

UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL

CURSO DE PSICOLOGIA

Janaíra de Oliveira Terres

**EDUCAÇÃO PERMANENTE/CONTINUADA E O REFLEXO NA PRÁTICA DE
PROFISSIONAIS NO CAPS AD III**

Santa Cruz do Sul

2018

Janaíra de Oliveira Terres

**EDUCAÇÃO PERMANENTE/CONTINUADA E O REFLEXO NA PRÁXIS DE
PROFISSIONAIS NO CAPS AD III**

Trabalho de Curso apresentado à disciplina de
Trabalho de Curso II do Curso de Psicologia da
Universidade de Santa Cruz do Sul- UNISC.

Professor: Dr. Moises Romanini

Santa Cruz do Sul

2018

Aos profissionais da saúde, especialmente aos que trabalham na rede pública. Que vocês tenham a força necessária para lutar diariamente por serviços mais humanizados, e que suas práticas sejam respeitadas e reconhecidas, e que a psicologia possa ser um meio para que isso aconteça.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pela vida e força necessária para não desistir nos dias difíceis, sem sua presença em forma de amor e paz, jamais conseguiria. Agradeço a minha mãe Celoní de Oliveira Terres, minha heroína e inspiração de força e coragem, ao meu pai Antônio Eli de Oliveira Terres, pelo cuidado e carinho. Agradeço a meus irmãos, cunhadas e sobrinhos, vocês são o motivo dessa conquista, obrigada pela paciência e empenho em me ajudar, amo imensamente cada um. A todos meus amigos, minha gratidão, vocês são as gotas de ânimo nos dias complicados. Agradeço a minha família da fé, suas orações foram balsamos. Agradeço ao professor Moises Romanini, pela orientação e empenho, e também aos demais professores que passaram por minha longa jornada de estudos, os quais de alguma forma ajudaram a proporcionar o conhecimento necessário para a realização deste trabalho.

A vocês, o meu muito obrigada! Sem vocês esse trabalho não aconteceria!

“Devemos promover a coragem onde há medo, promover o acordo onde existe conflito, e inspirar esperança onde há desespero.”

(Nelson Mandela)

RESUMO

As práticas de Educação Permanente e Continuada foram pensadas a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que coloca em evidência a necessidade de mudança na formação profissional em saúde. Essas práticas vão ao encontro destes profissionais para identificar as necessidades de formação e também de desenvolvimento dos trabalhadores de saúde; a proposta é produzir um cuidado mais humanizado e positivo sobre a saúde individual e coletiva da população, promovendo transformação nas práticas. Com o intuito de entender como essas práticas são realizadas e compreendidas pelos profissionais, o trabalho foi realizado em um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas III (CAPS AD III), com nove profissionais de varias áreas do conhecimento. Para realização da pesquisa a mesma passou pelo Comitê de Ética da universidade, pela Secretaria de Saúde e pela Coordenação do Serviço, os profissionais participantes receberam um termo de consentimento. Para coleta de dados foram realizados dois encontros (Grupos Focais), que foram gravados (voz) para realização da transcrição. Após a realização dos encontros e transcrição, foi realizada a divisão de três categorias para análise de conteúdo, as quais foram divididas em: “Contexto do trabalho no CAPS AD III”, trazendo um pouco do caminho percorrido pelos profissionais antes de trabalharem no CAPS e depois do ingresso no serviço, assim como as questões que envolvem a instituição; a segunda categoria apresentou as “Percepções dos profissionais sobre as práticas de educação permanente e continuada”, colocando o que os profissionais entendem sobre essas atividades; e, por fim, “Práticas de educação permanente e continuada dentro do CAPS AD”, as quais já aconteceram e estão acontecendo, assim como sugestões. Foi possível compreender que muitas destas práticas estão associadas a seminários e capacitações, os profissionais colocaram do desejo de saírem para outros municípios. Após as discussões se colocaram como atores e responsáveis pela transformação do serviço, repensando algumas estratégias e pensando na possibilidade de promover encontros entre a unidade e outros estabelecimentos, assim como fornecimento de informações sobre o serviço, para aproximar a sociedade da instituição.

