos, a saída para as ruas tem razões diversas; não apenas é favorecida por fatores econômicos, e deve ser considerada uma complexidade maior para planejar ações mais adequadas de cuidado a essa população, tais como condições de saúde e trabalho, vínculos afetivos, dentre outros (MOURA; NOTO; SILVA, 2009). Buscando atender a todas as necessidades demonstradas pelos estudos e serviços para essa população, foi instituída, em 2009, a Política Nacional para a População em Situação de Rua, com o Decreto nº 7.053, e, embora ainda muito se tenha a fazer para sua consolidação e aplicabilidade, a política é percebida como um grande avanço pelos que trabalham na área (BRASIL, 2009).

Pensando nesses profissionais e na efetiva implementação dessa política, esse curso foi oferecido para trabalhadores vinculados a duas secretarias no município e no estado de São Paulo - Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social (SEDS) e Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS) - sendo que os mesmos deveriam estar atuando no cuidado da pessoa em situação de rua.

Para que o curso pudesse efetivamente contribuir para a atuação do profissional nessa área, com aplicabilidade prática dos aspectos teóricos e que fizesse sentido para os participantes, considerou-se primordial a identificação das dificuldades e demandas vivenciadas por eles nos diferentes campos de atuação e em diferentes práticas. Para isso, foram realizadas algumas rodas de conversas sobre a população de rua em eventos específicos, tendo em alguns desses encontros a participação de profissionais atuantes na área e de moradores de rua para debater aspectos primordiais no atendimento as suas necessidades. Realizaram-se também reuniões e oficinas de discussão com as instituições parceiras que atuavam diretamente no trabalho com essa população, incluindo as secretarias mencionadas anteriormente, para sensibilização e informações sobre o curso. Após discussão e inclusão das sugestões dadas por esses parceiros na proposta inicial, o programa foi debatido também com todos os professores convidados para esse módulo, sendo eles especialistas em cada tema proposto, numa reunião específica com os mesmos. Percebeu-se que nem todas as demandas poderiam ser abordadas no período estabelecido para realização do curso devido à limitação do tempo. Procurou-se, então, abranger os principais temas levantados nas reuniões e oficinas prévias durante o planejamento da programação.

Dessa forma, durante as cinco aulas do curso, foram incluídos e discutidos os seguintes temas:

1. De quem estamos falando? Revisitando paradigmas;
2. Atenção às pessoas em situação de rua: políticas públicas como ferramentas de cuidado;
3. Intervenção e Rede de Cuidados;
4. Cuidando do profissional da atenção às pessoas em situação de rua;
5. Estratégias e planejamento de ação.

Cada um dos temas foi apresentado detalhadamente, tanto por meio de aulas expositivas quanto de atividades práticas, dinâmicas, estudos de caso e discussões. Ao longo dos encontros, buscou-se reforçar e compartilhar saberes de cada participante para a construção de um saber coletivo, como por exemplo na atividade de construção do Mapa da Rede: a cada semana eram discutidos serviços públicos, espaços comunitários e demais equipamentos dos quais os profissionais se utilizavam em sua prática para atender as demandas dos moradores de rua; ao final, foi construído um mapa com todos os serviços identificados por eles, favorecendo a ampliação da Rede de Cuidado acessível para cada um.

Também foi proposta uma atividade prática ao final de cada aula e retomada para discussão na aula seguinte. Nessa atividade prática, era entregue um pequeno papel com frases para reflexões no intervalo entre as aulas e que estivessem relacionadas ao tema discutido, bem como observações e atividades de campo. Também foi incentivado que deixassem esse papel junto ao crachá ou outro local de fácil acesso e visualização em seu ambiente de trabalho. Dessa forma, era promovida uma inter-relação entre a aula teórica e a aplicação prática, com o retorno para discussão, consolidando aprendizado teórico e prático. Com isso, o objetivo inicial do curso pôde ser atingido, a partir de cada tema e aula, no sentido de discutir os desafios teóricos e práticos para a população em situação de rua e suas implicações, tais como o uso de drogas, os fundamentos e estratégias possíveis para a construção e implementação das políticas públicas voltadas para essa população, com enfoque específico no uso de substâncias.

No final, o curso foi avaliado pelos profissionais participantes como uma ferramenta importante para o dia a dia, apresentando assuntos pertinentes às realidades experienciadas por eles, a partir de reflexões e atividades práticas sobre o trabalho, o que permitiu discutir e trocar experiências entre os pares. Mas avaliaram que, para um tema tão complexo como esse, há a necessidade de um cuidado contínuo na formação dos profissionais que atuam nessa área, como na concepção da Educação Permanente em Saúde, buscando a transformação das práticas cotidianas dos profissionais (BRASIL, 2004).

Considerações finais

Este capítulo reuniu experiências ocorridas durante os cursos da Segunda Edição CRR-DIMESAD-UNIFESP durante o ano de 2016. As atividades descritas são relatos de experiências e que podem servir como motivadores para futuras práticas de metodologias ativas de ensino-aprendizagem na área de álcool e outras drogas.

As experiências, pautadas na lógica das metodologias ativas e pressupostos pedagógicos de Paulo Freire, encaram os discentes como atores e construtores do próprio saber, questionando um modelo tradicional de ensino, no qual o discente é percebido como um simples depositário de conhecimento. Nesse sentido, o curso e seus módulos foram pensados em uma lógica cujo objetivo principal foi fomentar um espaço de troca, reflexivo e aberto a diálogos. Para isso, os módulos buscaram a valorização do conhecimento dos discentes, a construção coletiva de saberes, o protagonismo do discente, a elaboração ou reelaboração dos conteúdos durante as aulas e o diálogo entre teoria e prática. Além disso, o êxito dessas práticas durante o curso só foi possível por meio da troca ativa de saberes de maneira horizontalizada, em uma via de mão dupla, na qual o ensinar e o aprender se misturam e ocorrem concomitantemente para todas as partes.

Referências bibliográficas

ALMEIDA, E.; ARRUDA, S. Prevenção Também se Ensina: a saber. In: DIEHL, A.; FIGLIE, N. B. **Prevenção ao Uso de Álcool e Drogas: O Que Cada Um de Nós Pode e Deve Fazer?** Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANASTASIOU, L.G. C.; ALVES, L. P. Processos de Ensino na Universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula. Joinville: Editora Univille, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198/2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.053/2009**. Institui Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento e dá outras providências.

FLEMING, M.; & MANWELL, L. B. Brief intervention in primary care settings. A primary treatment method for at-risk, problem, and dependent drinkers. *Alcohol Res. Health*, v. 2, n. 23, p. 128-137, 1999.

FLEMING, M. F. Screening and brief intervention in primary care settings. **Alcohol Research and Health**, v. 2, n. 28, p. 57, 2004.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática docente**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

JOHNSON, M.; JACKSON, R.; GUILLAUME, L.; MEIER, P.; GOYDER, E. Barriers and facilitators to implementing screening and brief intervention for alcohol misuse: a systematic review of qualitative evidence. **Journal of Public Health**, v. 3, n. 33, p. 412-421, 2011.

MORETTI-PIRES, R. O.; CORRADI-WEBSTER, C. M. Implementation of brief intervention for problematic alcohol use in primary health in the amazon context. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, n. 19(SPE), p. 813-820, 2011.

MOURA, Y. G.; SILVA, E. A.; NOTO, A. R. Redes sociais no contexto de uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua. **Psicologia em Pesquisa**, v. 1, n. 3, p. 31-46, 2009.

NOTO, A. R.; AMATO, T. C. PERAE – SHAHRP Brasil – redução de riscos associados ao álcool. In: DIEHL, A.; FIGLIE, N. B. **Prevenção ao Uso de Álcool e Drogas: O Que Cada Um de Nós Pode e Deve Fazer?** Porto Alegre: ARTMED, 2014.

REUTTER, L. I.; STEWART, M. J.; VEENSTRA, G.; LOVE, R.; RAPHAEL, D.; MAKWARIMBA, E. “Who do they think we are, anyway?”: Perceptions of and responses to poverty stigma. **Qualitative Health Research**, v. 3, n. 19, p. 297-311, 2009.

RONZANI, T. M.; AMARAL, M. B.; SOUZA-FORMIGONI, M. L. O.; BABOR, T. F. Evaluation of a training program to implement alcohol screening, brief intervention and referral to treatment in primary health care in Minas Gerais, Brazil. **Nord Stud Alcohol Drugs**, v. 6, n. 25, p. 529-538, 2008.

RONZANI, T. M.; de Castro, P. M.; SOUZA-FORMIGONI, M. L. O. Avaliação de um processo de implementação de práticas de prevenção ao uso de risco de álcool entre agentes comunitários de saúde. **HU Revista**, v. 1, n. 34, p. 39-48, 2008.

A experiência com aprendizagem baseada em problemas na formação profissional em álcool e outras drogas

Simone Peixoto Conejo

[...] o significado fica-se logo por aí, é directo, literal, explícito, fechado em si mesmo, unívoco, por assim dizer; ao passo que o sentido não é capaz de permanecer quieto, ferveilha de sentidos segundos, terceiros e quartos, de direções irradiantes que se vão dividindo e subdividindo em ramos e ramilhos, até se perderem de vista [...]

José Saramago

Entendemos que o processo de aprendizagem tem a missão de agregar conteúdos produtores de sentido para o cotidiano das pessoas nele envolvidas; de incluir os participantes com suas ideias, sentimentos, conflitos, valores, cultura, aspectos sociais e atuações profissionais, dentro de um contexto real e específico. Acreditamos que ensinar e aprender devem ser atividades apreciadas por todos que delas participam. Na atualidade, produzimos conhecimento com velocidade e em grande quantidade. Contudo, mais do que (re)aprender a aprender convivemos com a necessidade de propor soluções para nossos problemas diários, de fomentar conhecimentos transformadores, com sentido para os seres humanos que os usam e para a sociedade a que pertencemos e ajudamos a construir. Diante dessa perspectiva, neste trabalho procuramos relatar um pouco sobre a nossa experiência na contribuição da facilitação da formação de profissionais atuantes na rede de cuidados a usuários de drogas e seus familiares da região de Sorocaba, por meio da prática da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP).

O CRR-UFSCar-Sorocaba

Este capítulo é fruto da experiência da equipe do Centro Regional de Referência em Educação na Atenção ao Usuário de Drogas da Região de Sorocaba (CRR-UFSCar-Sorocaba), um dos CRRs brasileiros de formação permanente, aprovados pela Secretaria Nacional de Política sobre Drogas (SENAD) como parte do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas, lançado pelo Governo Federal no final de 2010. O CRR é vinculado ao Departamento de Ciências Humanas e Educação, do Centro de Ciências Humanas e Biológicas, da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), *campus* Sorocaba, sediado no Núcleo de Educação, Tecnologia e Cultura (Núcleo ETC). Os primeiros cursos foram realizados durante o ano de 2012, visando contribuir no aprimoramento técnico dos profissionais das diversas áreas que atuam na atenção às pessoas que fazem uso prejudicial de drogas.

A constituição do CRR-UFSCar-Sorocaba teve um caráter multicêntrico, fruto do trabalho coletivo de professores de diversas instituições de ensino superior (IES) de Sorocaba e região, assim como de profissionais que atuam nas redes de atenção voltadas aos usuários de drogas. Inicialmente, contamos com pessoas das áreas da psicologia, enfermagem, serviço social, terapia ocupacional, medicina e farmácia. Ou seja, profissionais pesquisadores, professores, especialistas, experientes e acostumados às construções e dificuldades que envolvem o cotidiano de muitos trabalhadores em nosso país.

Desse modo, reunimos profissionais de áreas e instituições diferentes, que trouxeram conceitos e preconceitos sobre visão de mundo, de pessoas e do uso e abuso de drogas – o que exigiu e exige um alinhamento contínuo de nossos olhares, principalmente no que diz respeito à reflexão da noção de drogas construída socioculturalmente e veiculada pela mídia, escolas, justiça, dispositivos de saúde e assistência social e, também, pelo entendimento de que as possibilidades de intervenções propostas estão marcadas por estereótipos, estigma e senso comum. Assim sendo, consideramos a droga como um fenômeno plural, cuja manifestação é tecida por uma multidimensionalidade de aspectos visíveis e ambíguos, cujas nuances e sinuosidades não permitem um conceito único e universal, que exige ser abordado na concretude das relações (OLIVEIRA, 2015).

Um desafio era organizar cursos interessantes, que valorizassem experiências anteriores, práticas, teóricas, profissionais e cotidianas. Pensando que nossa população estaria em busca da ampliação da formação profissional e da educação permanente, focamos na Andragogia, que é a arte e ciência de facilitar o aprendizado de adultos. Oferecemos cursos baseados em metodologias ativas. No quadro 1 apresentamos as principais características que distinguem as metodologias ativas e o ensino tradicional:

Quadro 1 - Principais aspectos diferenciais entre metodologia de ensino tradicional e metodologias ativas

ENSINO TRADICIONAL	METODOLOGIAS ATIVAS
Centrado no professor	Centrada nos estudantes
Importância na transferência de informações	Valoriza a construção do conhecimento
O aluno, por vezes, é visto como receptor passivo	Os estudantes são protagonistas ativos
O professor, geralmente, é tido como responsável pela solução do problema	O estudante busca se apropriar e construir a solução do problema
Parte do pressuposto de que o aluno não tem conhecimento sobre o tema ou apresenta deficiências	Pressupõe algum grau de conhecimento anterior e propõe ganhos de conhecimento consolidados sobre o conhecimento prévio
O professor, em geral, é prescritivo	O professor assume a postura de orientador
Frequentemente, o professor carrega a responsabilidade de ser a principal fonte de informação, mesmo usando auxílio de leituras	Procura utilizar várias fontes de informação, de diferentes tipos, com poderes relativos
A aprendizagem tende a ficar restrita à aula	A aprendizagem pode se estender infinitamente a partir da apresentação do problema
Tendência à especificidade	Tendência integradora

Fonte: Adaptado de GIANINI (2013, p. 147-148)

Processos formativos que utilizam metodologias ativas objetivam a aprendizagem significativa. Quando ela ocorre somos capazes de discutir, argumentar, definir, compreender, perceber, lidar com sentimentos e provocar transformações. Diferentes e conceituados cursos de pós-graduação e graduação têm utilizado diversas modalidades e metodologias ativas, em especial a *Problem-Based Learning* (PBL) ou Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), por ser considerada um método que favorece a troca de experiências entre os profissionais, bem como a articulação entre as práticas do cotidiano, constructos teóricos e políticas públicas vigentes sobre o tema.

A ABP é uma estratégia metodológica centrada no aluno, que é desafiado a problematizar, discutir, pesquisar, refletir, dar significado, argumentar, usar bases teóricas e legais e entender diferentes conhecimentos teóricos, biopsicossociais, relacionais e éticos para aplicá-los em soluções de problemas específicos, em geral, ligados a contextos relevantes à prática profissional. Autores como Sakai e Lima (1996) a descrevem como o estudo de problemas elaborados e propostos com a finalidade de despertar o conhecimento de determinados conteúdos que, sobretudo, destaca-se por ser uma metodologia formativa que favorece muito a integração de conteúdos. E, em geral, ela não se constitui como a única prática no processo de ensino-aprendizagem, mas seus resultados costumam extrapolar as práticas meramente informativas.

Ao buscar as raízes da disseminação da ABP facilmente iremos nos deparar com o campo da saúde. Essa área tradicionalmente utiliza metodologias ativas. Por exemplo, aprendemos o exercício da psicologia ou da medicina atendendo pessoas individual ou coletivamente, discutindo, buscando compreender diferentes aspectos e propondo soluções diante de situações reais e fictícias. Nesse contexto, a ABP aparece organizada e descrita no curso de pós-graduação da Universidade McMaster, no Canadá, ao final dos anos sessenta, influenciada pela metodologia de estudo de caso empregada já nos anos de 1920, na Escola de Direito de Harvard (Estados Unidos). Após ser estendida à graduação, a ABP passa a ser utilizada na Universidade de Maastrich (Holanda), o que marca sua expansão para o continente europeu e, nos anos noventa, na América Latina e Brasil. Em nosso país, em 1997, foi implementada inicialmente na Faculdade de Medicina de Marília (Famema/SP), seguida pela Universidade Estadual de Londrina (UEL/PR). O curso de Medicina da UFSCar (São Carlos), iniciado em 2006, adotou o método e, regionalmente, a Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Sorocaba da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/Sorocaba) também o introduziu no mesmo ano (BARROS, 2006; GIANINI, 2013).

O uso da ABP tem se configurado como um importante instrumento no processo de educação permanente, superando abordagens que privilegiam aulas teórico-expositivas, descontextualizadas, que acabam marcadas pelo desinteresse, baixa frequência, pouco

envolvimento e pouca mudança de comportamentos. Quando um grupo se reúne e seus membros se sentem estimulados a buscar conhecimentos, cria-se um ambiente favorável para a aprendizagem significativa. Nessa perspectiva, cada pessoa pode buscar soluções para a sua realidade, o que a torna capaz de transformá-la pela sua própria ação, ao mesmo tempo em que se transforma. Autores, como Reinaldo Gianini (2013), que a desenvolvem em processos de ensino-aprendizagem, a recomendam especialmente por ser um meio possível de considerar prioridades da gestão pública, o gerenciamento de necessidades de serviços ofertados e por ser considerada satisfatória para gestores, trabalhadores e usuários desses serviços. Como esse autor relata, ainda não contamos com uma posição consolidada sobre ganhos em relação aos resultados de aprendizagem cognitiva comparados com o método tradicional; no entanto, já é possível afirmar que a ABP tem se configurado como um método mais satisfatório enquanto processo. Tais características nos levaram a optar pelo método nos cursos do CRR-UFSCar-Sorocaba, ainda que, por ser necessária uma proporção menor na relação aluno-professor, sua implantação onere mais os custos de realização do projeto.

A ABP no CRR-UFSCar-Sorocaba

A utilização da ABP começou a ser configurada na idealização do projeto do CRR. A opção pelo método influenciou a maneira de pensar, organizar e desenvolver os cursos. Afetou desde nossa proposta orçamentária até a formação da equipe que atua diretamente no processo de formação. Antes de abordar nossa experiência com o método em si, ressaltamos a importância de refletir sobre a estruturação e planejamento do currículo do curso proposto fundamentado na prática da ABP. Inicialmente, é preciso determinar quais objetivos se pretende alcançar, quais recursos metodológicos serão mais adequados a cada expectativa, formação de profissionais envolvidos no processo, composição de carga horária, organização de espaços, elaboração de material necessário (como a produção de problemas para as sessões de ABP), formação de grupos, possibilidades de recursos para pesquisa e avaliação de resultados. A seguir relatamos brevemente alguns caminhos que percorremos.

A formação de tutores

Em nossa vivência, nem todos os parceiros que passaram a integrar a equipe conheciam o método, mas foi possível sensibilizá-los e, por fim, a disponibilidade para conhecer e utilizar metodologias ativas se configurou como um diferencial muito positivo de nosso trabalho.

No processo de formação de tutores para a prática da ABP alinhamos nossos pensamentos sobre nosso papel na facilitação da formação no CRR, com especial atenção para pers-

pectiva cidadã. Contamos com auxílio do Prof. Ms. Newton Carlos Polimeno, profissional experiente no uso de metodologias ativas na área de saúde. Conhecemos aspectos teóricos e vivenciamos a prática.

Impactos da formação pelo método marcaram nossa equipe logo no primeiro dia de formação. Em um sábado quente, com a maioria dos profissionais cansados pela jornada semanal, foi proposto, durante a parte prática, um problema que falava de tempo, espaço e outros elementos muito distantes de nossas realidades. No encontro seguinte, a maioria dos participantes comentava sobre a mobilização causada, com frases como: “esse era um tema que antes não me despertava interesse. Mas cheguei lá em casa e mesmo cansado me vi curioso, pesquisando sobre *buraco de minhoca*. Nem eu mesmo acreditei!”, “se alguém me falasse que um dia eu conseguiria entender alguma coisa sobre viagem no tempo, eu duvidaria, se eu fui capaz de conversar sobre isso com meu filho, acho que usar o PBL [ABP] será muito bom mesmo!”, “o Polimeno fez parecer uma experiência rica e simples, mas será que darei conta de ser tutora? É uma mudança muito grande no nosso papel e tem todas essas etapas”.

Refletimos sobre nossa experiência e entre encantamentos e temores caminhamos para outra etapa. A equipe do curso passou a acompanhar sessões de tutoria na PUC/Sorocaba, em turmas dos cursos de medicina e enfermagem. A quantidade de sessões variou entre os membros da equipe, mas a maioria dos tutores acompanharam dois processos de abertura e fechamento de problemas. De modo geral, foram realizadas até que os futuros tutores se sentissem mais seguros.

Nossos tutores são fundamentais em cada etapa do processo da ABP e elegantemente manejam grandes responsabilidades. A eles cabem: ter sempre em mente que a ABP é centrada no aluno, conhecer os objetivos de cada módulo e toda a estrutura do curso, estimular a participação de todos os membros do grupo, estimular a cuidadosa análise do problema, ajudar todos a aprender a aprender (inclusive a si mesmos), usar conhecimentos adequadamente, formular questões instigantes e não fornecer explicações, avaliar o processo e os resultados alcançados, estar atentos às dificuldades individuais e manter uma escuta disponível, além de também oferecer a experiência vivenciada nos grupos tutoriais para o aprimoramento dos cursos.

Atualmente, procuramos nos encontrar ou usamos meios eletrônicos para manter a continuidade do alinhamento de nossas experiências. Antes da abertura de cada problema procuramos discutir objetivos, expectativas e funcionamento dos grupos. Depois do fechamento procuramos discutir nossas percepções sobre o processo, realizamos avaliações e procuramos fazer adequações constantes para garantir a qualidade e melhoria do processo. Nossa equipe está consolidada e relata grande satisfação em participar das formações no CRR.