Palavras-chave: Educação permanente, educação continuada, CAPS AD III, profissionais, drogas.

SUMMARY

The practices of Permanent and Continuing Education were thought through the creation of the Unified Health System (SUS), which highlights the need for a change in professional training in health. These practices meet these professionals to identify the training and developmental needs of health workers; the proposal is to produce a more humane and positive care about the individual and collective health of the population, promoting transformation in practices. In order to understand how these practices are carried out and understood by professionals, the work was carried out in a Psychosocial Care Center for Alcohol and Other Drugs III (CAPS AD III), with nine professionals from various areas of knowledge. To carry out the research, the same was passed by the Ethics Committee of the university, by the Department of Health and by the Coordination of the Service, the participating professionals received a consent form. For data collection, two meetings were held (Focal Groups), which were recorded (voice) for transcription. After the meetings and transcription, three categories were analyzed for content analysis, which were divided into: "Context of the work in the CAPS AD III", bringing some of the path taken by the professionals before working in the CAPS and after joining the service, as well as the issues surrounding the institution; the second category presented the "Perceptions of professionals on the practices of Permanent and Continuing Education", placing what professionals understand about these activities; and, finally, "Permanent and Continuing Education Practices within CAPS AD", which have already happened and are happening, as well as suggestions. It was possible to understand that many of these practices are associated with seminar and capacitation training, the professionals put the desire to go out to other municipalities. After the discussions they became actors and responsible for the transformation of the service, rethinking some strategies and thinking about the possibility of promoting meetings between the unit and other establishments, as well as providing information about the service, to bring the society closer to the institution.

Key words: Continuing education, continuing education, CAPS AD III, professionals, drugs.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	4
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	5
2.1 Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica	5
2.2 CAPS AD III- Drogas e suas Representações	7
2.3 Política de educação Permanente e continuada em Saúde e as Percepções dos Profissionais neste Contexto de Trabalho	11
3 METODOLOGIA	17
3.1 Técnicas e Procedimento de Coleta	17
3.2 Participantes da pesquisa	21
3.3 Considerações Éticas	22
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	23
4.1 Contexto do trabalho no CAPS AD III	24
4.2 Percepções dos profissionais sobre as práticas de Educação Permanente e Continuada	27
4.3 Práticas de Educação Permanente e Continuada no Contexto do CAPS AD	30
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
6 REFERÊNCIAS	35
ANEXOS	38
ANEXO A: Termo de Consentimento	38
ANEXO B: Carta de aceite institucional	40
ANEXO C: Termo de aceite institucional	41
ANEXO D: Cartaz realizado com profissionais do CAPS AD III	42

1 INTRODUÇÃO

A Política de Educação Permanente em Saúde (EPS), assim como de Educação Continuada, vem ao encontro dos princípios e diretrizes do SUS, com o objetivo de promover uma cadeia de cuidado progressivo em prol da integralidade do sujeito, garantindo também uma melhor forma de trabalho. A Portaria nº 1.996, de agosto de 2007, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde também propõe discussões sobre práticas institucionalizadas, promovendo reflexão e trocas entre gestão, profissionais e usuários. (LEMOS, 2016).

A partir dessas práticas existentes, inexistentes ou desconhecidas no serviço CAPS AD III de educação permanente e/ou continuada, busca-se compreender a importância e influência que ambas representam para os profissionais. Sabendo que a questão das drogas ainda é vista de forma centralizada na substância, temos então um sujeito que, por vezes, acaba sendo desconsiderado, assim como as muitas situações que o rodeiam, como questões políticas, econômicas, sociais e psicológicas. (LANCETTI, 2015).

Falar sobre a Educação Permanente e Continuada dentro do serviço de CAPS AD III abre um leque de questões a serem pensadas sobre as dificuldades e as eficiências que se dão dentro do serviço, a partir de propostas como: discussões, fóruns, supervisões, que são promovidos nesta instituição. Sabendo do estigma que ainda se apresentam em torno de dependentes químicos é importante para os profissionais pensarem suas práticas e conhecerem o serviço em que estão inseridos, de forma que venha a contribuir com sua maneira de trabalhar. (DALPIAZ et al., 2014; LANCETTI, 2015; LEMOS, 2016).