A inserção da ABP na composição da carga horária e organização dos cursos

Os cursos oferecidos pelo CRR-UFSCar-Sorocaba foram organizados com carga horária de sessenta horas/aula; em módulos em número suficiente para satisfazer os objetivos e abordar todo o conteúdo de cada curso. Nas duas primeiras edições os encontros foram compostos por suporte teórico e sessões de ABP. Na terceira edição, que detalhamos neste trabalho, compusemos os encontros com dezesseis horas de suporte teórico, vinte e quatro horas direcionadas às sessões de ABP, realizadas no Núcleo ETC e intercaladas com vinte horas dedicadas às atividades supervisionadas de atendimento, divididas em quatro módulos. Ou seja, o aluno participava de dois dias com suporte teórico em que, na parte da manhã, todos os participantes do curso ficavam juntos e, no período da tarde, durante as sessões de ABP, ficavam divididos em pequenos grupos, com média de oito a dez alunos (seguindo a metodologia da ABP, a ser exposta mais adiante). Em seguida, o próximo encontro ficava direcionado às atividades supervisionadas que foram realizadas em espaços de instituições parceiras que desenvolvem trabalhos direcionados às pessoas que apresentam o uso problemático de drogas em suas experiências. Depois o processo recomeça até completar a carga horária. No quadro 2 apresentamos a configuração resumida de cada módulo:

Quadro 2- Configuração resumida de cada módulo

CARGA HORÁRIA		
Encontros realizados no Núcleo ETC		
Suporte Teórico	Sessões de ABP	
16 h Turma reunida Manhã	24 h Turma dividida em grupos Tarde	Dia 1 – Abertura de problema Dia 2 – Fechamento de problema
ATIVIDADES PRÁTICAS		
Encontros realizados em diferentes instituições parceiras		
20 h Turma dividida (seguindo a mesma formação dos grupos de ABP) Manhã e tarde	Dia 3 – Atividade supervisionada em diferentes serviços	

Fonte: Organizado pela autora

A elaboração de problemas para as sessões de tutoria

A elaboração de um problema para sessões de tutoria abrange diferentes aspectos. Na atualidade, não é difícil encontrar artigos e sites de instituições que adotaram a ABP com discussões sobre a temática. Em nossa experiência, seu planejamento se inicia na organização da estruturação do curso. Pensamos sobre os objetivos que pretendíamos abordar e qual a estratégia metodológica que poderia ser mais facilitadora para nosso público.

Ficamos atentos para que os momentos de suporte teórico, sessões de ABP e atividades práticas pudessem ser integrados, deixando o próximo momento mais interessante. Se, por exemplo, um objetivo que estivesse programado para ser trabalhado na ABP fosse abordado em profundidade no momento de suporte teórico, isso poderia deixar o problema desinteressante. Mas, se o problema instigar questionamentos, em geral, o aluno terá uma postura crítica e participativa quando encontrar uma temática próxima no momento de suporte teórico.

Procuramos ampliar a complexidade dos fenômenos abordados durante o desenvolvimento das atividades. Consideramos os conhecimentos prévios e as habilidades esperadas para a conclusão de cada módulo de cada curso. Pensamos que o problema apresentado deveria ser capaz de instigar o desejo de conhecer mais sobre determinados aspectos (teóricos, práticos, legais, psicossociais, fisiológicos, históricos, entre outros); que deveria ter conexões com experiências reais presentes no cotidiano dos profissionais que participarão dos cursos.

Os problemas podem ser apresentados em formatações variadas: textos com recortes de atendimentos ou situações específicas, notícias de jornal, charges, contos, fragmentos de textos, vídeos, trechos de filmes projetados ou transcritos, dramatizações, recortes de mídias com imagem e som, entrevistas com representantes comunitários, pessoas interessadas na solução de alguma questão social, familiar ou pessoal, entre outras (SAKAI; LIMA, 1996; BERBEL, 1998; QUEIROZ, 2012). O formato que mais utilizamos é o de narrativas textuais com dilemas ou desafios, direcionadas para contextos reais, adaptadas de acordo com os objetivos a que se propõem, com título, uma imagem e, às vezes, alguma tabela. Alguns apresentam parágrafos curtos, outros textos são mais extensos e detalhados.

Durante a elaboração refletimos se o material proposto seria capaz de: auxiliar realmente no desenvolvimento dos objetivos propostos, envolver alunos e tutores, encorajar reflexões e questionamentos críticos, reforçar habilidades desejadas, facilitar para que se ponderasse entre explicações fundadas no senso comum e aquelas baseadas no conhecimento técnico-científico, aproximar-se da realidade cotidiana dos profissionais agre-

gando soluções viáveis; permitir que todo o trabalho necessário fosse desenvolvido no tempo disponível.

Em geral, os problemas foram formulados por até três membros da equipe, mas antes de serem utilizados eram encaminhados (o texto, listagem dos objetivos de aprendizagem e de sua relação com o conteúdo constante na ementa, quando necessárias algumas orientações para seu desenvolvimento, indicação das sustentações e consultorias disponíveis, suporte bibliográfico básico e sugestões de leituras complementares) para todos os tutores e coordenadores, para que fossem avaliados, adequados e/ou melhorados.

O funcionamento prático da ABP no CRR

“O conhecimento só pode ser desenvolvido na própria ação do indivíduo”.

Paulo Freire

Por meio da ABP propomos o estudo e a busca por soluções de problemas. Ela é desenvolvida em grupos com oito a dez alunos e um tutor. Procuramos organizar os grupos privilegiando ao máximo a diversidade profissional (diferentes formações, serviços e cidades de atuações). O processo incluiu três diferentes momentos: abertura do problema (sessão de tutoria inicial/presencial); estudo autogerido (modalidade livre); e fechamento do problema (sessão de tutoria para encerramento/presencial). Cada sessão de tutoria, em geral, é realizada em três horas. No quadro 3 apresentamos as etapas que compõem cada momento do processo da ABP:

Quadro 3 - Composição resumida das sessões de tutoria em cada módulo

DIA 1 - ABERTURA DO PROBLEMA DURAÇÃO 3 HORAS	ESTUDO AUTODIRIGIDO	DIA 2 - FECHAMENTO DO PROBLEMA DURAÇÃO 3 HORAS
Organização e aquecimento	Momento de estudo e pesquisa	Aquecimento
Leitura do problema		Nova leitura
Trabalho com termos desconhecidos		Detalhes sobre o processo de estudo
Tempestade de ideias		Hipóteses: reformulação a partir dos novos dados
Levantamento de questões		Elaboração de síntese do problema
Formulação de hipóteses		Construção do Mapa Conceitual Grupal
Objetivos de aprendizagem		Avaliação
Plano de estudo		

Fonte: Organizado pela autora

Detalhando brevemente cada uma das etapas, destacamos o seguinte:

Dia 1 - Abertura do problema – A sessão de tutoria dura, em média, três horas

1. **Organização e aquecimento** – momento de agrupamento, com breves diálogos entre os componentes do grupo, com temáticas diversas. Nesse momento, dentre os alunos, é nomeado um coordenador e um secretário, que exercem tais papéis durante as sessões de abertura e de fechamento do mesmo problema. O secretário, com o apoio do grupo, registra em folhas de papel *Flip-Chart* as memórias da sessão de tutoria, que são fotografadas e socializadas por meio de ferramenta eletrônica do grupo virtual dos membros da tutoria. O coordenador procura orientar as discussões, ou seja, estimula a participação de todos e desestimula a monopolização das discussões, apoia o secretário, procura ajudar o grupo a respeitar posições individuais e promover o debate construtivo, estimula a apresentação de hipóteses e o aprofundamento das discussões, controla o tempo de desenvolvimento das atividades, procura resumir as discussões, quando pertinente, tenta promover a elaboração de objetivos claros, não amplos ou generalizados e solicita auxílio para o bom andamento das atividades. É desejável que todos os participantes exerçam esses papéis. Em geral, até que os participantes entendam a dinâmica da ABP, o tutor auxilia mais ativamente na coordenação do grupo. Mas em pouco tempo o grupo vai se tornando cada vez mais ativo.
2. **Leitura do problema** – estimulamos primeiro uma leitura individual e silenciosa e, em seguida, uma leitura grupal, que pode seguir diferentes dinâmicas: pode ser feita por um único participante ou por vários, por pessoas que interpretam as vozes de personagens da narrativa do problema ou de alguma outra forma que o grupo proponha.
3. **Trabalho com termos desconhecidos** – após a leitura, verificamos se há algum termo utilizado que seja desconhecido por qualquer um dos membros. O grupo discute e expõe suas compreensões. Nas primeiras edições, em geral, tais termos passavam a fazer parte das pesquisas realizadas durante o estudo autodirigido. Mas, nessa terceira edição, regulamentamos a busca imediata por meios tecnológicos, depois de constatarmos que não representava perda no processo de ampliação de conhecimentos.
4. **Tempestade de ideias** – discussão com uso de conhecimentos prévios, momento de indagações, críticas, análise do problema, questionamentos, como: O que ocorre? Por que isso ocorre? Como isso ocorre? Onde? Quando? Qual o contexto? Quais os fatores ambientais, biopsicossociais, econômicos? Quais as implicações para gestão pública?

5. **Levantamento de questões** – seleção das questões cruciais decorrentes da tempestade de ideias.
6. **Formulação de hipóteses** – elaboração de respostas que o grupo daria às questões naquele momento, usando bom senso, criatividade e conhecimentos prévios.
7. **Objetivos de aprendizagem** – elaboração de temas a serem estudados para responder as questões e verificar/refutar hipóteses formuladas.
8. **Plano de estudo** – ponderação e identificação sobre estratégias e fontes de informação que serão consultadas, como: livros, artigos, sites de busca, leis, programas de políticas públicas, especialistas, outros profissionais, bancos de dados, entre outros. Discussões sobre fontes confiáveis, possibilidades de acesso e dicas consideradas interessantes.

Momento de Estudo Autodirigido

Entre as sessões de tutoria de abertura e fechamento do problema há um momento de estudo e pesquisa, realizado por cada aluno, direcionado a todos os objetivos elaborados na sessão de abertura. Por ser um trabalho singular, nesse momento, não costuma ocorrer a “velha estratégia” de posicioná-lo entre os vários alunos. O processo de estudo e pesquisa auxilia para os próprios alunos tornarem-se fontes importantes de diferentes tipos de referências, trocando materiais entre si e indicando sites e fontes, sobretudo por meio de comunicação eletrônica mantida nesse intervalo entre os encontros tutoriais.

Para desenvolver o estudo e a pesquisa, os alunos contam com o Laboratório de Informática e a Biblioteca da UFSCar/campus Sorocaba e das instituições parceiras do projeto, com acesso à Internet e a bases de referência (CAPES, BIREME, PubMed, SciELO entre outras).

Recomendamos que, durante o estudo autodirigido, os conhecimentos sejam organizados em um mapa conceitual¹ individual, que se torna uma ferramenta útil para os alunos e facilita as discussões da sessão de fechamento. Contudo, nem todos os grupos se adaptaram ao seu uso; nesses casos o tutor fica mais atento ao modo encontrado pelos participantes do grupo para sintetizar e organizar seus conhecimentos.

¹ Mapa conceitual é uma estrutura gráfica que ajuda a organizar ideias, conceitos e informações de modo esquematizado. Ao idealizá-lo, em geral, a pessoa consegue criar ligações entre diferentes temas que fazem parte de determinado conhecimento, auxiliando na compreensão de quem o analisa.

Dia 2 - Fechamento do Problema – Novamente a sessão de tutoria dura, em média, três horas

1. **Aquecimento** – momento de agrupamento, com breves diálogos entre os componentes do grupo, com temáticas diversas.
2. **Nova leitura** – leitura grupal do problema.
3. **Detalhes sobre o processo de estudo** – cada aluno relata brevemente as dificuldades, impressões mais relevantes, surpresas, possibilidade de envolvimento e o que foi marcante no momento de estudo autodirigido. Cada participante é requisitado e estimulado a falar sobre o caminho trilhado em suas pesquisas, o que fomenta a possibilidade de se tornarem profissionais pesquisadores em tempo integral.
4. **Hipóteses** – reformulação a partir dos novos dados – ocorreu a avaliação das hipóteses iniciais, que são mantidas ou reformuladas, mas que seguramente receberam novos olhares.
5. **Elaboração de síntese do problema** – construção de resolução de questões cruciais despertadas por meio do problema e avaliação do alcance dos objetivos de aprendizagem.
6. **Construção do Mapa Conceitual Grupal** – agrega percepções coletivas e favorece diferentes habilidades do trabalho em grupo, tais como: comunicação funcional, flexibilidade, autoconhecimento, iniciativa, colaboração e administração de conflitos.
7. **Avaliação** – as avaliações envolvem alunos, tutores, coordenadores, equipe de apoio, os grupos, a metodologia e a funcionalidade geral do projeto; “todos avaliam tudo e a todos”. Elas nos permitem alguns ajustes durante a trajetória das turmas atuais dos cursos e para turmas futuras. Além das avaliações informais durante o processo da ABP, na finalização da sessão de fechamento os alunos preenchem uma avaliação impressa com questões objetivas e observações descritivas sobre os seguintes aspectos:
 - ▶ **Autoavaliação** – participação ativa nas tutorias, qualidade dos relacionamentos, incentivo à participação de outros membros do grupo, colaboração para que o grupo atinja os objetivos propostos, contribuições importantes para o fechamento da tutoria, construção de ponte entre o conhecimento prévio e o conhecimento adquirido.
 - ▶ **Avaliação do Grupo** – se é interativo, capaz de atingir os objetivos propostos e manter o foco nas discussões.

- ▶ **Avaliação da Tutoria** – se ajuda o grupo a focar nos objetivos do problema, encoraja a análise crítica, procura garantir uma atmosfera de aprendizagem amigável, faz perguntas que estimulam e permitem maior fluidez na discussão.
- ▶ **Avaliação do Problema** – se facilita a tempestade de ideias, se é capaz de ser estimulante, de trazer proximidade entre a situação do problema e situações reais, e se possui linguagem adequada.

Resultados

“O grupo de tutoria constitui um fórum de discussão, apresentando-se como um laboratório que possibilita uma aprendizagem sobre a interação humana, constituindo-se numa oportunidade para aprender a ouvir, a receber e assimilar críticas”.
(Lima, Komatsu, Padilha, 2003)

Somadas as três edições dos cursos do CRR-UFSCar-Sorocaba, temos oitocentos e cinquenta e cinco alunos formados, um contingente muito significativo para a região. O interesse pelos cursos já transcende os limites regionais pré-determinados, contando com a presença de representantes de cinquenta e um municípios. Mantemos uma média acima de 80% de alunos concluintes com bom desempenho, sendo que grande parte deles continua conectada com outros alunos, com tutores e/ou com a coordenação do CRR e, frequentemente, solicitam continuidade da formação.

O número reduzido de alunos por grupo de tutoria facilita a possibilidade de conhecer cada aluno e de proporcionar um espaço de expressão das subjetividades, de identificar o nível de interesse e os ritmos diferenciados de cada participante. Lidar com alunos progressivamente mais ativos, questionadores, argumentativos, que embasam suas falas em justificativas pertinentes, tem se configurado como um ponto forte e gratificante para os tutores. Nossa experiência com a ABP mostra que os membros da equipe de tutoria e de coordenação envolvidos no desenvolvimento das atividades apresentam boa qualidade de vinculação e cooperação, um movimento que se repete entre os membros dos grupos de tutoria.

Além da aprendizagem sistematizada, o processo da ABP permite o desenvolvimento de habilidades de comunicação, colaboração, pesquisa, uso de tecnologias, planejamento, autogerência em tarefas, pensamento crítico e solução de problemas. De modo geral, ela facilita a mobilização do potencial social, político e ético dos alunos que, independentemente da dimensão, participam da construção e transformação de seu cotidiano.

Os participantes constroem e/ou fortalecem uma visão integral do fenômeno do uso de drogas; realizam uma aproximação, significação e (re)qualificação de vivências e conheci-

mentos prévios; ampliam as possibilidades de ajuda entre si, no cotidiano de diferentes serviços; ultrapassam barreiras geográficas; valorizam a transversalidade; procuram favorecer o acesso à rede de cuidados; buscam melhores condições de desenvolvimento de suas práticas profissionais; valorizam relações interpessoais, garantindo a expressão e o reconhecimento das dificuldades como um aspecto inerente a atuação e com o sentimento de pertença entre o grupo, e ainda articulam o conhecimento formal dos princípios e diretrizes organizativas do SUS e SUAS com as práticas de atenção na rede.

No processo, frustrações, conquistas, angústias, pesquisas, possibilidades e conhecimento, cada elemento trazido recebe espaço e utilidade no processo de aprendizagem. Assim, a aprendizagem também passa pelo cuidado. Durante o desenvolvimento dos cursos, discutimos e aprendemos juntos. A percepção dos efeitos positivos da troca entre os alunos, a viabilização do compartilhamento e gerenciamento de casos na rede, o trabalho integralizado, a qualidade das conversas e a necessidade de um ambiente de diálogo fluem para a construção de um espaço contínuo para trocas, reflexões sobre políticas públicas e discussões de temas, em especial, direcionados a temáticas do uso prejudicial de drogas.

Considerações finais

O projeto pedagógico dos cursos promovidos pelo CRR-UFSCar-Sorocaba busca contribuir com a formação técnica e, sobretudo, visa contribuir com a formação cidadã. Nesse trabalho, buscamos fomentar a discussão e reflexão em torno dos desafios e das contribuições possíveis de profissionais das áreas da saúde, assistência social, educação e a garantia de direitos para a prática cotidiana no campo da saúde coletiva, por meio do uso da ABP, que representa o desenvolvimento efetivo de uma estratégia de formação continuada em consonância com as políticas de intersectorialidade defendida na Política Nacional sobre Drogas.

A experiência possibilita importantes reflexões sobre a atuação dos profissionais diante de questões sociais da atualidade e da saúde coletiva. Em nosso cenário, um fator importante é que, ao mesmo tempo, a capacitação também se mostra uma estratégia eficiente para lidar com o cenário regional em que políticas públicas mais progressistas (como aquelas baseadas na redução de danos), coexistem com a presença de políticas mais conservadoras (e também proibicionistas, hospitalocêntricas e medicamentosas). Nesse processo de formação, independentemente das ocupações, fomos todos cidadãos, críticos, cuidadores em constante colaboração e (trans)formação.

Referências bibliográficas

BARROS, N. F.; LOURENÇO, L. C. A. O ensino da saúde coletiva no método de aprendizagem baseado em problemas: uma experiência da Faculdade de Medicina de Marília. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 3, n. 30, p. 136-146, 2006.

BERBEL, N. A. N. A Problematização e a Aprendizagem Baseada em Problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, n. 2, p. 139-154, Fev. 1998.

GIANINI, R. J. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem e sua inserção no projeto CRR-UFSCar. In: GARCIA, M. R.; FRANCO, Y. O. (Orgs.) **Usuários de Drogas: da invisibilidade ao acolhimento**. Sorocaba: Eduniso, p. 145-158, 2013.

LIMA, V. V.; KOMATSU, R. S.; PADILHA, R. Q. Desafios ao desenvolvimento de um currículo inovador: a experiência da Faculdade de Medicina de Marília. **Interface**, Botucatu, v. 7, n. 12, p. 175-184, 2003.

OLIVEIRA, A. R. C. **Entre retalhos cotidianos, práticas discursivas e drogas - perspectiva ecologista de educação**. Tese (Doutorado em Educação)- Universidade de Sorocaba, 2015.

QUEIROZ, A. PBL, problemas que trazem soluções. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, Salvador, v. 1, n. 1, p. 26-38, Dez 2012.

SAKAI, M. H.; LIMA, G. Z. PBL: uma visão geral do método. **Olho Mágico**, Londrina, v. 2, n. 5/6, p. 1-4, 1996.

Redes e projetos sociais: uma experiência de processo formativo em redes de atenção a usuários de drogas no CRR-DIMESAD-UNIFESP

Alessandra Nagamine Bonadio, Maria Valeria Contreras, Margareth Arrebola Tredice, Bruno Azevedo Bittencourt, Eroy Aparecida da Silva

“A cabeça pensa onde os pés pisam.”
Frei Betto

Redes e Políticas Públicas

O consumo de álcool e outras drogas e as diversas consequências a ele associadas tem gerado debates e reflexões no âmbito científico, nas práticas cotidianas dos profissionais e nas políticas públicas. O elevado custo social e econômico relacionado a esse fenômeno é uma realidade em âmbito mundial (DEGENHARDT; HALL, 2012). Na América Latina, o consumo de álcool causa milhares de mortes e milhões de anos de vida saudável são perdidos por enfermidades agudas e crônicas associadas ao consumo (MONTEIRO, 2013). Considerando-se a complexidade e a multidimensionalidade envolvidas nos problemas relacionados ao consumo drogas, e dada a natureza biopsicossocial do fenômeno, o Brasil vem propondo uma série de ações visando à atenção integral do usuário e seus familiares. As políticas públicas de saúde mental, no Brasil, tendem a manter esforços de não se configurarem apenas como uma relação de produção, distribuidora de serviços e produtos relacionados à saúde. Propõem-se a construir um campo de atenção integrado, de acesso universal e equânime, sendo a dinâmica de interlocução desse campo a dinâmica estabelecida em rede (BRASIL, 2005). A noção de responsabilidade no campo da saúde mental consiste em um processo de negociação, divisão e delegação de encargos entre profissionais, familiares, usuários e membros da comunidade que se vinculam ao portador de transtorno mental, componentes essenciais da rede. Estes são convidados de diferentes maneiras a tomar para si um papel de atuação na prestação da assistência, formando redes de suporte social em que se procura construir outro destino social para a pessoa em sofrimento, diferente da internação, do abandono ou do estigma (HECK et al., 2008).

Essa noção norteia todo o princípio do cuidado em saúde mental proposto pelo paradigma psicossocial e, conseqüentemente, sua aplicação, seu *modus operandi*, em rede. Destacam-se na literatura as evidências de melhora no âmbito sanitário e econômico associadas à atenção integrada da saúde, a partir do trabalho em rede (MENDES, 2011), conforme já preconizado pela Política Nacional de Saúde Mental, incluindo-se os usuários

de álcool e outras drogas, com a construção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), cuja finalidade é a integração dos vários serviços na comunidade, conforme se discute a seguir.

A política do Ministério da Saúde preconiza o fortalecimento da rede de serviços de saúde e sociais, apontando para a atenção integral dos usuários na comunidade, mediante uma interação contínua entre serviços e equipamentos (BRASIL, 2003). Mediante a Lei Federal nº 10.216/2001, ancorada nos princípios do movimento da Reforma Psiquiátrica, diversas ações têm sido propostas (HIRDES, 2009). Em 2011 foi instituída, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (BRASIL, 2011) como um modelo de atenção à saúde mental que enfatiza a participação social e a abordagem comunitária do usuário de álcool e outras drogas, objetivando o incremento do acesso dos usuários aos serviços a partir de diversas portas de entrada da rede (TRAPÉ; CAMPO, 2017). A RAPS configura a possibilidade de se estabelecer de fato a estratégia do paradigma psicossocial, ao instituir a possibilidade de articulação do cuidado em uma rede integrada de pessoas e recursos. Esse modelo de atenção integral em rede demanda, desde sua conceituação teórica e ético-política, uma articulação de componentes intersetoriais, já que pressupõe ações conjuntas de organizações governamentais e comunitárias (SOUZA, 2015).

Porém, como a abordagem em rede se processa nos cotidianos profissionais? Quais os desafios enfrentados e as estratégias de superação encontradas? No âmbito específico da atenção a usuários de substâncias psicoativas, recente revisão da literatura destacou a escassez de estudos voltados à compreensão da temática das redes de atenção, ainda que o discurso dos profissionais sobre a relevância da rede seja hegemônico (COSTA et al., 2015). Segundo aponta a literatura, a rede é concebida como um artifício efetivo para o cuidado de pessoas com problemas relacionados ao consumo; no entanto, apresenta em sua execução cotidiana importantes desafios, entre eles: o desconhecimento sobre os recursos da rede do território; a fragilidade da formação dos profissionais sobre o tema relacionado ao abuso de drogas; a compreensão sobre o tema e a gestão da rede (COSTA et al., 2015). Em resposta a tais desafios, e como uma necessidade do cotidiano de trabalho, surge a demanda dos profissionais por educação permanente sobre o tema. Nesse contexto, emergiram no Brasil, a partir de 2011, os Centros Regionais de Referência (CRRs), uma parceria entre o Governo Federal, por meio da Secretaria Nacional de Política sobre Drogas (SENAD) e as Universidades Públicas, para a capacitação de profissionais da rede pública sobre o tema do álcool e outras drogas.

Neste capítulo, apresentaremos a experiência desenvolvida no Módulo Redes e Projetos Sociais, a última etapa do processo formativo em álcool e outras drogas, proposto pelo CRR-DIMESAD-UNIFESP, em sua segunda edição, em 2016. Pretendemos, a partir das reflexões suscitadas nessa experiência, destacar alguns eixos que consideramos fundamentais para favorecer o trabalho em rede e o processo formativo sobre esse tema.

A estruturação do Módulo Redes: a construção de um método de trabalho

O Módulo Redes e Projetos Sociais foi a última fase de um processo formativo proposto em três etapas, a saber:

1. Módulo introdutório, sobre conceitos básicos e contextos de uso de drogas;
2. Módulo de especialidades, voltado a demandas específicas de conhecimento, conforme a população atendida (adolescentes em vulnerabilidade social; população em situação de rua; demandas relacionadas ao atendimento em hospitais e maternidades); e, por fim
3. Módulo Redes e Projetos Sociais, de caráter eminentemente prático e realizado de maneira itinerante nos territórios das várias regiões da cidade de São Paulo. Dessa maneira, ter participado de alguma formação prévia sobre o tema das drogas constituía um critério para inscrição no Módulo Redes.

A criação de um módulo voltado especificamente à atuação em rede resultou da avaliação realizada em conjunto aos profissionais que participaram da primeira edição do CRR-DIME-SAD-UNIFESP, em 2014. Considerando a complexidade envolvida na assistência ao usuário de álcool e outras drogas e a multidimensionalidade desse tema, na avaliação realizada, os profissionais destacaram como uma das principais dificuldades enfrentadas no cotidiano profissional a articulação em rede com outros serviços do território, além da necessidade de espaços de reflexão focalizando a prática assistencial. Especificamente em relação ao formato dos cursos, foi pedida a inclusão de mais tempo, no próprio cronograma do curso, para o desenvolvimento dos projetos de articulação teórico-práticos. Considerando esse contexto, compreendemos que a oferta de um módulo voltado às demandas da articulação da rede assistencial, focalizando os desafios enfrentados na prática cotidiana e executado prioritariamente nos territórios, atenderia às demandas emergentes.

Constituíram objetivos do Módulo Redes:

- Favorecer espaços de reflexão coletiva sobre o trabalho em rede, contribuindo para a ampliação do conceito de rede e para o fortalecimento dessa possibilidade de trabalho na prática cotidiana, com base no desenvolvimento de autonomia e resiliência das equipes participantes;
- Contribuir para o mapeamento dos recursos reais e potenciais existentes nos territórios e para a melhoria da articulação entre eles;
- Fomentar o desenvolvimento das habilidades pessoais envolvidas nas conexões intersetoriais e interinstitucionais;

- Contribuir para o desenvolvimento de um olhar abrangente e crítico sobre a problemática envolvida na assistência ao usuário de álcool e outras drogas e seus familiares, considerando a complexidade envolvida no tema e a necessidade do trabalho em rede.

Nesse sentido, um dos focos centrais do Módulo Redes foi estimular a convivência entre profissionais de diferentes setores, a troca de saberes entre eles, a multiplicação de conhecimentos, favorecendo a desconstrução de estigmas e crenças e focalizando a apropriação das parcerias existentes e o desenvolvimento de novas parcerias, com foco na qualidade das conexões estabelecidas.

Assim como os módulos precedentes, a estruturação do Módulo Redes deu-se a partir do contato com profissionais de diferentes setores (saúde, assistência social, sistema penitenciário, educação, sistema judiciário etc.), que participaram dos cursos anteriormente realizados pelo CRR do município de São Paulo, em 2014. Na avaliação dos cursos realizada à época, o trabalho em rede emergiu como um dos principais desafios enfrentados pelos profissionais em suas práticas cotidianas, evidenciando a necessidade de se priorizar ações que favorecessem a articulação entre os diferentes setores envolvidos na atenção ao usuário de drogas (MATTA et al., 2016).

Além do contato com os profissionais, o Módulo Redes também foi estruturado a partir de reuniões com as secretarias parceiras do CRR, a fim de se levantar os conteúdos que seriam abordados no processo formativo, considerando as demandas e realidades dos trabalhadores.

O terceiro pilar que apoiou a estruturação do Módulo Redes foram as reuniões com a equipe de supervisores que acompanhou os profissionais em campo. A ênfase na intervenção, em oposição à supervisão, nos pareceu fundamental, na medida em que implica no abandono da concepção verticalizada de aprendizado, na qual o supervisor é o detentor do conhecimento a ser transmitido. Em consonância com os princípios da Educação Permanente, optamos pela figura do supervisor como um facilitador do processo formativo, ancorado na reflexão coletiva, na troca de conhecimentos e na construção compartilhada do saber. A equipe de supervisores foi composta por dez pessoas, entre psicólogos, assistentes sociais e jornalista, todos com experiência prévia de trabalho no campo do álcool e outras drogas, no âmbito da atenção direta ao usuário ou no âmbito de processos formativos sobre o tema. Dessa maneira, destacamos a ênfase na construção coletiva envolvida na estruturação do Módulo Redes e Projetos Sociais, desde a sua concepção até os produtos concretos que emergiram a partir do processo formativo, conforme se discutirá adiante.

O formato final do curso consistiu em dez encontros semanais, totalizando uma carga horária de cinquenta e duas horas. Como uma das características primordiais deste Módulo

destacamos os encontros itinerantes, os quais aconteceram primordialmente nos territórios, em diferentes equipamentos da rede, identificados pelos participantes do curso. A busca por lugares do território para realizarem os encontros do Módulo Redes ficou a cargo dos profissionais, como estratégia para estimular o protagonismo dos participantes, a partir de um desafio semanal concreto, cuja resolução já lhes exigia esforço coletivo, comunicação e trabalho em equipe. Ainda a fim de favorecer o protagonismo dos participantes, a intervenção ocorreu em semanas intercaladas aos encontros autônomos dos grupos, mantendo-se, contudo, durante esse período, a possibilidade de comunicação com o intervisor via celular, *WhatsApp* ou *email*.

Outra característica fundamental desse Módulo, assim como em todos os demais cursos oferecidos pelo CRR, foi a formação de turmas multiprofissionais, possibilitando o contato com trabalhadores de diferentes setores de atuação e de diferentes serviços, de uma mesma secretaria. Esta heterogeneidade, conjuntamente aos encontros itinerantes previstos ao longo do processo formativo, foi fundamental para favorecer, desde o espaço de formação, a troca e a articulação entre os profissionais cursistas.

A divisão dos participantes do Módulo em grupos por território de atuação constituiu um dos desafios enfrentados no curso, dada a magnitude e complexidade de uma cidade como São Paulo, somada às distintas concepções sobre o conceito de território para além do recorte geográfico. Após bastante debate, e com todas as limitações envolvidas em qualquer recorte, os cursistas foram agrupados por região de atuação, dando origem a quatro grupos (norte, sul, leste e centro-oeste). Destes, os grupos da região sul e centro-oeste foram subdivididos em dois grupos menores cada, a fim de facilitar o trabalho, já que ambos agregavam grande número de participantes. Cada grupo contou com uma média de doze participantes e foi acompanhado por um intervisor, que permaneceu como facilitador do trabalho do mesmo grupo durante todo o processo formativo. A presença do intervisor em campo, em uma semana, era intercalada com encontros autônomos do grupo, na semana seguinte, quando os participantes se reuniam para conduzir a atividade planejada. Conforme enfatizado anteriormente, esse formato tinha por aposta o protagonismo dos profissionais, procurando minimizar o desafio que frequentemente ocorre em atividades práticas, quando da saída dos facilitadores, no encerramento do trabalho.

O método de trabalho desenvolvido no Módulo Redes constituiu, assim, uma experiência-piloto, na medida em que pretendíamos conduzir um processo formativo sobre o tema das redes de atenção que ocorresse predominantemente nos territórios e que fosse pautado em projetos e em ação. A discussão de alguns temas específicos guiou o trabalho realizado em campo.

Temas abordados no Módulo Redes e Projetos Sociais

Durante o processo formativo, foram trabalhados temas pontuais e temas transversais, que passaram a atenção dos supervisores ao longo de todo o processo, como, por exemplo, o preconceito e estigma; comunicação e escuta empática; postura propositiva; tolerância às diferenças. Os temas específicos, trabalhados pontualmente em encontros específicos, foram: Políticas Públicas pertinentes ao campo do álcool e outras drogas; rede social e diagnóstico dos recursos e desafios do território; prioridades do território, considerando-se os campos de vulnerabilidades e as possibilidades de ação; estruturação de um projeto de ação, que seria desenvolvido coletivamente nos distintos territórios dos profissionais que participaram do módulo. Temas e exercícios foram assim elencados, dando base a uma proposta de ação no território pertinente aos desafios enfrentados pelos profissionais participantes, com a criação, desenvolvimento e conclusão dentro do período do curso e chegando, portanto, à décima semana com um produto final para apresentação.

Como estratégia para trabalhar os temas transversais foram utilizadas dinâmicas em duplas e em grupos (exemplo: dinâmica voltada à habilidade de comunicação); instrumento gráfico adaptado do Mapa Mínimo de Relações, proposto por Sluzki (1997), preenchido individualmente e posteriormente de maneira coletiva, de acordo com os grupos de cada território; listagem dos desafios e recursos do território; dinâmica em grupo (campo de preocupação *versus* campo de ação) para facilitar a escolha das prioridades que poderiam ser consideradas no projeto de ação. Um dos focos centrais das atividades realizadas foi auxiliar os participantes a desenvolver uma postura propositiva, que os auxiliasse a retomar a potência frequentemente perdida diante das inúmeras dificuldades enfrentadas nos cotidianos de trabalho. Assim, as intervenções realizadas pretendiam favorecer a identificação, dentre as diversas problemáticas levantadas, das dificuldades que estavam em suas áreas de incumbência, daquelas que, embora fossem fonte de preocupação, estavam fora do seu campo de atuação. Posteriormente, foi-lhes solicitado que as colocassem em ordem de prioridade e pensassem em estratégias coletivas de ação para enfrentá-las.

Um roteiro de projeto de ação, organizando algumas etapas a serem percorridas, foi elaborado em grupo, durante encontro facilitado pelo supervisor. Em encontro subsequente, cada grupo se reuniu para iniciar a elaboração do projeto de ação, de maneira autônoma, com base no desafio do território por eles priorizado. Na semana seguinte, novamente mediada pela presença do supervisor, a proposta foi refletir sobre as dificuldades enfrentadas e as soluções encontradas para colocar em prática o roteiro coletivo do planejamento realizado, compartilhando as experiências sobre o processo de construção dos projetos

de ação. Tais projetos foram apresentados para todos os participantes do curso no último encontro do Módulo Redes, que contou também com a participação de alguns gestores, convidados para conhecer o produto final elaborado ao longo do processo formativo.

As propostas de ação como produtos concretos do processo formativo

Destacamos a seguir alguns projetos de ação que resultaram do processo formativo realizado no Módulo Redes, a fim de ilustrar o trabalho desenvolvido.

Um dos projetos foi intitulado “Conectando pessoas, tecendo redes- Produzindo relações para transformação de vidas”. O objetivo dessa ação foi sensibilizar e fortalecer a rede dentro do território onde se localiza um Hospital de Custódia. O problema que inspirou a ação foi a dificuldade de fazer o trabalho de aproximação familiar e encaminhar os pacientes em alta para outros equipamentos de saúde e suporte social, visto que um dos principais eixos de trabalho da unidade é buscar uma reaproximação familiar, possibilitando a continuidade do tratamento fora da instituição à medida que o paciente se estabiliza. Esse processo, contudo, esbarra em relevante restrição de direitos, além de forte preconceito e estigma. Outro agravante, que aponta a importância da rede de atenção, resulta da longa permanência de muitos pacientes no Hospital de Custódia e de seu histórico de vida, marcado, às vezes, por crimes contra os próprios familiares, fragilizando ainda mais ou rompendo em definitivo os vínculos, tornando o processo de reintegração ainda mais complexo e desafiador. A ação desenvolvida por esse grupo consistiu em um evento de um dia, realizado dentro da unidade hospitalar. A partir do contato com outros equipamentos do território e de contatos estabelecidos em uma reunião intersetorial (Fórum Intersectorial sobre Drogas e Direitos Humanos), a equipe da unidade abriu as portas da instituição para que a comunidade pudesse conhecer e desmistificar o que é um Hospital de Custódia, sensibilizando-os para as dificuldades por eles enfrentadas e iniciando a possibilidade de parcerias futuras. O dia teve início com um café da manhã oferecido pela equipe do hospital, em que os pães servidos foram produzidos pelos pacientes na padaria artesanal da unidade. A seguir, um dos convidados da rede proporcionou aos participantes do encontro – entre convidados, pacientes e trabalhadores – um exercício baseado no teatro do oprimido, cujo objetivo foi sensibilizar os participantes para suas próprias experiências de vida. Na sequência foram apresentadas pela equipe do hospital a história da unidade, os desafios enfrentados no cotidiano de trabalho, suas demandas, êxitos e os pontos a serem melhorados, inclusive a partir das parcerias com recursos do território. Entre os desafios enfrentados por esse grupo para execução da proposta de ação destaca-se a baixa adesão de representantes de serviços do território convidados para participar da atividade, a despeito da postura ativa da equipe do

hospital, que incluiu visitas pessoais aos serviços da região. Tal fato, contudo, não constituiu uma surpresa, visto que a dificuldade de estabelecer parcerias foi justamente um dos fatores que motivaram a ação realizada. Dentre os fatores que viabilizaram a realização da ação planejada destacam-se, além da postura ativa e compromissada dos participantes do grupo, o apoio e a colaboração da direção do hospital às iniciativas propostas pela equipe e aos próprios cuidados com a equipe – a exemplo do incentivo para que frequentassem os cursos de formação.



Imagem estilizada do evento realizado no Hospital de Custódia

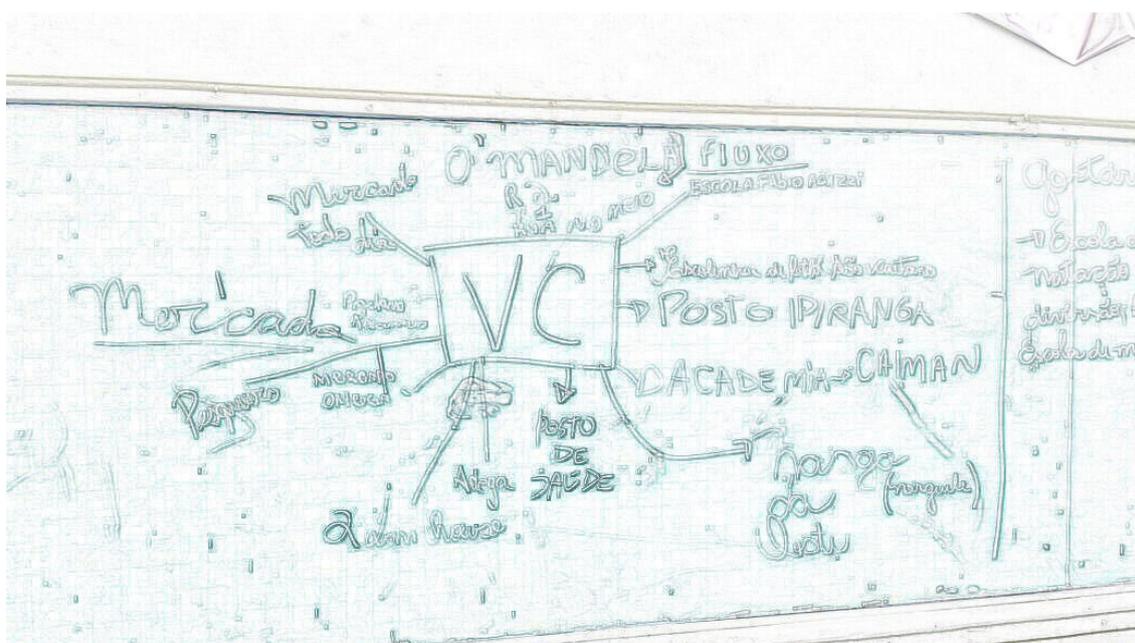
O segundo projeto de ação que apresentamos como produto do processo formativo intitulou-se “Além dos muros” e foi realizado em uma escola pública estadual localizada na periferia de São Paulo, escolhida pela situação de alta vulnerabilidade. Além dos profissionais participantes do curso, a intervenção realizada procurou envolver a direção da escola, professores, alunos e seus familiares, com o intuito de potencializar a comunicação entre alunos e direção da escola, estendendo-a para a comunidade. O foco da ação foi promover junto aos estudantes um diálogo sobre questões relacionadas à juventude, às famílias, à escola e ao bairro, identificando potencialidades que pudessem favorecer os processos de ensino e aprendizagem e o fortalecimento do trabalho em rede naquela comunidade.

A sala escolhida foi a do oitavo ano e o trabalho realizou-se em duas etapas. No primeiro encontro, a busca foi por potencialidades. Através de dinâmicas e atividades propostas pelos facilitadores do processo, o objetivo foi que os alunos respondessem a quatro questões:

1. Como os alunos se viam;

2. Como viam suas famílias;
3. O que os alunos pensavam sobre a escola; e
4. O que os alunos conheciam no bairro.

Nessa atividade, os participantes expressaram curiosidade sobre valores sociais e relações humanas; refletiram sobre as dificuldades de olharem para si mesmos; discutiram questões relacionadas às suas percepções sobre a escola, o que gostavam naquele espaço, o que achavam que precisaria melhorar e como poderiam contribuir nesse processo. Os alunos registraram suas ideias e apresentaram por fim uma síntese dessas reflexões, finalizando o processo com a construção coletiva de um mapa da rede local, a partir dos recursos que conheciam no bairro. O segundo encontro teve o propósito de aprofundar as reflexões sobre a relevância das parcerias na rede local para a vida coletiva. Esse encontro contou com a participação dos mesmos alunos como protagonistas e dos professores da escola. Infelizmente, não houve a participação dos pais, embora o convite para integrar esse encontro tenha sido estendido a eles.



Rede local construída pelos alunos na ação desenvolvida na escola pública.

Outro projeto de ação que emergiu no Módulo Redes foi o desenvolvimento de uma proposta de trabalho baseada na interface entre o Tratamento Comunitário (TC) e as redes formais e informais. O tema relacionado ao TC está detalhadamente descrito no capítulo “Trabalhando com o território: práticas de formação permanente na área de álcool, tabaco e outras drogas”, deste livro. Fizeram parte dessa experiência profissionais das várias áreas da região sul da cidade de São Paulo, dentre eles: educadores/professores, assistentes sociais, profissionais advindos da área da justiça, redutores de danos, agentes comunitários de saúde. Uma questão importante trazida pelo grupo foi: como profissionais advindos de

locais e profissões diferentes poderiam dar conta de discutir conjuntamente e o que poderiam desenvolver nos territórios que pudesse resultar em “pontes de convergência no trabalho”. Com os encontros sucessivos, o grupo percebeu que tinham muito mais pontos em comum do que imaginavam. Isso foi possível a partir da organização de um encontro baseado na metodologia do “*World Café*” (BROWN; ISAACS, 2007). Essa metodologia tem por finalidade estimular o processo dialógico e participativo a partir de “conversações significativas”, voltadas a responder questões relevantes para um grupo na comunidade. Partindo de perguntas-chave, e determinando um tempo limitado para o grupo desenvolver a conversa, a metodologia do *World Café* auxilia as pessoas a manterem o foco e a direção da conversa. Na experiência realizada no Módulo Redes, esse encontro teve duração de uma manhã e o grupo foi dividido em quatro subgrupos, que tinham por objetivo discutir as seguintes questões: tarefas e papéis dos serviços públicos; seus desafios e potencialidades; dificuldades para o entrelaçamento das redes; e os cuidados com quem cuida. A participação e interação entre os participantes culminou na elaboração de propostas de articulação em rede que foram apresentadas aos profissionais das outras regiões.