A partir disso foram levantadas algumas questões: que percepções que os profissionais têm sobre as práticas de Educação Permanente e Continuada em Saúde? Quais as potencialidades e dificuldades encontradas no cotidiano de trabalho, mais especificamente, sobre o tema da drogadição e suas percepções?

Com a realização do Grupo Focal foram identificadas as necessidades e demandas de Educação Permanente e Continuada no contexto do CAPS AD III a partir dos relatos apresentados pelos profissionais, mapeando, junto com os mesmos, as estratégias de Educação Permanente e/ou Continuada já desenvolvidas no serviço, compreendendo potencialidades e dificuldades que os profissionais encontram no cotidiano de trabalho.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica

A loucura sempre esteve presente nas mais diversificadas culturas, apresentando-se com inúmeras definições, como menciona Foucault (1975). Definições essas que iam desde pessoas possesas por demônios, amaldiçoadas e portadoras de alguma característica fora do padrão “normal” da sociedade. Essas várias definições contribuíram para que pessoas portadoras de algum transtorno mental sofressem inúmeros preconceitos e fossem tratadas de forma desumanizada.

Por volta do século XIX surge o termo manicômio, que eram espaços criados com a função de dar um atendimento médico e sistemático para pessoas com sofrimento psíquico. Vale destacar, porém, que os primeiros hospícios foram criados no século XV na Europa, com a proposta de oferecer tratamento a pessoas com algum tipo de deficiência. (SILVA, 2007).

Após a criação dos manicômios, o número de pessoas que acabaram sendo levadas para essas instituições aumentou muito. Esses espaços passam a ser ocupados não mais por pessoas portadoras de alguma deficiência, mas por qualquer pessoa que se encontrava fora dos padrões considerados normais para a sociedade. O tratamento que passa a ser oferecido a essas pessoas é um tratamento desumano e cruel. Essas práticas eram compostas tanto por ducha fria na cabeça, isolamento em quartos escuros, cadeira rotatória que girava por longo tempo até o paciente perder a consciência, entre outras. (FOUCAULT, 1975).

No Brasil, o primeiro hospício foi fundado em 1841, denominado de hospício Dom Pedro II, neste período estava ligado às casas de misericórdia, e faz seu desligamento destas entidades em 1890, onde passa a se chamar de Hospício Nacional dos Alienados, muitos outros também acabam sendo instalados ao longo do país. Eram recebidas pessoas de diversos locais com inúmeros tipos de diagnósticos, o que acabou contribuindo para a lotação destes espaços e para a falta de cuidado com os internos, como apresenta Silva (2007). Conforme Arbex (2013, p. 13):

Os pacientes do Colônia morriam de frio, de fome, de doença. Morriam também de choque. Em alguns dias, os eletrochoques eram tantos e tão fortes, que a sobrecarga derrubava a rede do município. Nos períodos de maior lotação, dezesseis pessoas morriam a cada dia. Morriam de tudo — e também de invisibilidade. Ao morrer, davam lucro. Entre 1969 e 1980, 1.853 corpos de pacientes do manicômio foram vendidos para dezessete faculdades de medicina do país, sem que ninguém questionasse. Quando houve excesso de cadáveres e o mercado encolheu, os corpos foram decompostos em ácido, no pátio do Colônia, na frente dos pacientes, para que as ossadas pudessem ser comercializadas. Nada se perdia, exceto a vida.