Considerações finais

Na condição de um curso piloto, diversos foram os desafios enfrentados durante o processo formativo proposto. O fato de constituir o último módulo de uma formação proposta em etapas sequenciais, no decorrer de meses, trouxe o desafio de que os profissionais conseguissem liberação de suas unidades para frequentar mais um módulo da formação, afastando-se do serviço por mais um período. Outro desafio enfrentado relacionou-se à escolha dos critérios para a constituição dos grupos de trabalho. A opção por formar os grupos com base no território de atuação foi a solução encontrada, já que um dos objetivos do processo formativo era melhorar a qualidade das conexões entre pessoas e recursos de um mesmo território de atuação. O desafio, contudo, circunscreveu-se à própria definição de “território de atuação”, que sabemos ir muito além de um limite geográfico, envolvendo a circulação de afetos e relações. Contudo, apesar das evidentes dificuldades relacionadas a esse critério de escolha, a opção pelo critério territorial permaneceu, e o curso abarcou participantes das diversas regiões da cidade de São Paulo, agrupados em quatro regiões (norte, sul, leste e centro-oeste), e alguns subgrupos de trabalho. O fato de os cursos do CRR serem voltados prioritariamente a profissionais da rede pública constituiu uma outra fragilidade do processo formativo realizado no Módulo Redes, dada a ausência de outros atores relevantes nas redes de atenção a pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas, a exemplo de lideranças comunitárias, os próprios usuários e seus familiares. Por fim, destacamos o desafio relacionado ao número elevado de pessoas, que compunham a equipe de supervisores do curso. O fato de apresentarem dis-

tintas experiências de trabalho e de estarem diante de um curso piloto, construído a cada encontro, exigiu de todos uma comunicação cuidadosa e o alinhamento das expectativas e compreensões sobre os propósitos e os métodos do curso. Esse desafio foi manejado a partir de muito diálogo e respeito às diferentes experiências e trajetórias de trabalho dos membros da equipe.

Entre os fatores que contribuíram favoravelmente para o processo formativo proposto no Módulo Redes destacamos alguns aspectos. De maneira geral, o tempo de duração proposto pelo curso (dez semanas/cinquenta e duas horas) foi considerado adequado pelos participantes. Assim como a distribuição dos encontros em frequência semanal com duração de quatro horas cada, a maioria deles. Alguns poucos encontros ocorreram em oito horas diárias, o que, em geral, foi considerado excessivo pelos participantes, em função do cansaço relacionado à carga horária diária elevada e às demandas do serviço. O embasamento do Módulo nos princípios da Educação Permanente foi outro ponto de extrema relevância para o processo desenvolvido, na medida em que foram valorizados os desafios práticos enfrentados pelos profissionais em seus cotidianos de trabalho; a horizontalidade envolvida na construção coletiva do saber; bem como a experiência prática dos participantes para a construção desse processo. Além disso, a proposta de que o curso resultasse concretamente no planejamento de um projeto de ação pertinente a um desafio real enfrentado pela comunidade também pareceu bastante relevante para auxiliar no maior engajamento dos participantes no processo formativo proposto. A própria heterogeneidade do grupo de participantes, envolvendo diversos setores, serviços e áreas de atuação dentro de uma mesma instituição constituiu um fator positivo ao desenvolvimento do trabalho. Em relação aos propósitos do processo formativo, o fato de ser um curso presencial, possibilitando desde a formação o contato pessoal entre os profissionais, a troca de experiências e a melhora das conexões entre os profissionais da rede, constituiu outro fator relevante, sobretudo considerando-se os propósitos do curso, pautado na temática das redes de atenção. Os encontros itinerantes nos territórios, possibilitando que os profissionais circulassem por outros equipamentos de seu território, conhecendo melhor suas ações e propósitos e os procedimentos para a inserção nos serviços, também foi convergente com os propósitos do Módulo Redes, contribuindo para favorecer os objetivos propostos. Além disso, o fato de terem sido intercalados encontros em que o grupo se reunia autonomamente, com encontros facilitados pela figura do intersetorializador, foi outro aspecto relevante desse processo, favorecendo o protagonismo e a autonomia dos participantes. Destacamos a relevância das reuniões periódicas entre a equipe de intersetorializadores do curso, a fim de compartilhar as vivências em andamento nos diferentes grupos, alinhar as ações que seriam desenvolvidas nos encontros subsequentes e auxiliar na troca de reflexões sobre dificuldades específicas que emergiam em cada subgrupo no decorrer do processo formativo.

Destacamos, por fim, em consonância com a literatura sobre o tema, a relevância de avaliação longitudinal do processo formativo realizado no Módulo Redes, a fim de acompanhar os desdobramentos das ações propostas nos diferentes territórios, bem como as demandas existentes para novas formações. Tais processos avaliativos são fundamentais para a criação de novas metodologias de trabalho, sobretudo considerando-se a incipiência das ações em rede no campo dos transtornos mentais e dos problemas relacionados ao consumo de drogas. Metodologias que favoreçam a atuação em rede e a consolidação da RAPS, contribuindo para melhorar a atenção dispensada aos usuários de drogas, mesmo em um cenário de difícil conjuntura econômica e política como o que atravessamos na atualidade.

Referências bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS, Nov. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.088**. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>

BROWN, J.; ISAAC, D. **O World Café**. São Paulo: Cultrix, 2007.

COSTA, P. H.; MOTA, D. C.; PAIVA, F. S.; RONZANI, T. M. Desatando a trama das redes assistenciais sobre drogas: uma revisão narrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2015.

DEGENHARDT, L.; HALL, W. Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease. **Lancet**, v. 9810, n. 379, p. 55-70, 2012.

HECK, R. M. et al. Gestão e saúde mental: percepções a partir de um centro de atenção psicossocial. **Texto and Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 647, 2008.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência & Saúde Coletiva**, p. 297-305, 2009.

MATTA, A. N. B.; LOCATELLI, D.; SILVA, E. A.; CONTRERAS, M. V.; BITTENCOURT, B.; NOTO, A. R. Processos formativos em álcool e outras drogas para trabalhadores da rede pública do município de São Paulo: a experiência do CRR-DIMESAD-UNIFESP. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del-Rei, v. 3, n. 11, p. 637-649, 2016.

MENDES, E. V. As Redes de Atenção à Saúde. 2ª ed. Brasília-DF: Organização Pan-Americana da Saúde-Representação Brasil, 2011.

MONTEIRO, M. G. Alcohol y Salud en América Latina: como impedir un desastre sanitario? **Adicciones**, n. 25, p. 99-105, 2013.

SLUZKI, C. E. **A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SOUZA, D. Políticas sobre drogas e redes sociais: **Desafios e possibilidades**. In: SILVA, E. A.; MOURA, Y. G.; ZUGMAN, D. K. (Orgs.) São Paulo: Red Publicações, 2015.

TRAPÉ, T. L.; CAMPO, R. O. Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação. **Saúde Pública**, v. 19, n. 51, 2017.

Tratamento Comunitário (TC). Uma experiência de formação na ação

Efrem Milanese, Eroy Aparecida da Silva, Luca Santoro Gomes,
Renato Nogueira dos Santos, Jeane Celia Santana Santos,
Rosana do Carmo Cruz, Cristiane Marchl Soares,
Regina Esther de Araujo Celeguim Tuon, Tatiana Mendes Alencar,
Tatiane Lopes de Souza, Eliane da Silva Soares, Maria Ester da Silva,
Thais Domingos Graciano, Raquel Barros

Introdução



“No início do curso de tratamento comunitário (...) não conseguia entender de que forma iríamos trabalhar com a população de rua do nosso território, como em uma comunidade. No decorrer do curso, quando fomos a campo, foi ficando mais claro (...). Nossa equipe e eu conseguimos enxergar o que existia em nosso território, o que nós não tínhamos acesso ou não conseguíamos acessar. Com o curso, tivemos o contato mais direto com as pessoas que fazem uso dos centros de acolhida da região de S.A., uma grande oportunidade de conhecer a rotina deles fora do centro de acolhida e suas histórias de vida” [Rose¹]

A Rose identificou um dos desafios do Tratamento Comunitário (TC) ao longo do processo de formação na ação: se os parceiros não têm acesso aos serviços isso depende também do fato de que nós não temos acesso a sua vida. A assimetria entre esses dois pontos de vista é fonte de desequilíbrios e dificuldades na relação, impedindo uma aliança necessária.

Este documento descreve uma experiência² de Formação na Ação (FNA) fornecendo aspectos experienciais, conceituais, teóricos e metodológicos. O objetivo é ilustrar o processo de FNA, bem como evidenciar os elementos mais característicos e inovadores, a ancoragem do Tratamento Comunitário no universo da pesquisa e no universo da ação focada na melhoria das condições de vida das pessoas e das comunidades.

1 Rosana do Carmo Cruz (Rose), Assistente Social Centro de Acolhida II Santo Amaro por vinte e quatro horas.

2 A experiência foi implementada em São Paulo, e em outras cidades do Brasil e países da América Latina.

Justificativa e antecedentes



“Ter tido a oportunidade de estar mais vezes nas ruas desenvolvendo atividades formativas junto a população em estado de vulnerabilidade sempre traz sentimentos ambivalentes: de um lado uma sensação firme e satisfatória de cumprindo o dever bioético de cuidado junto a uma população viva (...); de outro a indignação de já ter trabalhado tanto e ainda ter tantos problemas a ser enfrentados. (...) Vários profissionais já estavam desenvolvendo TC mesmo sem saber. Fomos chegando aos poucos nos locais, levando a história e os contextos, trocando experiências e vivências” [Eroy³]

O Tratamento Comunitário Eco2 é um método de pesquisa na ação. Desde o seu início formal em 1994, foi estruturado em dois protocolos: Pesquisa na Ação e Formação na Ação. Por isso ação, pesquisa e formação são os fundamentos⁴ do tratamento comunitário, que se constituiu simultaneamente com o meta-modelo Eco2.

Por consequência, para responder à pergunta “o que é a Formação na Ação?” é preciso responder outra questão: “o que é a Pesquisa na Ação?”. Na época do seu início formal, 1994, o conceito era que uma pesquisa na ação consistia em um processo de formação *in itinere*, no qual estavam implicados aqueles que a implementavam, a população com a qual a equipe estava trabalhando e todos os atores que, por razões e com papéis diferentes, intervinham na sua realização. Aparece aqui uma das primeiras características da abordagem do Tratamento Comunitário: a simultaneidade dos processos⁵ da pesquisa, da ação e da formação.

3 Eroy Aparecida da Silva: Psicoterapeuta Individual, Familiar e Comunitária; Doutora em Ciências do Departamento de Psicobiologia/Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); Coordenadora Clínica Escola-Unidade de Dependência de Drogas-UDED-Departamento de Psicobiologia (UNIFESP); Coordenadora do Curso de Atenção aos Usuários de Drogas, REDE SAMPA (Saúde Paulistana)-Prefeitura Municipal da Cidade de São Paulo.

4 ECO2 é um meta-modelo, ou seja, um modelo para elaborar modelos a partir de uma fundamentação teórica e metodológica, onde é realizado um processo de formação na relação de equipes de agentes sociais para que, num determinado contexto, seja implementada uma pesquisa na relação, que permita a cada equipe construir o seu modelo de intervenção sobre algum fenômeno de sofrimento social, com base em um diagnóstico em profundidade e o desenho de uma estratégia e dos elementos para que essa seja executada, sistematizada e avaliada (MACHÍN, 2016, p. 32).

5 O Tratamento Comunitário pode ser pensado como uma mesa com três pernas: pesquisa, ação, formação. A fim de que a mesa seja estável as três pernas têm que estar presentes simultaneamente, não uma por vez.

Pontos de partida



“A experiência foi na verdade repensar nossas estratégias em campo; no primeiro dia lembro da fala de uns dos coordenadores do CRR, em que existem muitos serviços específicos para cada demanda, e quando a/o parceira/o recusa ao serviço, fecha-se um serviço e abrem-se outros serviços para atender a mesma demanda (...) comecei a refletir, quantos serviços existem e fecham por falta de usuários, por não aderir ao serviço e a falta de estratégias para que o usuário possa de forma qualitativa continuar o tratamento” [Jeane Celia⁶].

Do ponto de vista das evidências, em particular na área do trabalho com pessoas e comunidades que usam drogas, a constatação era que as pessoas que precisavam de ajuda (consumidores problemáticos de drogas) e que efetivamente aqueles que a procuravam nos serviços tradicionais não superava 20%, com altas taxas de reincidência durante e depois dos tratamentos (UNODC, 2016; EMCDDA, 2016). Por outro lado, o tema das drogas não se apresenta sozinho, se associa com outros fenômenos (MOREIRA et al., 2008). Era, por consequência, preciso começar a pensar em outras abordagens que acrescentariam o acesso.

Do ponto de vista prático e teórico, quatro foram os referenciais iniciais, e alguns deles aparentemente contraditórios: a posição de Claude Levi-Strauss (1962) e aquela de Jacques Derrida (1967), enriquecidas pelas contribuições de Bourdieu (1994) e de E. Morin (1986), o referencial da pesquisa-ação iniciada na época moderna por Moreno (1914, 1985) e formalizada em seguida por outros autores, entre eles K. Lewin (1946)⁷ e Fals Borda (1979) e Fals Borda e Rahman (1991). O quarto referencial foi a posição de Paulo Freire (1970, 1982).

Em seu texto, *La Pensée Sauvage*, de 1962, Levi-Strauss escreve:

“Para transformar uma planta selvagem e infestada em uma planta cultivada, um animal selvagem em um animal doméstico (...), para elaborar técnicas longas e complexas que fizeram possível o cultivo onde não há terra, onde não há água, transformar raízes e sementes venenosas em alimentos (...) foi (...) necessária uma atitude do espírito puramente científica. O homem do neolítico ou da proto-história é o herdeiro de uma longa tradição científica; contudo se o espírito que inspirou ele e todos os seus predecessores tivera sido idêntico à aquele dos modernos, como poderíamos entender que este tiver sofrido uma parada e que milênios de estagnação se tiveram interpostos como um obstáculo entre a revolução

⁶ Jeane Celia Santana Santos, Assistente Social. Orientadora Socioeducativa.

⁷ A origem da pesquisa-ação é atribuída geralmente a K. Lewin, embora existam razões para pensar que essa iniciou formalmente antes (TRIPP, 2005, p. 434).

neolítica e a ciência contemporânea? Este paradoxo admite só uma solução: é que existem dois modos diferentes de pensamento científico (...) a primeira mais próxima da intuição a segunda mais afastada” (Levi Strauss, 1962, p. 29ss).

O segundo referencial foi Jacques Derrida, o iniciador do desconstrucionismo. No seu trabalho “A escritura e a diferença” ele evidencia a violência e os mecanismos de poder implícitos na linguagem e como estes produzem e contribuem em manter a desigualdade (op. cit. 1967, p. 9ss e 117ss). O elemento que se considera aqui é o seguinte: o significado de uma palavra é geralmente (e na ótica estruturalista em particular) definido por oposição a outra, por exemplo, homem-mulher. Na realidade, o significado da palavra homem, afirma Derrida, se define por tudo aquilo que não é homem. O processo de construção do sentido é na realidade um processo de desconstrução entendido como exploração do mundo das diferenças e não exclusivamente das oposições, onde a posição do primeiro termo (homem) significa também uma posição de poder.



“Quebrar paradigmas enraizados, quando o assunto é drogas e sofrimento social, por conta do senso comum que estigmatiza o usuário e seu lugar no mundo, por conta de sistemas operacionais que excluem e dificultam acesso, por conta de um cotidiano profissional que exige metas, resultados concretos com números e estatísticas e ainda, por incrível que pareça, por conta de serviços e equipes que ainda estão muito distantes de exercer o ponto nervoso central desse curso – a vida em redes – onde a síndrome “toma que o filho é teu” é infelizmente um dos mais fatídicos lugares comuns das políticas públicas de cuidado” [Luca⁸].

P. Bourdieu contribuiu na construção do conceito de “espaço social”, que foi um dos elementos que permitiu chegar ao conceito de “comunidade como sistema de redes”, focando, então, nas relações mais do que nas ações.

Da contribuição do Paulo Freire (1970) na área da educação popular foram considerados em particular o conceito e a perspectiva da teoria da ação dialógica. Há um ponto no qual Paulo Freire foi fortemente inspirador: “Como posso dialogar se me sinto participante de um “gueto” de homens puros, donos da verdade e do saber, para quem todos os que estão fora são “essa gente”, ou são “nativos inferiores”? (...) A autossuficiência é incompatível com o diálogo. Se alguém não é capaz de sentir-se e saber-se tão homem quanto os outros é que lhe falta ainda muito que caminhar, para chegar ao lugar de encontro com eles. Nesse lugar de encontro não há ignorantes absolutos, nem sábios absolutos: há homens que, em comunhão, buscam saber mais” (FREIRE, 1970). Paulo Freire nos assegura

8 Luca Santoro Gomes. Terapeuta, professor e supervisor técnico.

que o conhecimento do qual fala Levi-Strauss (“mais próximo da intuição”) ainda existe, fica nas comunidades e ali temos que procurá-lo.



“Identifiquei-me imediatamente após tomar conhecimento de que, através do curso, não enxergamos o usuário, a pessoa em situação vulnerável como paciente e sim como parceiro, numa relação horizontal de trocas de olhar sobre as potencialidades e não apenas sobre a doença, as vulnerabilidades” [Cristiane⁹].

Porque na ação e não simplesmente ação?

“É importante que se reconheça a pesquisa-ação como um dos inúmeros tipos de investigação-ação, que é um termo genérico para qualquer processo que siga um ciclo no qual se aprimora a prática pela oscilação sistemática entre agir no campo da prática e investigar a respeito dela. Planeja-se, implementa-se, descreve-se e avalia-se uma mudança para a melhora de sua prática, aprendendo mais, no correr do processo, tanto a respeito da prática quanto da própria investigação” (TRIPP, 2005, p. 445-446). Então: planeja-se a prática, implementa-se a prática, descreve-se o processo de implementação e tudo aquilo que acontece e se avalia.

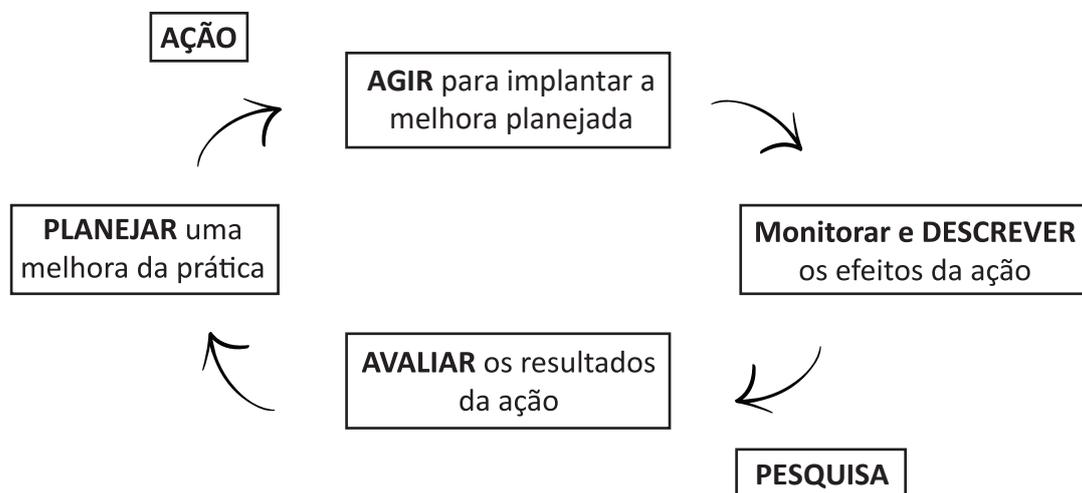


Figura 1: Representação em quatro fases do ciclo básico da investigação-ação (TRIPP, 2005, p. 446) (Elaboração E. Milanese).

O diagrama apresentado na Figura 1 ilustra bem o ciclo, os atores e o conteúdo da pesquisa-ação. Se transferirmos essa abordagem na área da formação-ação o resultado pode ser o seguinte: o formador planeja os conteúdos da formação e o seu processo, implementa, descreve e avalia.

9 Cristiane Marchl Soares. Terapeuta ocupacional do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) na Associação Comunitária Monte Azul.

No TC a ação é complexa, pois é composta por duas ações: a vida comunitária por um lado e a ação da equipe pelo outro. A vida comunitária tem o seu fluxo, o seu estilo, o seu método (mesmo se parecido com a ciência intuitiva de que falava Levi-Strauss). O objetivo da pesquisa na ação não é introduzir uma ação a mais, é inserir-se nessa ação comunitária, trabalhar com ela, considerá-la como recurso. A equipe tem uma coisa clara: no que diz respeito à comunidade ela possui o não-saber; não sabe como a comunidade planeja (ver C. Levi-Strauss), não sabe como a comunidade implementa nem quem implementa o quê (ver P. Bourdieu e Paulo Freire), não sabe como a comunidade monitora e descreve (ver J. Derrida e Paulo Freire), não sabe como a comunidade avalia (ver Levi-Strauss). Então, tem que aprender. Essa posição se diferencia um pouco da posição dos pesquisadores na pesquisa-ação, em especial quando eles definem aquilo que o pesquisador tem que fazer, a sua tarefa. Isso nos apresenta a seguinte pergunta:

Quem é o pesquisador na ação? Qual é o seu papel?

“Papel do pesquisador-ação (action researcher). (...) o papel do investigador externo é implementar o método de pesquisa-ação de tal maneira que produza um resultado mutuamente aceitável para todos os participantes, e que o processo seja mantido por eles posteriormente. Para isso, pode ser necessária a adoção de muitos papéis diferentes em vários estágios do processo, incluindo os de líder, planejador, facilitador, catalizador, professor e desenhador, aquele que escuta e observa, aquele que reporta e sintetiza. O principal papel, no entanto, é nutrir os líderes locais ao ponto de poderem assumir a responsabilidade pelo processo. Esse ponto é alcançado, eles entendem os métodos e são capazes de continuar quando o pesquisador iniciante deixa” (O’BRIEN, 1998).

A citação é ampla. Nessa perspectiva o pesquisador é externo, possui muitos saberes e competências, tem capacidade de liderança, tem o seu método, os seus conceitos, a sua estratégia, tem como finalidade que os participantes os entendam e apliquem etc. A sua dificuldade principal é encontrar a forma para que os participantes entendam aquilo que ele propõe. No Tratamento Comunitário a equipe é composta por pesquisadores na ação que conhecem o ciclo da pesquisa-ação mas não implementam nenhuma ação. Como fala Paulo Freire: “A educação autêntica, repetimos, não se faz de A para B, ou de A sobre B, mas de A com B, com a mediação do mundo” (1970). Então o ponto de partida é aprender a estar com o outro (construir um lugar de encontro), aprender o seu mundo. Assim, “na ação” significa essencialmente que o pesquisador não é o dono da ação, não é o dono do conhecimento, do método, mas ele se coloca no conhecimento da comunidade, no seu método, na sua ação e aprende. Aquilo que o pesquisador na ação começa a

aprender é a estar com, a construir, visibilizar, entender relações, como estas constituem redes, produzem ação, vida cotidiana, método, conhecimento etc.

Participação e pesquisa na ação

Os especialistas da pesquisa-ação sublinham o fato de que esse método implica uma forte participação (KEMMIS; McTAGGART, 1988), porém alguns deles mantêm distintas as tarefas: o pesquisador pesquisa, e os “membros do sistema são pesquisados, colaboram na pesquisa e mudam aquilo que o pesquisador sugere mudar” (GILMORE et al., 1986). Lewin e Trist confirmam a importância da colaboração entre profissional e cliente e promovem um passo a mais, evidenciando o papel das relações do grupo na solução dos problemas. Não muda, entretanto, a assimetria entre o pesquisador e o cliente (O’BRIEN, 1998). Engel (2000), citando Ketele J. e Roegiers, diz que a participação dos clientes consiste em colaborar com o “praticante social” (o pesquisador), “que intervém numa situação com a finalidade de verificar se um novo procedimento é eficaz ou não” (KETELE; ROEGIERS, 1993, p. 99). Tripp (2005) também explora o tema da participação afirmando: “É claro que a pesquisa-ação tem sido um método participativo desde sua origem, mas há muitas visões e utilizações do termo participação”. O autor, por exemplo, discute o uso do termo pesquisa-ação participativa, “como se fosse possível ela não ser participativa”, e sublinha o fato de que “outros a vêem como um processo coletivo de consequências políticas” (CARR; KEMMIS, 1986; TRIPP, 2005). Além disso, Tripp identifica diferentes tipos de participação: obrigação, cooptação, cooperação e colaboração, atribuindo somente à última relação de igualdade entre os “parceiros”.

Objeto da formação na ação



“Os outros pontos apresentados deveriam e foram trabalhadas ao longo dos meses, pois necessitavam experimentar novas práticas empíricas para validar os novos conceito do TC” [Renato¹⁰].

Qual é o objeto da formação-ação? Nas primeiras experiências realizadas na segunda parte dos anos noventa foram identificadas três áreas, sucessivamente enriquecidas com uma quarta: as áreas do ser, do conhecer, do fazer e do fazer-fazer (MILANESE et al., 2001, p. 191-192). Para cada uma dessas áreas foram construídos, por meio de um trabalho de grupo (quarenta sujeitos, todos eles agentes sociais), os indicadores (MILANESE et al., 2001, p.

10 Renato Nogueira. Assistente social. Responsável Saúde da Família- Santa Marcelina.

191-192). Ao final do trabalho foram identificados quarenta e cinco indicadores: a análise do conteúdo destes evidenciou que 39% tinham a ver com o ser, 27% com o fazer e 2% com o fazer-fazer, 19% eram comuns ao ser e ao fazer (MILANESE et al., 2001, p. 195). Os participantes simultaneamente constroem ferramentas (ação), conhecem/pesquisam sob o sentido da ferramenta e as suas implicações, mudam as suas formas de ser/fazer-fazer. Nesse caso formação significa, em particular, focar a atenção nas características do ser: estilo relacional, emoções, recursos e defesas etc., não somente em conhecimentos e capacidades (fazer). Esse tipo de formação é um processo de educação contínua (LIMA-JÚNIOR et al., 2015) que tem entre os seus objetivos, também, o cuidado do cuidador.

Os atores da formação na ação



“Particpei do curso de ‘Tratamento Comunitário’ nas duas edições do mesmo, ou seja, de março a agosto de 2016 e de setembro a novembro desse mesmo ano. Nesse curso desempenhei, concomitantemente, vários papéis. Fui aluna, monitora, operadora de equipe, membro de organização governamental, membro da rede subjetiva comunitária” [Regina Tuon¹¹].

No tratamento comunitário os atores da formação são diferentes a respeito daquilo de que falou Paulo Freire: *“não há ignorantes absolutos nem sábios absolutos”*. Derrida (1967) lembra que há diferenças, não necessariamente oposições. Há os atores da comunidade: parceiros, líderes não formais; há atores institucionais: da saúde, da educação, segurança, cultura, esporte, trabalho etc.; há os participantes no processo formal de formação, os supervisores, os tutores e os professores. O objetivo primário da formação é entender como esses atores estão inter-relacionados e melhorar as suas relações. Às vezes uma mesma pessoa é quase todos esses atores simultaneamente.

Primeiros Passos

Os primeiros passos da Formação na Ação são: o contato com os atores comunitários - construir relações. Os atores institucionais participantes da experiência estabelecem contato direto com os atores institucionais presentes na comunidade e informam, se informam, dialogam sob a iniciativa. Constroem alianças! A proposta tem que ser desconstruída: o diálogo com os atores comunitários é o método.

11 Regina Tuon. Assistente Social-Ministério da Saúde-UDED/UNIFESP. Mestre em Serviço Social pela Puc/SP.



“Pensar na formação em tratamento comunitário para o CRR¹² da UNIFESP foi uma tarefa não muito fácil pois tínhamos que integrar a demanda do CRR com o número de horas, articulação com os demais cursos e a demanda do trabalho da região de S.A. Para isso, fizemos vários encontros com atores institucionais para estabelecer um processo de cooperação entre os diferentes serviços de assistência social e saúde e o tratamento comunitário. Os gestores após inúmeras discussões definiram que seria importante que o processo formativo fosse desenvolvido principalmente pela equipe do SEAS 4³ e dos CAPS AD¹⁴” [Raquel¹⁵].

Na formação do tratamento comunitário o processo de desconstrução se inicia também com uma imersão no mundo da comunidade, na sua vida cotidiana, não formal. Essa imersão se faz em equipe, é parte de um processo de formação que tem como objetivo o encontro com o diferente, as dinâmicas que surgem para a construção de inter-relações e relações.

Os conteúdos da formação na ação: tempos, processos, simultaneidades

É apresentado a seguir o cronograma das atividades de formação. O processo está subdividido em duas fases: a fase básica inicial e a formação continuada. A primeira tem como finalidade iniciar o processo do TC; a segunda acontece depois da conclusão da primeira.

Os elementos centrais são: a simultaneidade das ações de formação; a simultaneidade e a forte proximidade entre ações de tratamento; e ações de formação e produção de evidências. Essa tabela constitui um mapa mental para navegar com o TC no fluxo, às vezes turbulento, da vida cotidiana das comunidades.

12 Centros Regionais de Referência. Centros vinculados a Universidades, Centros Universitários ou Faculdades Públicas Federais ou Estaduais destinados à formação presencial permanente dos profissionais que atuam nas redes de saúde, assistência social e segurança pública, bem como daqueles que atuam no Ministério Público, Poder Judiciário e entidades que prestam apoio a adolescentes em cumprimento de medidas sócio-educativas. (<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack>).

13 Serviço Especializado em Abordagem Social (SEAS). Serviço ofertado, de forma continuada e programada, com a finalidade de assegurar trabalho social de abordagem e busca ativa que identifique nos territórios a incidência de trabalho infantil, exploração sexual de crianças e adolescentes, situação de rua, dentre outras. Deverão ser consideradas praças, entroncamento de estradas, fronteiras, espaços públicos onde se realizam atividades laborais, locais de intensa circulação de pessoas e existência de comércio, terminais de ônibus, trens, metrô e outros. O Serviço deve buscar a resolução de necessidades imediatas e promover a inserção na rede de serviços socioassistenciais e das demais políticas públicas na perspectiva da garantia dos direitos. (<http://creasdpesacis.blogspot.it>)

14 O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III (CAPS AD 24 horas) é um serviço específico para o cuidado, atenção integral e continuada às pessoas com necessidades em decorrência do uso de álcool, crack e outras drogas. (<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/centro-atencao-psicossocial.html>)

15 Raquel Barros, psicóloga e disseminadora do Tratamento Comunitário na América Latina.

	FORMAÇÃO DE BASE						FORMAÇÃO CONTINUADA					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	...
Território	X		X		X				X			X
Construção da equipe inicial	X	X										
Primeiro contato com a comunidade		X										
Primeiro contato com o TC		X	X									
Trabalho com a comunidade		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Construção/Manutenção do dispositivo 1		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Construção/Manutenção do dispositivo 2		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
O encontro com o parceiro			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Com o parceiro e a comunidade			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Os eixos do Tratamento Comunitário				X								
Os dispositivos físicos do Tratamento Comunitário					X		X		X			X
O registro da informação			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Sistematização da informação			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Os grupos de estudo			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Intervisões			X		X		X					
Tutoria		X	X	X	X	X						
Avaliação				X						X		

Os conteúdos, as experiências

A seguir são descritos brevemente os conteúdos principais da formação na ação.

Território



“Também se percebeu que o local da intervenção possui uma história importante para a Cidade de São Paulo e que suas constantes transformações e simbologias ajudaram a ambiguidade que se via. Pois o cenário visto, tanto do ponto de vista do potencial econômico e do forte mercado comercial ou da extrema vulnerabilidade das pessoas. Apresentava apreciação de pessoas para buscarem neste espaço viver e trabalhar. Muito comuns eram as histórias advindas de outros locais do Brasil que vieram tentar a sorte por lá e por lá ficaram” [Renato].

O território do Tratamento Comunitário é uma realidade social, econômica, política e cultural organizada, que é preciso conhecer. Sem esquecer os conflitos, esses territórios são também um recurso para as pessoas em alta exclusão que produzem formas de aliança, cooperação e inclusão eficazes. Conhecer, entender e inserir-se nesses processos é uma tarefa do TC.



“O trailer lá estava presente também e era um ponto de encontro das equipes e também dos parceiros que vinham lá pedir água, ou contar alguma história de como havia sido a noite anterior nos bastidores daquela avenida, a noite ali é mais intensa (...) de manhã os parceiros ainda dormem (...) quando estão em cena de uso preferem não ser importunados (...) e assim era” [Eroy].

Também as instituições ficam ali. Qual é o seu significado na dinâmica desses espaços sociais, culturais, econômicos? Somente assistência? Como se aliam com tudo aquilo que os atores comunitários já têm e é eficaz?



“Estranhamente foi identificado que, embora houvesse um local de referência para mulheres, as mulheres em situação de rua não o utilizavam, nem mesmo para cuidados de higiene. Diziam desconhecer e acreditavam que não poderiam utilizar tal equipamento público” [Renato].

Construção da equipe inicial



“Pensamos então em definir três territórios, onde atoavam os programas do SEAS4 e a partir daí organizar equipes para que acompanhassem cada um deles. Dessa maneira o curso inicia já formando equipes e não pessoas, uma das riquezas do tratamento comunitário. Cada equipe tinha um tutor/intervisor (nome dado pela Eroy) para mostrar que neste processo de atuação em rede e em comunidade não existe o ‘super’ e sim a troca de conhecimento (troca de visões)” [Raquel].

O Tratamento Comunitário é um trabalho que se desenvolve em equipe, e essa é uma característica fundamental dessa abordagem. A formação das equipes e a formação no trabalho em equipe é a primeira simultaneidade do TC. A segunda acontece indo a campo, mergulhando nas relações com as comunidades; se a segunda acontece então acontece também a primeira e outros efeitos também:



“O processo formativo também fez emergir uma transformação individual dos integrantes da equipe de trabalho, isso porque as relações eram pautadas sob a ótica da horizontalidade, em que o olhar era focalizado sobre a potência do indivíduo e não apenas nas suas carências, isto significa dizer que os recursos, relações e características dos parceiros sobressaíam sobre as suas fragilidades” [Tatiane¹⁶].

16 Tatiane Mendes Alencar. Psicóloga. Supervisora Técnica de Saúde Mental - Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim (CEJAM).

A ótica da horizontalidade é importante porque favorece a harmonização das diferenças sem anulá-las e visibiliza recursos que, numa relação rigidamente simétrica (por exemplo: paciente-terapeuta), ficariam escondidos, negados.



“No processo de formação, a equipe responsável pela atuação no território do Cemitério Jardim S.L., composta por diversos profissionais de saúde, como supervisor de saúde mental (CEJAM-OS); agente de redução de danos (CAPS AD III); terapeuta ocupacional (UBS/NASF), psicólogo (CECCO), enfermeiro (CAPS, UBS e SAE), entre outros profissionais, promoveram diversas ações de vinculação junto à comunidade ao redor do Cemitério. Essas ações corresponderam à articulação junto à Guarda Civil Metropolitana, administradora do cemitério, comércios em torno do cemitério, coveiros e jardineiros do cemitério, parceiros (que se encontravam dentro e em torno do cemitério), fábrica de cultura e líderes comunitários do território” [Tatiane].

O desafio do TC é fazer com que todas essas pessoas, não somente os “profissionais” de saúde, constituam uma só equipe, misturando “profissionais” e “expertos” do território (moradores, pessoas em alta exclusão etc.). Esse é um dos significados da “articulação” de que fala Tatiane.



DICA!

Por meio das relações existentes com os processos instituídos e não formais na comunidade, identificar e estabelecer um primeiro contato pessoal e direto com profissionais e atores comunitários que podem ser envolvidos no processo formativo.

Primeiro contato com a comunidade



Nessa data resolvi fazer um caminho diferente para chegar até o trailer. Ao invés de caminhar pela avenida, vim pela rua paralela à R.M. e depois entrei na rua transversal até chegar ao trailer. Durante o percurso havia muitos prédios residenciais, de arquiteturas suntuosas e arrojadas, denotando valer alguns milhares de dólares. Quando entrei na rua transversal, vi dois moradores da avenida lavando roupas nas águas que escorriam dos edifícios. Ao ver aqueles homens lavando suas roupas naquelas águas servidas, rodeados por aqueles prédios luxuosos, tive um retrato fiel da grande desigualdade social e econômica que ainda existe no meu país [Regina, R.M.].

O contato com a comunidade começa caminhando pelas suas ruas, olhando, mergulhando no território, deixando-se levar por caminhos que já existem, sem mapa, descobrindo. O contato com a comunidade sempre é o primeiro, a sua transformação é constante.



No caminho, na perua, Bibiana nos contou que estava grávida e está fazendo o pré-natal com o SEAS 4. Ela já tem quatro filhos que estão com o primeiro marido. Desse companheiro teve gêmeos, Gilson e Flora (Gilson morreu), e Flora está com a mãe do companheiro. Vivem embaixo da ponte e esperam esse outro bebê. Junto com ela estava também Vanessa, amiga que tem quatro filhos, que não estão com ela. As mãos de Bibiana estavam muito acabadas de fumar crack; fiz uma brincadeira com ela: disse que se ela fosse usar crack depois de fazer a unha com o pessoal da Embeleze ela teria que usar luva. Ela gostou da ideia [Raquel, R. M.].

No contato com a comunidade encontram-se também os seus atores, os parceiros. Do macromundo das ruas e avenidas que falam discursos contraditórios até o micromundo dos parceiros pequenos, mas complexos, feitos de relações que refletem recursos e vulnerabilidades, capacidade de sobrevivência e resiliência.



DICA!

Todos os participantes no processo de formação estabelecem um primeiro contato com a comunidade (de rua, de instituições etc.). Contatos pessoais e diretos com atores do sistema instituído, parceiros, moradores da comunidade no contexto da vida cotidiana não formal ou formal.

Trabalho com a comunidade



“A cada visita aos locais foi uma grande aprendizagem que nos ensinou a cada dia a realidade que muitas vezes fica escondida na correria do dia a dia” [Thais¹⁷].



“As aulas em campo fizeram com que fosse possível lidar com diversas situações em que a criatividade e o respeito ao momento dos parceiros fossem prioritários para estabelecer um bom vínculo” [Tatiane].

Esses fragmentos de relatos ilustram a simultaneidade entre formação (entendida como construção de conhecimento ou processo de aprendizagem) e ação (relação com a comunidade e os seus moradores). A palavra-chave é “aulas em campo”. O fragmento seguinte fala da comunidade que temos na nossa mente, conceitos e preconceitos de que é preciso mudar. Isso é formação na ação.

17 Thaís Domingos Graciano. Assistente Social-Pousada Esperança.



“O grupo começa a apresentar as características das pessoas que seriam alvo das ações do TC; muitas delas são as mesmas pessoas que eles já assistem em seus serviços. A equipe já possui experiências negativas e positivas. Negativas: sensação de falta de estrutura dos serviços e de diálogo entre os entes da rede sócio-assistencial; o sentimento de incapacidade devido à demanda exacerbada quando comparado à oferta dos serviços; uma visão negativa sobre os munícipes em situação de rua. A equipe atuava numa perspectiva assistencial, dando ou oferecendo coisas como vale-refeição ou outros benefícios; não vislumbravam outras necessidades da população e as que eles necessitavam não estavam ao alcance deles. Durante as dinâmicas de interação e de apresentação de casos havia uma resistência misturada com ansiedade que os faziam discutir algumas vezes.

No ponto de vista positivo, havia vínculos da equipe com os munícipes: conheciam parte de suas histórias de vidas; eram engajados, se preocupavam com a vida das pessoas para além do horário de trabalho quando os encontravam. Foi percebido que a equipe, por mais que negasse alguns benefícios para os munícipes, estes os acolhiam durante as visitas de observação e contato, com apelidos íntimos ou chamadas cordiais, denotando apreço e respeito. Alguns inclusive abordaram os integrantes do grupo questionando sobre determinadas negativas que haviam recebidos dos profissionais, agora, estudantes. Porém, sempre em harmonia” [Renato].



DICA!

Trabalho de construção de relações amigáveis por meio de participação na vida comunitária (festas, eventos de encontro etc.), trabalho na rua e nas instituições. Identificação de atores significativos por meio da compreensão das redes relacionais não formais e formais. Reflexão sobre as representações e experiências relacionais com parceiros e comunidade.

Construção do dispositivo



“A construção da Rede de Recursos foi mais fácil que a construção da Rede Subjetiva Comunitária. Esse exercício foi catalisador para o entendimento por parte dos alunos/profissionais dos processos de cima para baixo e de baixo para cima em uma comunidade e o significado e o poder das relações enquanto um dispositivo crucial para o tratamento comunitário acontecer” [Luca].

Pensar na comunidade como um dispositivo (sistema) de redes (MEDEIROS, 2015; MOURA et al., 2015; SILVA et al., 2015) implica olhar para as relações, visibilizá-las, entender os seus significados, como elas favorecem os processos de inclusão/exclusão, de cooperação/conflito etc. O dispositivo do TC é composto por três subdispositivos fortemente interconectados: o dispositivo do parceiro¹⁸, o dispositivo da equipe¹⁹ e o dispositivo instituído²⁰.

O dispositivo da equipe é uma construção de relações pessoais e diretas com centenas de pessoas, imersas no fluxo da vida cotidiana. Essas são sistematizadas em quatro tipos de redes: a Rede Subjetiva Comunitária²¹, as Redes Operativas²², a Rede de Recursos Comunitários não formais²³ e a Rede de Líderes de Opinião²⁴. A rede fundamental que produz as outras é a Rede Subjetiva Comunitária. No processo de construção do seu dispositivo, a equipe tem dois desafios: construir relações e entender o sentido estratégico das relações que se constroem. No processo de construção das relações a equipe mergulha em um contexto relacional preexistente, tornando-se parte dele. Ter a consciência desse fato e entender algumas das suas implicações é fundamental: não são todas as redes que promovem inclusão. Por isso no TC usam-se alguns procedimentos formais, facilitados também pelo uso de alguns programas informáticos. Essas ferramentas facilitam o processo de visibilização a reflexão e processos decisoriais.



“No início do curso, na tarefa de desenhar a minha rede subjetiva comunitária, já incluía várias pessoas da região. Todas ligadas às organizações de trabalho. O fato de ter trabalhado nos três níveis de governo (federal, estadual e municipal) me possibilitou o vínculo com esses sujeitos” [Regina Tuon].

No processo da construção da Rede Subjetiva Comunitária a equipe contribui com todo o seu valor social (Capital Social), em particular com o valor social relacionado com o sistema instituído ao qual pertence. Dessa maneira, a equipe, com o seu valor social (Capital Social), contribui em construir, fortalecer, melhorar as relações entre a comunidade e o dispositivo instituído.

18 Dispositivo do parceiro é composto pela sua rede subjetiva, a sua rede primária e a rede de líderes de opinião.

19 O dispositivo da equipe é composto pela rede subjetiva comunitária, as redes operativas, a rede de recursos comunitários não formais e a rede de líderes de opinião não formais.

20 O dispositivo instituído é composto pelas instituições do estado e os seus serviços, as empresas do sistema produtivo, cultural, lazer, comércio, saúde e a sociedade civil organizada etc.

21 Rede Subjetiva Comunitária (RSC) é a rede constituída pela equipe e todas as pessoas com as quais a equipe tem relações amigáveis em uma comunidade, e as relações amigáveis entre todos eles. Essa rede pertence ao dispositivo da equipe.

22 Rede Operativa (RO) é a rede constituída por atores que pertencem à rede subjetiva comunitária e que participam na implementação de uma ou mais ações do Tratamento Comunitário. A RO pertence ao dispositivo da equipe.

23 Rede de Recursos Comunitários (RRC) é a rede de todos os atores da rede subjetiva comunitária que tem capacidades, conhecimentos e competências para contribuir nas ações do tratamento comunitário, ainda que não participem efetivamente. Nesse sentido, são recursos potenciais inseridos na rede subjetiva comunitária da equipe. A RRC pertence ao dispositivo da equipe.

24 Rede de Líderes de Opinião (RLO) é a rede constituída pelos atores comunitários que o ego (i) escuta quando precisa de conselho para tomar uma decisão (pessoas que têm influência sobre ele), (ii) com as quais ele tem relações amigáveis, (iii) e as relações amigáveis existentes entre todos eles. A RLO existe no dispositivo do parceiro e no dispositivo da equipe. Trata-se, nos dois casos, de redes de pessoas.



DICA!

Trabalho de comunidade e trabalho em grupos de discussão e apresentação de experiências. Sistematização da Rede Subjetiva Comunitária (RSC) e da Rede Operativa (RO). Com a RO iniciar o trabalho com processos do Sistema Estratégico de Tratamento (SET). Visibilizar a Rede de Recursos Comunitários não formais (RCC). Articular trabalho com casos com o dispositivo instituído e a RCC.

O encontro com o parceiro

12 de abril de 2016 - Conhecemos o parceiro Airton, fomos apresentados a ele por meio de Homero Antônio, componente da nossa equipe e funcionário do SEAS 4. Ele é morador da região, trabalhador informal da região (...) se encontrava em frente à AMA Jd. São Luíz, próximo a um bar e nas adjacências do Cemitério, onde trabalha como flanelinha. Bom contato inicial. Ele informou que já foi fiscal de lotação e capoeirista, mas que não gosta de ficar restrito a horários e que agora faz os seus próprios horários; tem uma companheira, um filho e um neto (...). A sua mãe é muito importante em sua vida, e ele mora próximo a ela. Agradecemos e nos despedimos.