Neste cenário de falta de humanização e sofrimento, algumas figuras importantes começam a surgir, entre eles Philippe Pinel e o psiquiatra italiano Franco Basaglia, que visitou o Brasil no ano de

1979, influenciando de forma positiva nas reflexões sobre novas formas de cuidado a pessoas portadoras de algum sofrimento psíquico. Muitos profissionais e pessoas adeptas a uma nova forma de tratar começam a travar uma luta por condições mais humanizadas e o fim dos manicômios, nomeado luta antimanicomial, buscando uma reforma psiquiátrica. Como é apresentado por Medeiros e colaboradores (2016), essa reforma foi também motivada pelo Movimento dos anos 1970, o que contribuiu para a greve de trabalhadores da saúde mental, em 1978/1979, contra as condições desumanas dos manicômios no país, sendo a realização das conferências nacionais de Saúde Mental consideradas marcos importantes.

A luta antimanicomial se estendeu ainda por longo tempo, porém, com a Constituição de 1988 e com a implementação do SUS, no ano seguinte, dá-se entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. No ano de 1989, esse Projeto de Lei marca o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo, como apresenta Silva (2007).

Mesmo com todo movimento e outras formas de intervenção, os manicômios só são oficialmente retirados do centro de atendimento em 2001, após a Lei de Paulo Delgado (Lei nº 10.216 de 2001) ser sancionada. (BRASIL, 2012a). Uma nova forma de cuidar passa a ser adotada, com serviços substitutivos, que vem para atender as demandas antes atendidas dentro de manicômios. Com a afirmação desses direitos, assegurados agora pela lei, o cuidado se fortalece, buscando agora a reabilitação e integração social desses usuários. Para aprimorar e contribuir com essa nova forma de cuidado para pessoas portadoras de transtorno mental se tem a rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Segundo Antonacci (2013), a RAPS é uma articulação entre várias instituições ou serviços. Esses devem trocar ideias entre si, obtendo uma relação que fortaleça os serviços, para assim oferecer um trabalho mais qualificado a todos os usuários. Essa rede vem ao encontro para abarcar a integralidade do sujeito, com um trabalho multiprofissional interligado com vários serviços.

Dentro desta rede, configurou-se também como serviço substitutivo o CAPS, regulamentado pela portaria 336/MG de 19 de fevereiro de 2002. As práticas agora se dão de forma humanizada, trabalhando pela reinserção social, buscando fortalecer os vínculos familiares e da comunidade, sempre reconhecendo esses usuários como sujeitos de direitos. Dentro do CAPS encontramos algumas divisões, estabelecidas por número populacional e demanda de trabalho.

O princípio básico do trabalho dentro do CAPS é o acolhimento, que direcionará o decorrer do tratamento. A partir da severidade e persistência, justificam então a permanência num dispositivo de

cuidado intensivo ou não, buscando-se sempre a reinserção social. Essa reinserção vem ao encontro da nova forma de cuidado, não retirando mais o usuário do convívio social, e sim promovendo espaços de saúde em conjunto com a família, comunidade e os serviços de saúde. (CREPOP/CFP, 2013).

2.2 CAPS AD III- Drogas e suas Representações

O CAPS AD III é um local especializado para transtornos graves, porém qualquer pessoa pode procurar o serviço e, após o acolhimento ou triagem, que é o primeiro contato com a instituição, esse sujeito será encaminhado para o atendimento necessário, seja no próprio serviço ou em outro espaço da rede. Esse é um dos motivos pelos quais o profissional deve estar a par da rede de saúde mental, para realizar o melhor encaminhamento e acompanhamento deste usuário.

A resolução RDC nº29, de 30 de junho de 2011, que dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestam serviços a pessoas com algum transtorno decorrente do uso, abuso e também dependência de substâncias psicoativa. Dentro dos requisitos presentes na resolução RDC nº29, encontramos vários itens que essas instituições devem contemplar, como: atividade física com os usuários do serviço, atendimento grupal e individual, atendimento a família durante o período de tratamento, além de buscar a reinserção social do residente. (BRASIL, 2011).

É importante falar sobre o que é considerado droga, o que é o uso, abuso e dependência, para compreender os serviços que são prestados nestas instituições. A droga é qualquer substância que não é produzida no organismo e que altera o funcionamento normal do corpo. A questão das drogas, porém, ainda é muito centrada nas substâncias ilegais, como: cocaína, maconha, crack, etc. Ademais, no Brasil as drogas mais consumidas por adultos e adolescentes são álcool e tabaco, que também são consideradas as de mais fácil acesso por serem lícitas. (BRASIL, 2010d).