26 de abril de 2016 - Encontramos Airton no seu lugar de trabalho. Cumprimentou-nos cordialmente, com aperto de mão e beijo no rosto, contando-nos que sua rotina de trabalho é estar presente diariamente de segunda a sábado, preferencialmente, e que cada pedaço da rua é de responsabilidade de cada um – ele e seus colegas. Diz que ajuda “todo mundo”, seja providenciando marmiteix, conduzindo ao AMA ou conduzindo ao SEAS 4. Concluiu dizendo que só não ajuda a si mesmo, e que quando quisesse parar de usar drogas, pararia. Dissemos que quando precisasse poderia contar conosco (...).

2 de maio de 2016 - A terapeuta ocupacional realizou uma visita à casa da mãe de Airton, desejava colher mais informações a respeito do parceiro. Estava presente apenas a mãe, que a acolheu muito bem. Contou detalhes da vida do filho, reforçando o aspecto negativo de sua vida amorosa com a atual companheira. Ela expulsou a companheira do filho da sua casa por causa de constantes brigas. Emocionada, contou que ajuda o filho no que é possível, inclusive no aspecto de que o deixa morar na lavanderia porque já foi vítima de vários roubos por parte dele (...).

3 de maio de 2016 - (...) fomos em busca de Airton no local de trabalho; ao dobrarmos a esquina da rua onde ele trabalha, percebemos que o mesmo estava sob o efeito de substâncias psicoativas. Quando nos viu, o parceiro, dissimuladamente, começou a se aproximar de alguns amigos em um barzinho em frente ao AMA Jd. São Luíz. Ao nos aproximarmos, o mesmo mostrou-se envergonhado. Sendo assim, para evitar constrangimentos e “quebra de vínculo”, apenas o cumprimentamos, e Mercedes entregou o carregador de celular que havia prometido ao mesmo, depois nos retiramos.

10 de maio de 2016 - *Fomos até o parceiro Airton, que como sempre nos recebeu muito bem. Perguntamos sobre as relações de amizade do mesmo, ele respondeu que a única pessoa com quem podia contar no local era a mãe, com outras pessoas tinha apenas relações de trocas. Depois pedimos permissão para tirarmos uma foto para colocar na nossa apresentação. Ele aceitou e ainda brincou, perguntando se queríamos a foto dele para ver se ele “devia algo”. Por último, perguntamos do que ele necessitava naquele momento. Ele respondeu que precisa melhorar a autoestima, pois antes se sentia muito bem, se “arrumava”. “Agora, apesar de ser alegre, minha autoestima está pra baixo” (sic.). Emocionado nos acompanhou até a esquina e se despediu.*

2 de julho de 2016 - *Nesse dia, a nossa equipe estava incompleta e Vito me acompanhou com o Airton. Ele estava trabalhando. Ao nos ver, veio ao nosso encontro. Apresentei a ele o Vito e conversamos. Cumprimentamos e ele disse que estava bem. Enquanto conversávamos, chegavam e saíam alguns carros e o Airton pedia licença e se dirigia até os carros para realizar o seu trabalho. Um dos carros foi o do segurança da AMA Jardim São Luíz, o qual o cumprimentou e brincou com ele. Nesse intervalo também passou por nós o Jacó, um dos colegas de Airton que mora na rua. Airton o cumprimentou e, após ele passar, comentou que não era como Sílvio que gosta de conversar. Disse que gosta de quando vamos visitá-lo (na rua). Comentou que conhecia muitas pessoas. Percebemos que ele estava com odor de álcool e que aparentava estar um pouco intoxicado. Ele comentou que havia brigado com a sua mulher e que havia passado a noite com outra pessoa e que não havia dormido [Diário Clínico, Equipe do Cemitério].*

Esse largo fragmento pertence ao Diário Clínico²⁵ do parceiro Airton, e tem a vantagem de descrever como acontece o encontro com o parceiro, como aos poucos se dá vida a uma relação, como se conhece o mundo dos parceiros, aquilo que sabem fazer, que conhecem, que podem nos ensinar. Nesse contexto, o parceiro é ator da formação da equipe. Uma das tarefas da equipe é conhecer o dispositivo relacional²⁶ do parceiro.

10 de Maio de 2016 - *“Fomos até o parceiro Airton, que como sempre nos recebeu muito bem. Perguntamos sobre as relações de amizade do mesmo, ele respondeu que a única pessoa com quem podia contar no local era com a mãe, com outras pessoas tinha apenas relações de trocas”.*

25 O Diário Clínico é uma parte da ferramenta de Seguimento de Processos Pessoais. No Diário Clínico os membros da equipe registram fatos e acontecimentos que consideram importantes para descrever o processo do TC de um parceiro, usando como referenciais os eixos do TC e as categorias do sistema de avaliação dos resultados do TC (SER).

26 O dispositivo relacional do parceiro está constituído pela Rede Subjetiva, a Rede Primária e a Rede de Líderes de Opinião. A Rede Subjetiva está constituída pelos parceiros e as pessoas com as quais ele tem relações de amizade e as relações de amizade entre todas elas. A Rede Primária está constituída por todas as pessoas que o parceiro considera que são ou podem ser um recurso para ele, com as quais ele tem relações amigáveis e as relações amigáveis entre todas elas. A Rede de Líderes de Opinião está constituída pelas pessoas que o parceiro consulta quando tem que tomar uma decisão importante, e as relações entre elas.

Dessa forma, a relação permite a visibilização do dispositivo relacional do parceiro que é o seu recurso fundamental, aquele que lhe permite morar ali, trabalhar, ficar seguro. Por outro lado, uma relação que nasce é também o desenvolvimento de relações que já existem. O primeiro contato com um parceiro é de fato um processo de inserção em uma rede de relações.



“Conversamos também com Bastião, que estava deitado próximo ao Thomas, no chão, em cima de um papelão; indagou se não estávamos o enxergando, o porquê de não conversarmos com ele. Referiu que estávamos “mexericando”, quando Tiana e Gerson mencionaram que trabalhavam nos serviços locais ele se acalmou. Nesse meio tempo aproximou-se uma moça que se chama Albertina, informando que conseguiu tirar os seus documentos. Tiana me apresentou, simpática estava em meio a um grupo ao lado” [Eliane²⁷].



DICA!

Desenvolver processos de trabalho com os parceiros e com a comunidade inserindo nas atividades da sua vida cotidiana. Seguir nos primeiros contatos, no diagnóstico básico com FPC, construir juntos objetivos e processos de trabalho, identificação e inclusão da rede subjetiva, integração do parceiro e da sua rede subjetiva na rede subjetiva comunitária da equipe. Uso formal do SPP. Início do estudo do sistema de avaliação de resultados (SER).

Os eixos do Tratamento Comunitário



“O grupo trabalhou muito, mas mesclavam entre as horas do curso destinadas para visitar e também as horas em que estavam, de fato, em atuação profissional. Se trabalhou o tema Gerador: Alimentação e Recursos Comunitários. Descobriram-se os recursos comunitários que já eram utilizados pelos parceiros e que estes os viam como grandes conquistas. Por exemplo, nos dias de muito frio ou de extremo calor eles iam para o Poupatempo, pois no frio os aquecia. Ao contrário nos dias de calor, o ar condicionado era o oásis (...). Identificamos dois restaurantes em que os líderes de lá disseram fazer de bom grado, mas, ao mesmo tempo, indagando como poderiam melhorar a vida dos conviventes da praça. Descobriu-se que uma agência bancária possuía profissionais que ao fim do expediente deixavam alguns conviventes dormir sob o teto e proteção de sua marquise, pois, de fato, necessitava de autorização por haver barreira física que impedia esse acesso após o horário comercial. Ali os munícipes diziam se sentir seguros de abordagens da guarda, da policial e de outras pessoas mal-intencionadas [Renato].

27 Eliane. Psicóloga com formação na área de álcool e outras drogas pela UNIFESP. Formação em *Mindfulness* e Tratamento Comunitário.

As atividades do Tratamento Comunitário foram reunidas em cinco grupos: prevenção-organização; assistência básica/redução de danos; educação-reabilitação, assistência médica e psicológica; ocupação e trabalho. O relato que Renato descreve no seu fragmento é uma ação de assistência básica e redução de danos. Essas ações não têm que ser implementadas pela equipe ou por outros serviços; pelo contrário, os serviços têm que conhecê-las e inserir-se no processo com o qual a comunidade se organiza para produzir respostas eficazes, e reforçá-las se necessário.



DICA!

Estar presente na comunidade, observar e mapear os seus recursos com a ajuda dos parceiros. Usar o estudo e o seguimento de casos para compreender como os parceiros procuram e encontram respostas comunitárias às suas necessidades.

Os dispositivos físicos do Tratamento Comunitário

31 de março de 2016 - Meu percurso, nesta data, até à Av. R.M. transcorreu sem contratempos. Quando você já conhece o local fica menos ansiosa e tem mais tempo de observar o ambiente. Desci a ladeira que nos leva até a avenida e não vi ninguém. Até chegar no trailer cruzei com poucas pessoas. Não vi nenhum usuário da vez anterior. Ao fundo do terreno gramado, que fica ao lado de um prédio residencial, vi um guarda-sol, virado para o muro, mas não sei se havia alguém abrigado nele. Tinha também um varal com apenas uma blusa pendurada. Lembrei que no primeiro dia havia um “barraquinho” no local [Diário de Campo, R.M.].

Os dispositivos físicos do TC são aqueles que a colega descreveu nesse fragmento do seu diário de campo: a avenida, as ruas, a ladeira, os barraquinhos, o terreno gramado. Os dispositivos físicos do TC incluem os contextos de vida dos parceiros, não excluem os dispositivos dos serviços, como nesse caso o trailer do SEAS. O desafio é articular uns aos outros, e descobrir como eles de fato se articulam.



“Um local cheio de transeuntes durante todo o período comercial possui muitos comércios varejistas que atraem pessoas de diversas classes sociais, que elegem o local como terceiro maior ponto de compras do município de São Paulo. Atrás apenas da região do Brás e 25 de Março. Com isso, é comum ver as pessoas em situação de rua trabalhando também nesse espaço, ora, com vendedores ambulantes de frutas, cigarros ou outras quinquilharias, ora retirando resíduos recicláveis dos comércios para vendê-los. Outros servem de modelos de promoção de vendas com placas acopladas no corpo. Outros tantos são pedintes e algumas mulheres adquirem seus recursos como profissionais do sexo”[Renato].



DICA!

Formar uma Rede Operativa (RO) e com esta realizar um mapa ecológico da comunidade e dos dispositivos formais e não formais que a comunidade tem para o trabalho do Tratamento Comunitário. Avaliar com a RO como o TC pode se integrar com esses dispositivos.

O registro da informação



“A construção da Rede de Recursos foi mais fácil que a construção da Rede Subjetiva Comunitária. Esse exercício foi catalizador para o entendimento por parte dos alunos/profissionais dos processos de cima para baixo e de baixo para cima em uma comunidade e o significado e o poder das relações enquanto um dispositivo crucial para o Tratamento Comunitário acontecer (...). As dificuldades de horários, encontros e desencontros para achar e conversar com os parceiros, mais a sistematização de todo o processo, agora com a folha de primeiro contato, o diário clínico, fazer a rede subjetiva e a rede primária dos parceiros e na comunidade registrar no diário de campo e continuar com a rede de recursos comunitários, mais a rede de líderes de opinião, impactou um pouco os ânimos dos profissionais/alunos” [Luca].

A pesquisa na ação e a formação na ação são trabalhos cansativos e exigentes, mas também profundamente satisfatórios. O fragmento de Luca ilustra bem essas duas polaridades: utilidade e interesse, dificuldade e cansaço.



“Nessa data começamos a preparar os diários clínicos dos nossos parceiros, bem como a rede subjetiva deles. Tomamos como base a folha de primeiro contato²⁸, os prontuários e as informações dos colegas da equipe que atendem essas pessoas durante a semana. Houve problemas nessa tarde em que estivemos juntos. Victor precisou acompanhar usuários do SEAS até o hospital e a polícia e o caminhão da subprefeitura vieram para retirar moradores da avenida. O Wilton foi abordado por policiais enquanto tentava fotografar as ações. Eles pegaram o celular dele e começaram a “vasculhar” os arquivos da câmera, mesmo depois que o Wilton se identificou como trabalhador do SUAS. O Renato e a Rosinha tentaram avisar alguns moradores da ação da polícia para que eles tivessem tempo de retirar seus pertences [Diário de Campo, R.M.]

A situação descrita no fragmento ilustra bem aquilo que acontece quando se faz pesquisa na ação: nem a ação e nem o dispositivo pertencem aos pesquisadores, o dispositivo é de fato o cenário que os atores comunitários criam com as suas intervenções, que ficam fora daquilo que o pesquisador planeja. O seu desafio é não deixar de pesquisar, não ficar fora da ação, não ser excluído ou excluir-se do cenário.

28 A Folha de Primeiro Contato (FPC) é uma ferramenta de sistematização de informações críticas na fase do primeiro contato entre parceiro e equipe.

**DICA!**

Dicas para a formação: registrar, ao menos em cada semana, os acontecimentos relacionados ao trabalho, aos parceiros e à comunidade. Sistematização das informações do Diário Clínico e do Diário de Campo com os eixos do TC e os processos do SET.

Sistematização e Análise da informação

A informação recolhida na folha de primeiro contato, nos diários clínicos, nos diários de campo e nas observações das redes tem que ser estudada e é o produto da experiência da equipe. O estudo é possível se essas informações forem sistematizadas de maneira que possam ser lidas rapidamente e de maneira sintética. A sistematização é uma forma organizada de aprofundar e refletir sobre a experiência de trabalho para entender o sentido estratégico de tudo aquilo que acontece, perceber o invisível nos acontecimentos da vida cotidiana do TC.

NOME: Airton (BRMO) (Não é o nome real)

SET/TC	DATA	DESCRIÇÃO
1, 5, 6, 9, 11, 12	12/4/2016	<i>Conhecemos o parceiro Airton; foi o Homero A. da nossa equipe e funcionário do SEAS 4 quem nos apresentou. Ele é morador da região (BRMO_01), trabalhador informal (BRMO_02). Se encontrava em frente à AMA Jd. São Luíz, próximo a um bar e nas adjacências do Cemitério S.L.(BRMO_04), onde trabalha como flanelinha. Bom contato inicial (BRMO_05). Ele informou que já foi fiscal de lotação e capoeirista, mas que não gosta de ficar restrito a horários e que agora faz os seus próprios horários; tem uma companheira, um filho e um neto (BRMO_07) (...). Relatou que a sua mãe é muito importante em sua vida e que mora próximo a ela. Agradecemos ao Airton e nos despedimos (BRMO_08).</i>

Esse é um fragmento do Diário de Campo (o mesmo apresentado anteriormente na seção “O encontro com o parceiro”). Em poucas linhas, é possível descrever o acontecido durante o trabalho de rua. O diário tem três colunas. Na primeira é sistematizado o conteúdo usando os números dos processos do SET e os Eixos do Tratamento Comunitário. Olhando esses números os membros da equipe podem entender aquilo que foi feito e, observando períodos mais longos, podem analisar como estão desenvolvendo o processo do TC com esses parceiros e avaliar os seus resultados. Na primeira coluna fica a estrutura não visível da relação com esse parceiro.

**DICA!**

Trabalho individual de sistematização dos diários clínicos e de campo, sistematização das redes. Apresentação em equipe, o grupo de trabalho, a rede operativa para discussão e análise. Produção de documentos.

Os grupos de estudo



“Um grupo de estudo especial foi o que falamos sobre vínculos, da necessidade desse nutriente emocional, das suas características assimétricas e simétricas, o fato de que toda relação tem história, que o vínculo com o usuário e destes com os serviços está intimamente ligado aos vínculos entre os serviços. Renato nos deu muitos exemplos e aquele texto foi ficando colorido de emoções. Foi bom estudar e pensar naquilo que fazemos” [Raquel].

A abordagem das premissas teóricas e conceituais do Tratamento Comunitário é principalmente um trabalho em equipe baseado nas experiências do trabalho com a comunidade. Os conceitos mais relevantes do TC são: comunidade, rede, complexidade, parceiro, dispositivo, relação, exclusão/inclusão, integração, valor social, direitos fundamentais, tratamento, redução de danos, ação, cidadania, equidade, estrutura, participação, sistema, prevenção, risco, vulnerabilidade, recurso, sustentabilidade etc.



DICA!

Usar a prática de campo pelo aprofundamento teórico, conceitual e metodológico dos conteúdos do TC. Construir os grupos de estudo com pessoas em formação, atores comunitários, membros da RSC e de outras redes, membros do dispositivo instituído. Usar apresentações de caso como base no trabalho dos grupos.

Intervisões e Tutorias



“O trabalho de campo como intervisor é sempre uma oportunidade de fortalecer, cuidar e encorajar uma equipe. Mas ao mesmo tempo o intervisor tem que garantir que as tarefas propostas pelo curso sejam realizadas e que o processo desenvolvido na prática seja assimilado por todos. Da teoria a práxis, os desafios sempre são muitos, afinal a proposta do curso de Tratamento Comunitário convida o profissional, tanto de saúde como da assistência, nesse caso, a mudar o jeito de olhar para o seu trabalho, para sua clientela e para a comunidade onde estão inseridos” [Luca].

As equipes não trabalham sozinhas, o cuidado do cuidador é um aspecto essencial do TC. Esse cuidado assume a forma de proximidade no território, no acompanhamento, na elaboração de conceitos, no uso do método e dos instrumentos, ficando na comunidade da mesma maneira que as equipes ficam ali, como atores no mesmo cenário, favorecendo a criação de ordem e significado.

Objetivo: acompanhar teórica e metodologicamente o desenvolvimento do processo. O que fazer: encontros dedicados ao estudo das práticas (casos, redes, SET etc.) do ponto de vista dos conceitos e das teorias. Participam membros das equipes, das redes subjetivas comunitárias, das redes operativas e dos dispositivos instituídos. Resultados: uma intervisão a cada dois meses.

Avaliação

18 de maio de 2016 - “Nessa data o encontro da nossa equipe foi realizado no CAPS-AD S.A. Além de o dia estar chuvoso, precisávamos ter acesso ao computador que nos foi gentilmente disponibilizado pelo CAPS-AD. Nosso objetivo foi discutir os casos clínicos e preparar a apresentação dos resultados de nosso trabalho nos dias 23 e 24 de maio de 2016. Revisamos a rede subjetiva dos parceiros e da equipe operativa. Todos deram importantes contribuições nesse processo. Victor e Alice apresentaram o nosso trabalho” [Diário de Campo RM].

A avaliação dos resultados do trabalho é um componente essencial do método do TC e de sua ética: é preciso “prestar contas” à comunidade e às instituições dos processos e dos resultados produzidos. No processo de avaliação são utilizados os instrumentos do TC, em particular os Sistemas de Avaliação dos Resultados²⁹ (SAR).

Objetivo: avaliar os processos e os resultados do TC. O que fazer: aprendizagem do uso do instrumento de avaliação (CBT-EvQ). Uso do instrumento no tempo zero (T0) e durante o processo. Análise das redes do dispositivo do parceiro e da equipe no tempo zero (T0) e durante o processo.

Dificuldades



“As dificuldades de horários, encontros e desencontros para achar e conversar com os parceiros, mais a sistematização de todo o processo, agora com a folha de primeiro contato, o diário clínico, fazer a rede subjetiva e a rede primária dos parceiros e na comunidade, registrar no diário de campo e continuar com a rede de recursos comunitários. Mas a rede de líderes de opinião impactou um pouco os ânimos dos profissionais/alunos. A partir daí o trabalho em campo foi se desenvolvendo com alguns ajustes necessários, para alguns parceiros não foi possível dar continuidade ao trabalho por dificuldades de acesso aos mesmos; alguns alunos também não conseguiram ficar no curso e de quatro equipes acabamos ajustando em três, com um total de catorze profissionais/alunos que completaram o curso [Luca].

29 O Sistema de Avaliação dos Resultados (SAR) é um instrumento constituído por uma variável independente e uma dependente. A primeira avalia o estado da implementação do método e a segunda o impacto do método em doze contextos da vida comunitária dos parceiros: educação, droga, saúde, vida de grupo, família, álcool, condição psicológica, assistência básica, seguridade pessoal, moradia, trabalho e vida sexual.

A harmonização dos processos de baixo pra cima com os processos de cima para baixo é necessária; a sua complementaridade é um dos desafios do TC. Foram necessários anos para criar e implementar o interdisciplinar, o multidisciplinar, o intersetorial, o multissetorial etc. O TC propõe o desafio da complementaridade entre o não formal e o formal, entre aquilo que, na aparência, é caótico da vida comunitária, e aquilo que, na aparência, é ordenado na vida das instituições. É o desafio do hipercomplexo mais próximo da teoria dos jogos que da teoria dos sistemas complexos.

Resultados prometedores



“Durante o processo de formação, também foi possível verificar os principais pontos positivos do Tratamento Comunitário, como por exemplo: facilidade de acesso ao parceiro, não necessitando de agendamento como nos modelos tradicionais, facilitando a vinculação, respeitando o estado motivacional do parceiro (extramuros); mudança do olhar e quebra de paradigmas; trabalho com os eixos do tratamento comunitário, com a possibilidade de investir nos mais debilitados; possibilita a mudança de hábitos e contexto social do parceiro, por meio da mobilização da rede comunitária e da rede subjetiva; ampliação da rede subjetiva do parceiro e comunitária da equipe; vínculo que potencializa as habilidades e promove o empoderamento da rede e do parceiro; acompanhar a população que não acessa os Serviços especializados em álcool e drogas” [Tatiane].



“Nosso contato com as pessoas para conhecer a comunidade foi muito bom, pois a princípio havia uma certa resistência (temor), mas logo elas perceberam qual era o nosso intuito e começaram a contar as histórias desde os primeiros momentos do Jardim São Luíz, passando pelo momento em que a região (juntamente com o Jardim A. e o C.R.) foi considerada a mais violenta de São Paulo e chegando aos dias atuais. E o mais gratificante foi poder ver o Jardim São Luíz pelos olhos da comunidade, ou seja, sem estigmas e preconceitos” [Tatiane L.³⁰].

30 Tatiane Lopes . Redutora de Danos. CAPS AD Jardim Ângela.

Conclusões



“Ao longo do tempo o processo foi evoluindo. As equipes, durante o processo de intervenção, traziam seus trabalhos, seus registros; as apresentações inicialmente pareciam não fazer tanto sentido mas com o tempo percebemos os alunos criativos, buscando em conjunto entender o trabalho da rede, traziam ideias, lembravam de pessoas entendendo a rede e buscando descrever os parceiros. Estudamos o B, um parceiro do Cemitério São Luiz. As alunas trouxeram suas histórias, sua rede e na medida em que iam entendendo a análise pela Ucinet iam entrando no tratamento comunitário, iam tratando mentalmente o B. e iam querendo tratar mais” [Equipe São Luiz].



“Outra intervenção importante foi que o Grupo do Cemitério São Luís apresentou os processos do SET (Sistema Estratégico de Tratamento); na medida que iam apresentando o restante dos alunos ia vendo a riqueza do cemitério São Luís e a importância desse espaço para estabelecer relações. Um lugar de mortos, como dizia o Luca, passa a ter vida” [Luca].



“O processo de formação do Tratamento Comunitário forma em temas específicos propiciando uma mudança da relação no interior da equipe e com os parceiros, Essa mudança propicia a mudança de olhar, a mudança de lentes para as mesmas coisas. Formar em equipe permite também uma aproximação entre as pessoas e dessas com o curso. Os vínculos afetivos aparecem, os encontros na comunidade integram” [Raquel].



“Não há como concluir esse curso sem sofrer mudanças também em minha vida pessoal. Para mim foi muito marcante, pois muito mais que um curso a ser realizado como educação continuada, eu finalmente encontrei uma fundamentação prático-teórica para o que eu acredito fazer sentido e surtir resultado na vida das pessoas com as quais trabalhamos” [Cristiane].



“Mudanças importantes se processaram dentro de mim, que reforçaram ainda mais minhas ambivalências... mas uma coisa é certa: é na rua que quero continuar trabalhando! Porque lá a vida pulsa... o Tratamento Comunitário é uma abordagem que permite a experiência viva desse pulsar” [Eroy].

A partir da experiência da Formação na Ação ao longo do curso do CRR, pudemos concluir que os elementos que a caracterizam foram vivenciados pelos participantes. O processo teve impacto nos conhecimentos (saber), nas capacidades relacionais (fazer), nos aspectos emotivos e ligados às atitudes pessoais (ser), na capacidade de fazer juntos (fazer-fazer). Quase todos os depoimentos validam o fato de que a “ação” implementada pela comunidade (o fluxo da vida comunitária) é a base da formação na ação e que a simultaneidade entre pesquisa-ação-formação é o desafio do rigor metodológico e da criatividade do ator-pesquisador-formador.

Referências bibliográficas

- BOURDIEU, P. **Raisons Pratiques**. Paris: Seuil, 1994.
- CARR, W.; KEMMIS, S. Becoming Critical. **Education, Knowledge and Action Research**. Deaking University Press, 1986.
- DERRIDA, J. **L'écriture et la différence**. Paris: Seuil, 1967.
- EMCDDA. **Statistical Bulletin 2016**. Lisboa, 2016. Disponível em: <[http:// www.emcdda.europa.eu/data/stats2016](http://www.emcdda.europa.eu/data/stats2016)>. Acesso em: 25 ago. 2016.
- ENGEL, G. I. Pesquisa ação. **Educar**, n. 16, p. 181-191, 2000.
- FALS BORDA, O. Investigating reality in order to transform it: The Colombian experience. **Dialectical Anthropology**, n. 4, p. 33-55, 1979.
- FALS BORDA, O.; RAHMAN, M. **Action and Knowledge**: Breaking the monopoly with participatory action research. New York: Apex Press, 1991.
- FREIRE, P. **Pedagogía do primido**. Uruguay: Tierra Nueva, 1970 (manuscrito 1968).
- FREIRE, P. (1982). Creating Alternative Research Methods: Learning to do it by doing it. In: HALL, B.; GILLETTE, A.; TANDON, R. **Creating Knowledge**: A monopoly? New Delhi: Society for Participatory Research in Asia, p. 29-37, 1982.
- GILMORE, T.; KRANTZ, J.; RAMIREZ, R. (1986). Action-Based Modes of Inquiry and the Host-Researcher Relationship. **Consultation**, v. 3, n. 5, p. 161, 1986.
- KEMMIS, S.; McTAGGART, R. **The Action Research Planner**. Melbourne: Deakin University Press, 1988.
- KETELE, J.; ROEGIERS, X. **Méthodologie du recueil d'informations**: fondements des méthodes d'observations des questionnaires, d'interviews et d'étude de documents. Bruxelles: De Boeck Université, 1993.
- LÉVI-STRAUSS, C. **La pensée sauvage**. Paris: Plon, 1962.
- LEWIN, K. Action Research and Minority Problems. In (Org.). **Resolving Social Conflicts**. Harper & Row, p. 201-216, 1946.
- LIMA, J.; SILVA, E.; NOTO, A.; BONADIO, A.; LOCATELLI, D. A educação permanente em álcool e outras drogas: marcos conceituais, desafios e possibilidades. In: RONZANI, T. M.; COSTA, P. H. A.; BELCHIOR, MOTA, D. C.; LAPORT, T. J. (Orgs.) **Redes de atenção aos usuários de drogas**: políticas e práticas. Cortez, 2015.

MACHÍN, J. **Meta-Modelo ECO 2**. Ciudad de México: CAFAC, 2016.

MEDEIROS, R. A importância das Redes Sociais com Dependentes de Crack e outras Drogas. In: SILVA, E. A.; MOURA, Y. G.; ZUGMAN, D. K. (Orgs.). **Vulnerabilidades, resiliência, redes**. São Paulo: Red Publicações, p. 301-319, 2015.

MOREIRA, T. C.; BELMONTE, E. L.; RODRIGUES VIEIRA, F.; NOTO, A. R.; FERIGOLO, M. B. Community violence and alcohol abuse among adolescents: a sex comparison. **Jornal de Pediatria**, p. 244-250, 2008.

MORENO, J. L. **Einladung zu einer Treffen**. Vienna: 1914.

MORENO, J. L. **The Autobiography of J.L. Moreno** (Abdringed). Harvard University, 1985.

MORIN, E. **La Méthode 3. La Connaissance de la Connaissance**. Paris: Seuil, 1986.

MOURA, Y. G.; NEIVA, L. S., CANFIELD, J. A. F.; PRATES, J. S. Crianças e Adolescentes em Situação de Rua e Dependência de drogas: Desafio da Construção de Redes Sociais. In: SILVA, E. A.; MOURA, Y. G.; ZUGMAN, D. K. (Orgs.). **Vulnerabilidades, Resiliência, Redes**. São Paulo: Red Publicações, 2015. p. 337.

O'BRIEN, R. An overview of the Methodological Approach of Action Research. In: Richardson, R. **Teoria e Prática da Pesquisa-ação**. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, 1998. Disponível em: <<http://www.web.ca/~robrien/papers/arfinal.html>>. Acesso em: 12 fev. 2017.

SILVA, E. A.; MOURA, Y. G.; ZUGMAN, D. K. **Vulnerabilidades, resiliência, redes**. São Paulo: Red Publicações, 2015.

TRIPP, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educação e pesquisa**, v. 3, n. 31, p. 433-460, 2005.

UNODC. **Drugs World Report**. UNODC, 2016. Disponível em: <<https://www.unodc.org/wdr2016>>. Acesso em: 30 out. 2016.

Trabalhando com o território: práticas de formação permanente na área de álcool, tabaco e outras drogas

Telmo Mota Ronzani, Pedro Henrique Antunes da Costa,
Pollyanna Santos da Silveira, Ana Luísa Marlière Casela,
Jéssica Verônica Tibúrcio de Freitas

Introdução

No campo da saúde e políticas públicas em geral, o tema da necessidade de aprimoramento na formação profissional é recorrente. Essa discussão é realizada em função dos questionamentos sobre as práticas dos profissionais e o seu compromisso com as necessidades e o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentro dessa perspectiva, vários cursos de graduação implementaram reformas curriculares, procurando reforçar uma formação contextualizada com as necessidades das comunidades, com ênfase na Saúde Coletiva (CAMPOS, 1997; RONZANI; RIBEIRO, 2004). Porém, há uma problematização do modelo de formação ainda tradicional, pautado na simples transferência de conhecimentos técnicos e de forma descontextualizada (RONZANI, 2007). Somada a isso, está a ideia hegemônica e cada vez mais crescente no país de saúde como mercadoria e da medicalização da vida cotidiana. Dentro de tal contexto, há uma competição injusta entre ênfases de formação. Por um lado, há a força monetária e a valorização de uma prática biomédica superespecializada, com o consumo fetichista de tecnologias ultra-avançadas, influenciando os estudantes, seja pelo mercado de trabalho, pela indústria da doença ou mesmo pela sociedade em geral. Por outro lado, encontra-se o subfinanciamento das políticas públicas, acarretando em uma desvalorização da atuação no setor público. Arelado a isso, como um fator complicador, há ainda a disseminação de práticas comunitárias como sinônimo de messianismo, pautadas pelo espírito da filantropia, de maneira individualizada, sem conexão com questões estruturais da sociedade e contribuindo ainda mais para a desresponsabilização do Estado pelas mazelas sociais que assolam grande parte da população (RONZANI, 2007).

Como resultado, o que temos é a manutenção de uma formação voltada para o mercado e que mantém o despreparo para o cuidado da maioria da população e para as questões fundamentais da saúde pública (POZ et al., 2013). Portanto, a simples mudança curricular ou nos ementários dos cursos não foram suficientes para a mudar a racionalidade que vigora na formação dos profissionais de saúde, mesmo aqueles(as) com atuação no SUS (RONZANI, 2007).

A partir do questionamento das concepções que embasam os modelos pedagógicos de formação no campo da saúde, há alguns anos, tem-se proposto como alternativa a Educação Permanente em Saúde (EPS), apresentando princípios que procuram suplantar o modelo biomédico e hierarquizado de formação, distanciado do território e da realidade social. A ideia da formação permanente, inicialmente, preconiza que o processo de aprendizagem é constante e é resultado de uma relação horizontal entre profissional, serviço e comunidade, criticando a tradicional dicotomia entre escola e serviço, universidade e sociedade. Portanto, o conhecimento passa a ser adquirido no cotidiano, a partir de situações concretas e construídas de forma dinâmica, horizontal e recíproca entre profissionais, gestores e comunidade (CECCIM; FEURWERKER, 2004; LIMA-JÚNIOR et al., 2015).

A perspectiva da Educação Permanente em Saúde coaduna com os princípios da chamada Saúde Comunitária, termo cunhado pelo psicólogo argentino Enrique Saforcada, procurando resgatar a importância do conhecimento adquirido na Indo-afro-iberoamérica, que muda a ideia dos atores sociais, em especial a da comunidade, como seres passivos e vistos como ignorantes sobre seus modos de vida, com vistas à participação social e com ações coletivas contextualizadas à realidade. Nesse sentido, essa racionalidade considera a comunidade como ator central de decisão e planejamento das práticas em saúde, valorizando o senso comum e o conhecimento adquirido ao longo da história, a cultura das populações e etnias que compõem a Indo-afro-iberoamérica (RONZANI, 2013; SAFORCADA; ALVES, 2015).

Ao trazermos a questão da formação para o campo dos cuidados a usuários de álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas, a situação ainda é mais complexa. Essa complexidade se refere à conjunção de vários enfoques sobre a temática, que se encontram direta e ideologicamente relacionados. Do ponto de vista histórico, sabemos que o campo das drogas, inicialmente, foi um tema distanciado da área de saúde, ou como uma “entidade” encoberta dentro do tratamento das “loucuras” (PONTES, 2017), sendo primordialmente vinculado a setores religiosos ou de filantropia, sob forte conotação religiosa/moral, o que o deixou fora das discussões sobre a formação profissional por muitos anos. Um segundo enfoque é relacionado ao aspecto legal/jurídico, que coloca o consumo como crime e vincula como resultado a ele a punição de diversas ordens às pessoas usuárias de drogas (BOITEUX et al., *no prelo*). O terceiro aspecto é o sociocultural, que dá base aos dois primeiros, de que o consumo de drogas foi definido socialmente como algo vinculado a pessoas de “segunda classe” na sociedade, fortemente estigmatizadas, o que encobre processos de exclusão de grupos sociais específicos e justifica a moralização, a punição e a violação de direitos humanos desses subcidadãos (SILVEIRA et al., 2013).

Como consequência, historicamente, o tema drogas foi negligenciado na formulação de políticas públicas e cuidados em saúde que assegurassem os direitos desses sujeitos ou então foi relegado às ações legais/criminais ou de intervenções morais. Além disso, acres-

centa-se a necessidade de pensarmos na área como eminentemente intersetorial, para além do setor saúde, o que complexifica ainda mais a situação da formação de profissionais, gestores e *policymakers* (LAPORT; JUNQUEIRA, 2015).

Não obstante, nos últimos anos, observamos uma crescente preocupação por parte dos setores governamentais sobre a necessidade de capacitação dos profissionais para lidar com a temática das drogas (BRASIL, 2004; OCPV, 2017). Muitos programas de formação, de diferentes setores, foram propostos e o Brasil é, atualmente, reconhecido internacionalmente como um país que investe na formação profissional no campo de drogas, especialmente através da estratégia da Educação a Distância (EaD). Além disso, desde o ano de 2010, o Governo Federal, através de editais, financia os Centros de Referência sobre Crack e outras Drogas (CRRs), voltados para a formação de profissionais de diversos setores e com cursos realizados presencialmente por Instituições de Ensino Superior (IES) públicas em todo Brasil. O investimento na capacitação da área ganha força principalmente com o lançamento do Programa “Crack, é possível vencer” (PCPV), que estabelece, dentro do eixo prevenção, a formação de profissionais para lidar com o problema do crack na sociedade (OCPV, 2017).

Entretanto, apesar do avanço quantitativo das políticas de formação no país, observamos uma série de distorções e problemas na concepção de tais estratégias. A primeira é a formulação de políticas com ênfase em uma única droga, como o crack, o que empobrece e desconsidera a complexidade envolvida na temática. A segunda é que as “capacitações” entram como atividade-fim, com a expectativa de que essa formação por si só provocará uma mudança na prática profissional e nos cuidados aos usuários. Além disso, a capacitação no PCPV foi adscrita ao eixo prevenção, desconsiderando a necessidade de um contínuo de ações que abarque a promoção de saúde e o cuidado integral¹. Por último, chamamos atenção para outro aspecto já levantado anteriormente com relação à necessidade de uma concepção sobre a formação em território e a defesa de que a simples transmissão de conteúdo, de forma descontextualizada e distante do cotidiano, apresenta sérias limitações e um efeito bastante reduzido para a real mudança das práticas, havendo a necessidade de repensarmos nossas ações de formação na área, com a ampliação de nossas perspectivas conceituais e, por conseguinte, pedagógicas.

Levando em consideração esses pressupostos, o presente trabalho visa apresentar um relato de experiência do CRR-JF, vinculado à Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), e a sua proposta de formação articulada com as necessidades do território, de modo

1 Por limitações de espaço e foco de discussão, os argumentos aqui apresentados sobre o Programa “Crack, é possível vencer” aparecem de forma mais panorâmica e superficial. Outros aspectos sobre os problemas da implementação do programa e das políticas sobre drogas em geral no Brasil são discutidos de maneira mais aprofundada em outro texto de autoria de alguns dos autores (RONZANI, COSTA, 2015).

a possibilitar práticas comunitárias contextualizadas sobre a temática do uso de drogas e suas múltiplas interfaces. Visando alcançar tal objetivo, inicialmente, apresentaremos um breve histórico sobre o CRR-JF, juntamente com suas concepções teórico-conceituais e práticas. Num segundo momento, descreveremos a metodologia utilizada no CRR e alguns dos resultados alcançados. Por fim, são postuladas algumas conclusões e sinalizações para se pensar a formação-atuação na área, atrelada com o contexto social no qual se insere e conforma.

O CRR-JF: referenciais teórico-conceituais e implicações práticas

Conforme mencionado, o CRR-JF vincula-se à UFJF, com atuação no município de Juiz de Fora e região da Zona da Mata Mineira e tem como entidade responsável por sua organização o Centro de Pesquisa, Intervenção e Avaliação em Álcool e Drogas (CREPEIA). O CREPEIA tem se dedicado há pelo menos treze anos à formação de profissionais de diversos setores para atuação em políticas e práticas relacionadas a álcool, tabaco e outras drogas. Fazemos parte dos CRRs desde seu primeiro edital, em 2010, e durante esses anos, realizamos três edições. Concatenadamente, ao longo desse processo, foram apregoadas contínuas reflexões e autocríticas em relação ao papel da universidade em nosso contexto social, o que nos leva a questionar os tradicionais modelos de ensino e “capacitação” que, inclusive, propusemos a fazer. Tais indagações impactaram na forma de se pensar o papel e a função do CRR no contexto de Juiz de Fora e região, ocasionando em uma série de produções (COSTA et al., 2015a; COSTA et al., 2015b; COSTA et al., 2015c; COSTA et al., 2016) e, mais importante, em diversas mudanças no decorrer das edições do CRR.

Apesar do horizonte da implementação e da consideração das necessidades do território como horizonte de reflexão-ação, uma série de fatores – sendo o principal deles a rigidez da formatação estipulada para os CRRs nos dois primeiros editais de financiamento – resultou na adoção, nas primeiras edições do CRR-JF, de metodologias de ação pré-estabelecidas, estanques e rígidas, com enfoque ainda bastante conteudista e voltadas “para” os serviços e profissionais. Os postulados aqui apresentados simbolizam esses esforços de transformação erigidos pelo CRR-JF e colocados em prática na sua última versão, durante os anos de 2015 e 2016, almejando uma ação construída coletivamente, de base territorial, que envolvesse os diversos atores perpassados pela realidade que visa abarcar, de forma participativa, horizontal, flexível, ou seja, realizada “com” os serviços e, principalmente, “com” a comunidade. Assim, o presente modelo de CRR e o seu relato são resultantes de um processo de amadurecimento do grupo, de onde serão extraídas algumas perspectivas conceituais e possibilidades práticas resultantes de nossas reflexões ao longo dos anos.

A partir do exposto, tomamos como principais referenciais teórico-conceituais para o planejamento metodológico do CRR-JF, para além da EPS: a Psicologia Comunitária e a Saúde Comunitária. Tais embasamentos serviram como norte não apenas para a concepção do CRR-JF, mas também para uma compreensão abrangente acerca da temática do uso de drogas em nossa sociedade, evitando reduzi-la a uma “questão” ou “problema” em si, isolado de um contexto social e histórico que a conforma e é conformado por ela, juntamente com outros fatores e dimensões que se multideterminam. Assim, a comunidade passa a exercer um papel central para a construção e implementação de ações conjuntas no enfrentamento aos dilemas que ainda persistem em dificultar a potencialização humana, sendo o uso de drogas somente um deles. Afinal, ninguém sabe melhor sobre si e seu processo de constituição do que as próprias pessoas, do que a própria comunidade na qual se visa intervir; uma intervenção que passa a ser, portanto, conjunta, participativa. Em consonância, ao se tratar de um fenômeno multifacetado, como o uso de drogas, as tentativas de abarcá-lo devem estar pautadas por uma visão abrangente possibilitada pela lógica da integralidade, em detrimento de perspectivas setoriais fragmentadas e/ou ações de serviços e profissionais isoladas, que o tomam frequentemente como uma temática somente da segurança pública, da saúde, ou, até mesmo, de responsabilidade de um único serviço.

Embebidas por tal racionalidade, a formação deve ser pensada inserida em tal realidade sociocomunitária, que, por sua vez, é dinâmica, possuindo uma série de especificidades com as quais uma capacitação pré-moldada rigidamente ou até mesmo o profissional não é familiarizado ou não se identifica, ocasionando ações descontextualizadas. Portanto, ao invés de cairmos numa reprodução da lógica tradicional de implementação das políticas públicas, que vê o profissional como seu executor e a população como mera receptora de benesses, nos orientamos pela construção dialógica, a partir das necessidades dos territórios e comunidades, considerando, inclusive, que devolver o poder de decisão às populações no que diz respeito às suas vidas constitui-se em uma forma de contribuir para um avanço de conscientização e na emancipação dessas pessoas (SAFORCADA, 2008; SAFORCADA; ALVES, 2015). Ou seja, mesmo num processo de formação que, em tese, se volte para os profissionais das políticas públicas, sabe-se que suas ações têm uma temporalidade, um contexto e são direcionadas a pessoas específicas com características que devem orientar, portanto, qualquer processo formativo e de ação. Dessa forma, a formação não se finda no profissional e em sua suposta obtenção de conhecimento, mas em sua prática cotidiana, o que nos leva a pensar, como postula Martin-Baró (1997), em benefício de quem essa prática se coloca e quais as consequências históricas das ações as quais se deseja substanciar e potencializar.

Logo, em consonância com Costa, Laport e Paiva (2015), o modelo pensado para a contextualização das ações de formação, acompanhamento e ação no território foi assentado

nos seguintes passos:

1. Identificação e mapeamento de atores sociais, recursos comunitários e possíveis instituições parceiras presentes nos territórios;
2. Realização de diagnósticos participativos acerca das características locais;
3. Elaboração conjunta das ações;
4. Execução também coletiva das ações; e
5. Avaliação durante todo o processo, sendo feita também coletivamente.

Dessa forma, a versão aqui apresentada do CRR-JF objetivou implementar processos formativos para profissionais que atuam nas políticas públicas que possuem interface com a temática do uso de drogas, como forma de integração dessas diversas políticas, setores e atores sociais, bem como da rede de atenção aos usuários de drogas de Juiz de Fora em geral. Tal finalidade nos levou a almejar também:

- a. A criação de espaços permanentes de trocas, formação e apoio entre os profissionais da rede de atenção;
- b. O acompanhamento do processo de proposição e implementação das propostas de ações relacionadas ao uso e abuso de drogas;
- c. O auxílio na implementação das ações de prevenção e assistência sobre os problemas relacionados ao uso de drogas das políticas locais, através da integração entre comunidades e diversos setores e profissionais (Saúde, Assistência Social, Educação, Segurança Pública, dentre outros).

É a partir dessas fundações que o CRR-JF e suas ações foram pensados e implementados, conforme apresentação a seguir.