O uso de drogas pode ocorrer de forma ocasional, sem que a pessoa e também aqueles que convivem com a mesma não notem prejuízos significativos; mas, esse uso torna-se abusivo quando começa a afetar a saúde física, relacionamentos pessoais e profissionais, no trabalho, na escola, em casa, por exemplo, quando esse uso começa a ocorrer de forma mais regular, ocasionando essas muitas situações. A dependência pode ser identificada quando a pessoa sente dificuldade de diminuir ou cessar o uso, mesmo com decisão própria. Quando a pessoa apresenta o quadro de dependência muitas atividades começam a ser deixadas de lado, até mesmo aquelas que eram antes consideradas prazerosas pelo sujeito. (BRASIL, 2010c).

Apesar do conceito de drogas abranger várias substâncias, algumas ainda não são vistas como drogas, enquanto outras além de serem vistas de forma totalmente negativa, acabam rotulando aqueles

que fazem uso das mesmas, de uma forma bem mais perversa quando se é dependente. A mídia ainda romantiza muito o álcool em propagandas e novelas, por exemplo, o que às vezes faz pensar que não é droga; porém, quando se fala de crack, a forma que é transmitido é bem diferente, normalmente o usuário recebe vários rótulos negativos. (BRASIL, 2010c).

As substâncias usadas pelos sujeitos acabam os rotulando, pois se fala de um usuário do serviço que além de “doente” é “perigoso”, como apresenta Medeiros (2014) e, com isso, a sociedade trava toda uma luta para acabar com o uso da droga. A mesma autora traz do quanto a junção dos estudos científicos pelo sistema médico, que apresentam os malefícios que o uso de drogas acarreta para a saúde, acaba influenciando para o receio que a sociedade apresenta em relação a usuários de drogas, destacando-se mais esse receio quando se tem a presença de dependência.

Esses fatos aumentam a procura pelo controle das drogas e o sujeito passa a ser desconsiderado, suas vivências, problemas sociais e psicológicos são banidos ou reduzidos. Tanto o modelo médico como penal trazem muito a ideia de que o indivíduo que está em uso é desviante dos padrões “normais”, logo ele passa a ser rotulado ou como doente ou como delinquente, como bem apresenta Medeiros (2014).

Medeiros (2014) reflete sobre esses modelos considerados não normais e pondera que eles surgem de uma estratégia intencional e política. O autor sugere que as pessoas “fora” da normalidade são produções de várias influências sociais por parte daqueles que detêm o poder, logo, ser fora dos padrões não é uma característica do indivíduo, mas da sociedade vigente.

Para compreender melhor essa observação feita por Medeiros (2014), no texto a autora apresenta que alguns estudos antropológicos evidenciam o uso de drogas em rituais xamânicos, isso a partir dos anos 1930 e 1940, o que provoca outra interpretação sobre as drogas. Já na atualidade, as drogas têm movimentado grande debate e mobilizado interesse de várias categorias, como: científica, política, psicológica, entre outras.

Neste sentido, a droga passa a ser vista como o mais importante, e não o usuário do serviço em si que pode estar com diferentes questões a serem observadas, que acabam passando despercebidas. Os profissionais do CAPS AD III, porém, devem procurar trabalhar e compreender a integralidade do sujeito, reconhecendo que a questão das drogas não pode ser considerada de forma isolada, mas que outras situações pendentes, como moradia, alimentação, problemas financeiros, etc., devem ser trabalhados e compartilhados com a rede, para poder ver a melhor forma de tratamento a ser ofertada a esse usuário.

Como apresenta Campos (2001), mesmo com a implantação do SUS e sucessivamente a Lei da Reforma Psiquiátrica, ainda não se escuta em muitos momentos o que este “doente” tem a dizer, a sociedade fala, as políticas aperfeiçoam-se ou mudam, os serviços acontecem, mas “o doente”, por vezes, ainda continua calado, sendo representado por aqueles que detêm o poder. É importante para a instituição e profissionais que fazem essa instituição estarem atentos às demais questões presentes no contexto da drogadição e do serviço prestado em um CAPS AD III, promover escuta destes usuários do serviço.