Apresentação da proposta de ação do CRR-JF

A partir de pactuação com atores da gestão municipal, o CRR-JF abarcou diretamente duas regiões administrativas estratégicas do município de Juiz de Fora (Leste e Sudeste). Essas regiões foram escolhidas de acordo com seus índices socioeconômicos e de acentuada vulnerabilidade social, e também por conta da rede do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), mais especificamente do nível de proteção básica, sendo as únicas regiões no município com mais de um Centro de Referência da Assistência Social (CRAS); ambas com dois.

Durante o ano de 2015 e primeiros meses de 2016, a atuação do projeto foi realizada com os serviços públicos da rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas e com as comunidades dessas regiões através de:

1. Oficinas Intersectoriais, com discussões e atividades de construção e implementação das ações nos serviços;
2. Aulas expositivas, com temáticas definidas pelas áreas;
3. Oficinas Ampliadas, momento em que as regiões estiveram reunidas para exposições e discussões teóricas sobre aspectos necessários para a abordagem ao tema do uso de álcool e outras drogas nos territórios como um todo, de modo a potencializar uma visão de rede global; e
4. Seminário de Encerramento, atividade realizada com os quatro territórios que visou planejar as ações subseqüentes dos territórios, bem como realizar uma avaliação final das ações.

Ao todo, foram quatro processos formativos, sendo dois por área/região, com quarenta horas para atuação teórica (oficinas ampliadas e aulas expositivas temáticas) e quarenta horas para a atuação prática de implementação nos serviços e comunidades em cada processo formativo, totalizando duzentas e setenta e duas horas distribuídas nos anos de 2015/2016. Cabe ressaltar também as visitas semanais realizadas por integrantes do CRR-JF, visando aprofundar o suporte às discussões e implementação de ações. A seguir, apresentamos os detalhes das ações propostas.

- a. **Oficinas Intersectoriais – Construção e implementação das ações nos serviços:** Atividades práticas para discussão, apoio à elaboração de projetos de intervenção e ações nos serviços, rede e comunidades, assim como suporte/apoio aos profissionais. Inicialmente, objetivamos a identificação das necessidades dos contextos nos quais as ações foram aplicadas e o conseqüente planejamento/desenvolvimento das ações propostas, juntamente com a avaliação destas. As oficinas aconteceram nos próprios serviços e/ou territórios, com quarenta horas para cada processo formativo territorializado, totalizando as cento e sessenta horas. Os grupos dos processos formativos foram formados por profissionais dos serviços e instituições envolvidos em cada área, e atores da própria comunidade assessorados por integrantes do CRR-JF, a fim de desenvolverem e colocarem em prática ações planejadas, por meio de projetos de intervenção.
- b. **Encontros expositivos com temáticas definidas pelas áreas:** Momentos de suporte teórico aos profissionais e atores comunitários para que pudessem construir as ações e propostas no território, bem como implementá-las e avaliá-las. Os encontros tiveram como foco temáticas originadas dos cotidianos dos serviços e comunidades, sendo formuladas por membros do CRR-JF, de acordo com as realidades e necessidades locais. As sessenta e quatro horas dos encontros temáticos

foram divididas pelos quatro processos formativos territoriais, com dezesseis horas para cada. A periodicidade desses encontros se deu de acordo com a necessidade de aprofundamento teórico dos participantes de cada processo formativo, a partir do acompanhamento pelos integrantes do CRR-JF.

- c. **Oficinas Ampliadas:** Visando uma maior integração territorial, as oficinas ampliadas também foram momentos de atividades teóricas separados por região (Leste e Sudeste). Ao todo, foram vinte e quatro horas para o Território A (Região Leste) e vinte e quatro horas para o Território B (Região Sudeste), que ocorreram bimestralmente, com duração de quatro horas cada, representando seis workshops para cada região durante o ano de 2015. Essas oficinas ampliadas foram operacionalizadas a partir das necessidades observadas no trabalho em campo junto aos serviços, profissionais e comunidades. Devido ao retorno avaliativo dos profissionais capacitados na versão anterior do CRR-JF, no qual citaram a importância da manutenção de momentos em que pudessem se reunir fora dos serviços para discutirem suas ações e a rede, embasados nos aspectos teóricos, os encontros foram realizados na UFJF.
- d. **Seminário de Encerramento:** Nesse seminário foram apresentados os projetos de intervenção e ações realizadas durante o ano e os resultados das avaliações e possibilidades futuras de aprofundamento das ações para o fortalecimento da rede de atenção aos usuários de drogas e ações nos territórios.

Descrição das ações no território

A seguir serão apresentados tanto os resultados referentes ao processo de formação, voltado mais especificamente para as capacitações, quanto as ações que foram implementadas pelos territórios. Ao todo, duzentos e onze profissionais participaram de todos os processos de capacitação, sendo alguns em momentos pontuais, de acordo com as demandas dos serviços, realizadas através de supervisões teóricas e oficinas intersetoriais.

- a. **Região Leste - Território A1:** Nessa região, onze serviços participaram do processo formativo, a saber: um CRAS; um serviço com atividades sociais, de convivência e acompanhamento em horário complementar ao período escolar (Curumim); quatro Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS); três escolas estaduais; uma escola municipal; e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). As ações realizadas no território foram: sete Oficinas Intersetoriais, seis Oficinas Ampliadas, duas Capacitações, cinco Rodas de Conversa com profissionais e atores da comunidade e visitas semanais ao campo. O total de profissionais capacitados foi de quarenta e três, sendo que vinte e oito deles participaram de todo o processo de formação. Sobre as capacitações específicas, destaca-se a capacitação para os profissionais do CRAS, contando com seis profissionais, roda de conversa com três profissionais do serviço socioassistencial para crianças e uma roda de conversa com seis profissionais da UAPS.

- b. Região Leste - Território A2:** Nesse território, os serviços abarcados no processo formativo foram: um CRAS; um Curumim; duas UAPS; duas escolas municipais; e uma escola estadual. Foram realizadas oito Oficinas Intersetoriais, seis Oficinas Ampliadas, nove Capacitações, uma Roda de Conversa e visitas semanais no território. Cinquenta e dois profissionais foram capacitados, com vinte e dois participando de todo o processo. Ademais, projetos de intervenção e capacitações sobre temáticas específicas foram conduzidas com/por: oito profissionais da UAPS, cinco profissionais do Curumim, dez profissionais de uma das escolas e oito profissionais do CRAS.
- c. Região Sudeste - Território B1:** Os serviços da região abarcados na formação foram: um CRAS; um Curumim; duas escolas estaduais; uma escola municipal; e três UAPS, com destaque para a participação ativa dos dois primeiros. Foram conduzidas sete Oficinas Intersetoriais e quatro Oficinas Ampliadas. Além disso, foram realizadas uma capacitação, três oficinas com crianças e adolescentes e as visitas semanais ao campo de março a dezembro, uma série de projetos foram construídos e implementados com os profissionais e atores comunitários, tais como: Projeto de Articulação Saúde – Educação “Prevenção na Escola”, uma articulação entre uma UAPS e um escola Estadual; e uma capacitação de Habilidades de Vida e Prevenção no ambiente escolar. Um total de cinquenta e oito profissionais participaram do processo formativo, sendo que quarenta e sete profissionais concluíram o processo geral.
- d. Região Sudeste - Território B2:** No território, participaram ativamente no processo formativo um CRAS, uma UAPS e duas escolas municipais. No total, quatro Oficinas Intersetoriais foram conduzidas, além de seis Oficinas Ampliadas, três Capacitações e oito Visitas Condensadas (reuniões por bairro). Além disso, uma oficina voltada para o aprendizado e treinamento de Habilidades de Vidas com crianças e adolescentes foi realizada. O total de profissionais capacitados nesse território foi de quarenta e nove.
- e. Capacitação no CAPS-ad de Juiz de Fora:** Dentre os serviços destacados no plano de trabalho do projeto para ação do CRR-JF, durante o processo foi incluído o Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras Drogas (CAPS-ad), principal serviço assistencial a pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas. Tal inclusão ocorreu por conta de seu papel de importância na rede, e por conta de uma pactuação com a Coordenação Municipal de Saúde Mental do município que acabara de desenvolver um projeto-piloto envolvendo o CAPS-ad em atividades de matriciamento na atenção primária à saúde e demais serviços da rede de atenção em álcool e outras drogas. Como estratégia de integração das ações, o CRR-JF foi convidado a participar desse planejamento e a potencializar a formação dos profissionais desse dispositivo para a realização do matriciamento. Nesse sentido, trinta e dois profissionais do CAPS-ad participaram de uma capacitação com carga horária de vinte horas, as quais foram ministradas em quatro encontros. Os objetivos foram: discutir conceitos tais como estigma; conhecer os critérios diagnósticos

existentes; compreender as políticas brasileiras da área; debater técnicas individuais e grupais para abordagem do uso de drogas no contexto da saúde mental; e, por fim, problematizar o papel do CAPS-AD na rede de assistência de álcool e outras drogas.

Além de todas essas ações, o CRR-JF, por meio de seus integrantes, participou ativamente e da forma mais integrada possível de espaços e entidades de formulação e implementação das políticas públicas sobre drogas do município. Destacam-se a colaboração no planejamento da implementação pela gestão local do PCPV e da proposta de política local sobre drogas, chamada JF + Vida e suas atividades relacionadas, tais como o Comitê Gestor e o Encontro Regional de Políticas Sobre Drogas em Juiz de Fora. Outras ações do CRR-JF foram: a participação como membro permanente do Conselho Municipal de Políticas Integradas Sobre Drogas (COMPID), com dois integrantes (um titular e outro suplente) ocupando as cadeiras de especialistas na área e do II *Workshop* de Políticas Integradas sobre Crack, Álcool e Outras Drogas.

Considerações finais

De acordo com o que apresentamos neste capítulo, procuramos atuar em consonância com os princípios da EPS e das interfaces entre Psicologia Comunitária e Saúde Comunitária, por meio da relação horizontal entre os profissionais, serviço e comunidade e com base de ação em território. Essa nova proposta do CRR-JF priorizou a inserção dentro da comunidade, o levantamento em conjunto das principais demandas e a articulação dos diversos profissionais que compõem a rede de atenção ao usuário de drogas e demais atores sociais, com o intuito de aprimorar o conhecimento acerca da temática, bem como adentrar ao campo e construir em conjunto ações com foco em prevenção, promoção e reinserção social.

Porém, ainda há muito o que se avançar. A real participação dos usuários e da comunidade como atores ativos e definidores de suas próprias necessidades apresenta-se como uma das limitações do presente trabalho, tornando-se, portanto, um horizonte a ser perseguido. Apesar de termos avançado em termos de metodologia de planejamento, ação e avaliação, ainda enfatizamos a prática nos serviços e a centralidade nos profissionais, tomando – quando possível – as instituições como forma de acesso à comunidade. A implementação, de fato, de metodologias participativas e das premissas da Saúde Comunitária constituem-se em desafios a serem suplantados em nosso contexto social, mas entendemos também que este é um caminho processual, perpassado por limitações, mas também por potencialidades, que nos impedem de incorrer no erro de falsas (ou insuficientes) inserções comunitárias, em que a comunidade se torna um mero objeto manipulatório, com ações maquiadas e superficiais e sem a sua real participação.

Há que se ressaltar, ainda, a grande contradição envolvida em todos os CRRs no Brasil, no que diz respeito a sua temporalidade definida previamente por edital. Como considerar um centro de referência, com base local e atuação territorializada, que demanda uma ação e processo contínuo, por meio dos pressupostos de EPS, se somos uma instância fluida dentro das universidades e existimos a partir de editais pontuais e sem sabermos de sua continuidade? Não seria a própria comunidade que deveria determinar o fim das ações, de acordo com a abordagem e o nível de resolutividade de suas necessidades? Esse aspecto é algo a ser revisto de forma urgente para uma maior continuidade da atuação dos CRRs, evitando rupturas nas ações, pactuações e resultados com profissionais, gestão e população.

Enfim, apesar de nossas limitações e do longo caminho ainda a ser percorrido, inspiramo-nos em Eduardo Galeano quando diz: *“A utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar.”*

Referências bibliográficas

BOITEUX, L.; CHERNICHARO, L. P.; ALVES, C. S. Direitos humanos e convenções internacionais de drogas: Em busca de uma razão humanitária nas leis de drogas. In: DALLA VECCHIA, M.; RONZANI, T. M.; PAIVA, F. S.; BATISTA, C. B.; COSTA, P. H. A. (Orgs.). **Drogas e Direitos Humanos: Reflexões em Tempos de Guerra às Drogas**. Porto Alegre: Rede Unida, no prelo.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. Brasília: MS, 2004.

CAMPOS, G. W. S. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). **Rev. Saúde Pública**, v. 1, n. 13, p. 141-144, 1997.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M.. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 14, n.1, p. 41-65, 2004.

COSTA, P. H. A.; CASELA, A. L. M.; MOTA, D. C. B.; MONTEIRO, E. P.; PAIVA, F. S.; FREITAS, J. V. T.; MACHADO, N. M.; RONZANI, T. M. The Care Network for Drug Users in Brazil: What Do Professionals Say About It? **Universitas Psychologica**, v. 4, n. 14, p. 1311-1324, 2015a.

COSTA, P. H. A.; MOTA, D. C. B.; CRUVINEL, E.; PAIVA, F. S.; GOMIDE, H. P.; SOUZA, I. C. W.; MARTINS, L. F.; SILVEIRA, P. S.; RONZANI, T. M. Capacitação em álcool e outras drogas para profissionais da saúde e assistência social: relato de experiência. **Interface**, Botucatu, v. 53, n. 19, p. 395-404, 2015b.

COSTA, P. H. A.; SILVEIRA, P. S.; RONZANI, T. M. Pensando a formação e atuação em álcool e outras drogas: subsídios de um Centro Regional de Referência. In: SARRIERA, J. C.; SA-FORCADA, E. T.; ALFARO, J. I. (Orgs.). **Perspectiva Psicossocial na Saúde Comunitária: a Comunidade como Protagonista**. Porto Alegre: Editora Sulina, p. 277-294, 2015c.

COSTA, P. H. A.; LAPORT, T. J.; PAIVA, F. S. Perspectivas sobre o trabalho em rede: contribuições do paradigma ecológico no processo de intervenção em álcool e outras drogas. In: RONZANI, T. M.; COSTA, P. H. A.; MOTA, D. C. B.; LAPORT, T. J. (Orgs.). **Redes de Atenção aos Usuários de Drogas - Políticas e Práticas**. São Paulo: Cortez Editora, p. 189-218, 2015.

COSTA, P. H. A.; MOTA, D. C.B.; CRUVINEL, E.; SILVEIRA, P. S.; RONZANI, T. M. O Ecomapa como ferramenta na formação para o trabalho em rede no campo de álcool e outras drogas. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 3, n. 11, p. 669-681, 2016.

LAPORT, T. J.; JUNQUEIRA, L. A. P. A intersectorialidade nas políticas sobre drogas. In: RONZANI, T. M.; COSTA, P. H. A.; MOTA, D. C. B.; LAPORT, T. J. (Orgs.). **Redes de Atenção aos Usuários de Drogas - Políticas e Práticas**. São Paulo: Cortez Editora, p. 67-84, 2015.

LIMA-JUNIOR, J. M.; SILVA, E. A.; NOTO, A. R.; BONADIO, A. N.; LOCATELLI, D. P. (2015). A educação permanente em álcool e outras drogas: marcos conceituais, desafios e possibilidades. In: RONZANI, T. M.; COSTA, P. H. A.; MOTA, D. C. B.; LAPORT, T. J. (Orgs.). **Redes de Atenção aos Usuários de Drogas - Políticas e Práticas**. São Paulo: Cortez Editora, p. 155-187, 2015.

MARTÍN-BARÓ, I. O papel do Psicólogo. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 1, n. 2, p. 7-27, 1997.

OCPV. Observatório Crack, é Possível Vencer. **Centros Regionais de Referência**. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/prevencao/centro-regionais-referencia.html>>. Acesso em: 28 mar. 2017.

PONTES, A. K. **Subjetividades desviantes e políticas de internação**: ébrios habituais e alcoolistas no Rio de Janeiro durante a Primeira República (1899-1920). Tese (Doutorado em Psicologia)- Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, 2017.

POZ, M. R. D.; PERANTONI, C. R.; GIRARDI, S. Formação, mercado de trabalho e regulação da força de trabalho em saúde no Brasil. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (Org.). **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**: organização e gestão do sistema de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, p. 187-233, 2013.

RONZANI, T. M. A Reforma Curricular nos Cursos de Saúde: Qual o Papel das Crenças? **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 1, n. 31, p. 38-43, 2007.

RONZANI, T. M.; COSTA, P. H. A. Desafio para prevenção e tratamento em álcool e outras drogas. Quais evidências procuramos? In: Fernandez, O. F. R. L., Andrade, M. M., & Nery Filho, A. **Drogas e Políticas Públicas. Educação, saúde coletiva e direitos humanos**. Salvador: EDUFBA, p. 129-138, 2015.

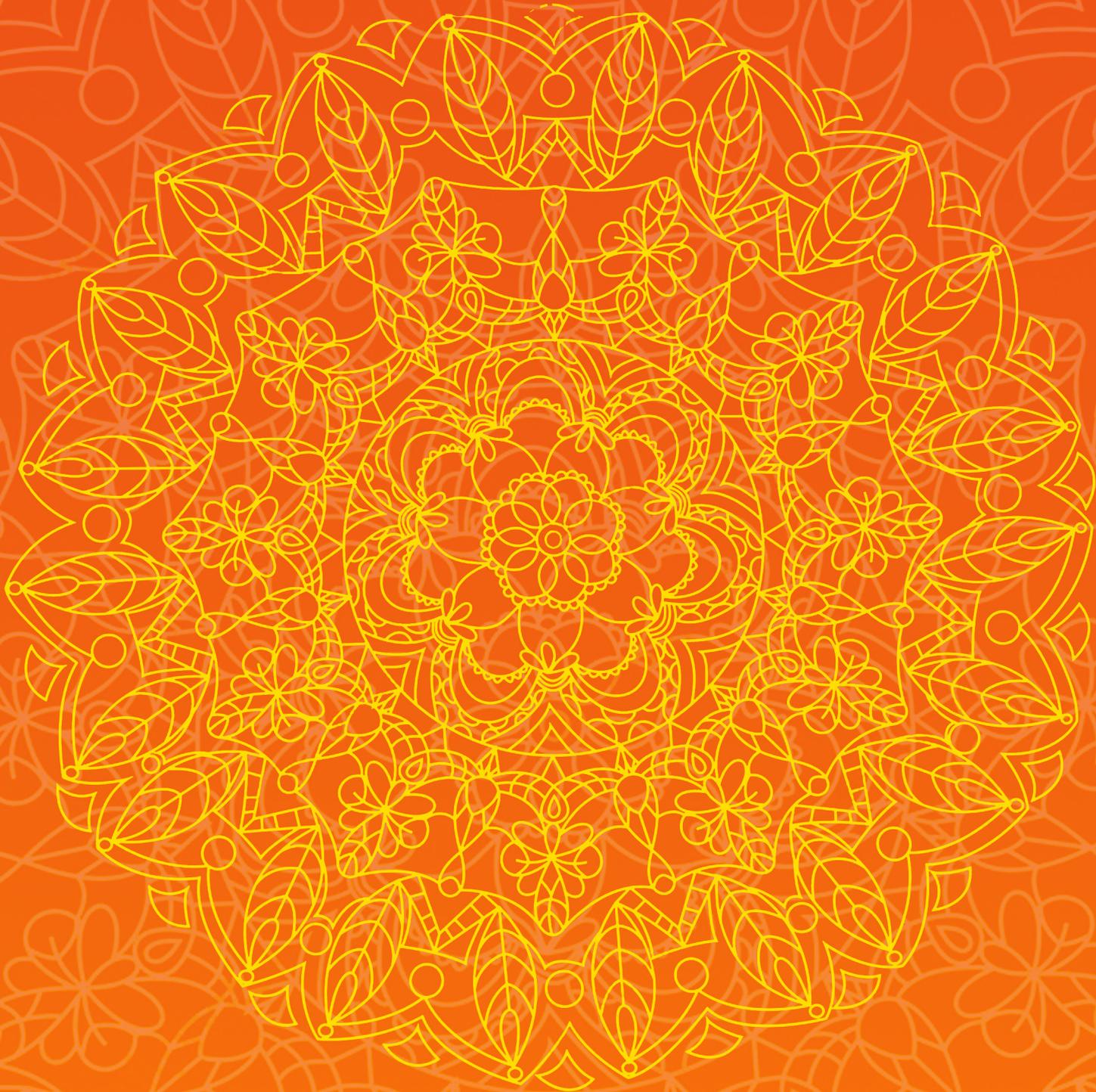
RONZANI, T. M. & RIBEIRO, M. S. Práticas e Crenças do Médico de Família. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 3, n. 28, p. 190-197, 2004.

RONZANI, T. M. (2013). Saúde Coletiva: um campo aberto para o trabalho interdisciplinar. In: FIGUEIRAS, S. T.; GONZE, G. G.; VILLELA, R. A. N. (Orgs.). **Residência em Psicologia. Novos contextos e desafios para a formação em saúde**. Petrópolis: Vozes, p. 158-169, 2013.

SAFORCADA, E. T. El Concepto de Salud Comunitaria ¿Denomina solo un escenario de trabajo o también una nueva estrategia de acción en salud pública? **Psicol. pesq.**, v. 2, n. 2, 3-p. 13, 2008.

SAFORCADA, E. T.; ALVES, M. M. Saúde Comunitária: do novo paradigma às novas práticas em saúde. In: Sarriera, J. C., Saforcada, E. T., & Alfaro, J. I. (Orgs.). **Perspectiva Psicossocial na Saúde Comunitária**. A comunidade como protagonista. Porto Alegre: Sulina, p. 19-48, 2015.

SILVEIRA, P. S.; SOARES, R. G.; NOTO, A. R.; RONZANI, T. M. Estigma e suas consequências para usuários de drogas. In: RONZANI, T. M. (Org.). **Ações Integradas Sobre Drogas**. Prevenção, Abordagens e Políticas Públicas. Juiz de Fora: Ed. UFJF, p. 248-274, 2013.



NEPSIS
NÚCLEO DE PESQUISA EM
SAÚDE E USO DE SUBSTÂNCIAS



SECRETARIA NACIONAL DE
POLÍTICAS SOBRE DROGAS

MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E CIDADANIA