Ainda se demonizam as drogas e o indivíduo é colocado como culpado individualmente, e o “problema das drogas” assombra a sociedade, desviando-se assim das outras questões que implicam neste processo, como apresenta Medeiros (2014). Dentre essas questões, destacam-se as características destas pessoas que consomem essa droga, os contextos sociais e históricos, onde está mais localizado este consumo, o comércio e suas múltiplas consequências, que acabam não sendo consideradas no diagnóstico da dependência química.

É importante discutir a substância, até para ter uma compreensão sobre a mesma, mas isso não é o suficiente para considerar todas as demais situações que esse sujeito venha estar vivenciando. O plano terapêutico singular (PTS) contribui para ouvir e compreender as demais questões que esse sujeito venha trazer, pois, em conjunto, profissional e usuários montam um plano de tratamento, logo, não é apenas a visão do profissional que é levada em consideração e os usuários também são responsabilizados por suas escolhas. Com o PTS a questão das drogas pode surgir, mas o sujeito poderá trazer demais situações que lhe convém, e essa visão voltada só para a substância acaba sendo reduzida.

Os espaços de assistência a esses usuários ainda estão muito voltados à instituição CAPS AD, e os profissionais que vão trabalhar com esses usuários normalmente são do campo das ciências biomédicas, e as propostas voltam-se ainda muito para a abstinência, enquanto as demais demandas podem vir a passar despercebidas, o que influenciará de forma significativa no tratamento (MEDEIROS, 2014).

Levanta-se aqui um ponto bastante importante, onde se traz que o CAPS AD ainda tem uma representatividade importante para esses usuários, e isso contribui para que os trabalhadores deste serviço possam construir também espaços de reflexões. Se o usuário procura esse local e se vincula a ele, é porque, de certa maneira, se sente pertencente a esse espaço, e esse vínculo deve ser considerado. E a questão das drogas, de uma forma muito particular, acaba rotulando esse sujeito que pode não se sentir pertencente ou excluído de certos locais, e o CAPS não pode trabalhar nesta lógica.

Torna-se importante pensar essas situações, para conseguir olhar para quem se destina esse serviço no qual se está inserido, quem são esses sujeitos que chegam até a instituição, e com qual objetivo e com quais demandas eles procuram o CAPS AD III, e não outro espaço. Aliás, quais são os outros espaços possíveis? Para não acabarmos sendo engolidos pela normatização constante que nos rodeia, sem nos possibilitar refletir sobre nossas ações, conseguindo escutar esses usuários, e o próprio profissional dando um significado ao trabalho.

Ademais, por vezes encontramos profissionais que destinados a esses serviços, estão sem formação e/ou atualização qualificada dentro dos CAPS AD III, isso quando as equipes são completas. Contribuindo para desmotivação e perda do encanto pelo trabalho, isso leva aos profissionais de forma isolada a buscar por especializações, supervisões e atualizações, enquanto outros lidam com o que é oferecido na instituição, e muitos se acomodam e acabam fazendo seus trabalhos de forma repetitiva, sem uma reflexão. (MEDEIROS, 2014).

Mesmo com todas as lutas para que os direitos de portadores com transtornos mentais fossem revistos e com o CAPS AD III como um forte dispositivo de resistência, o Sistema de Saúde é apoiado em paradigmas ideológicos, os quais possuem também todo um interesse político, embora no discurso a preocupação pareça real, pois, como é mencionado por Medeiros (2014), os CAPS AD III, por exemplo, na sua estrutura física trazem do quanto há de descaso para essa população. Na maioria das vezes essas instituições são “ajeitadas” em prédios em desuso e precários.

Todas essas práticas e burocracias encontradas no trabalho acabam influenciando nas muitas dificuldades e empecilhos observados no serviço. Como apresenta Medeiros (2014), isso reflete nos prognósticos, diagnósticos e nos muitos encaminhamentos, além de estar ligado diretamente à eficácia do tratamento. Isso acaba gerando tensões nos profissionais com a dureza do trabalho, nas longas jornadas e nas queixas trazidas pelos usuários. Com todas essas implicações, os profissionais acabam voltando-se para colocar o sujeito no padrão considerado normal pela sociedade, vendo o usuário da mesma forma que a os padrões sociais colocam, isso é, doentes que perderam o controle de suas vidas após o uso de drogas.

Campos (2001) aborda a necessidade de resgatar um planejamento em saúde para atender aos profissionais que atendem nestes espaços. Com o objetivo de estimular novas maneiras de subjetivação e também uma reflexão acerca do trabalho e do serviço no qual estão inseridos, para então pensar em novas práticas e fortalecer esses serviços de resistência que foram criados com objetivos tão específicos e que procuram fortalecer os usuários do mesmo, com práticas humanizadas e reflexivas.

De acordo com a Constituição Brasileira, no seu artigo 200, é dever do Estado “ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde”. Muito voltado para a responsabilidade que o Estado tem com os profissionais, em 13 de fevereiro de 2004, através da portaria 198/GM, foi implementada a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, como estratégia do SUS (GIGANTE E CAMPO, 2016).

2.3 Política de educação Permanente e continuada em Saúde e as Percepções dos Profissionais neste Contexto de Trabalho

Sabendo que as pessoas, além de biológicas, sociais e subjetivas, são históricas, entende-se que as queixas mudam ao longo dos anos, pois cada período de nossa sociedade apresenta um tipo de demanda, e o sujeito busca dar conta delas. Logo, os serviços e profissionais precisam estar revisitando seus conhecimentos, para promover reflexões sobre o sentido de seus trabalhos, pois a saúde mental só se dá efetivamente a partir de trabalho em equipe, discussões, especializações, aproximação do profissional com a instituição de trabalho. (CAMPOS, 2001).

Em busca de sanar as muitas questões que acabam surgindo no decorrer do trabalho, encontramos algumas práticas que podem vir a ser adotadas, para uma maior eficácia nos tratamentos. Entre elas encontramos as Práticas de Educação Permanente e Continuada, que são dispositivos importantes para falar sobre o serviço, as demandas, dificuldades e potencialidades nas atividades cotidianas e, como apresentou Barbosa (2017) em sua pesquisa com profissionais da rede de saúde mental, do quanto se sentiam despreparados para o serviço, e que isso prejudicava de forma clara nas suas formas de trabalho.

Vale destacar que, mesmo com toda importância que se dava à formação dos profissionais dentro da área da saúde, a Política de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) se consolidou apenas no ano de 2004, pela portaria 198/14, na qual o Ministério da Saúde assume a responsabilidade de ordenar a formação de recursos humanos, porém ela apresenta alterações em agosto de 2007, alterada pela Portaria GM/MS nº 1996/15, como apresenta Lemos (2016).

A portaria 1996, de 20 de agosto de 2007, dispõe sobre as diretrizes da Política de Educação Permanente, considerando as especificidades de cada região, Federal, Municipal e Estadual, buscando superar as desigualdades e as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde. Apresenta também a responsabilidade do Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais, trazendo a importância de estimular, acompanhar e regulamentar atividades de EPS, planejando formação dessas práticas juntamente com a comissão.

As diretrizes da PNEPS abordam a importância de articular juntamente com instituições de ensino técnico e universitário mudanças em seus cursos de graduação, para contribuir de forma positiva com as necessidades apresentadas pelo SUS. O objetivo geral é estimular uma postura de corresponsabilidade sanitária, promovendo também aprendizagem no trabalho, transformando as práticas dos profissionais. (BRASIL, 2007).

A resolução RDC de 29, de junho de 2011, sobre a segurança para as instituições que prestam serviço para pessoas com transtorno decorrente ao uso, abuso e dependência de drogas psicoativas, em sua segunda Seção II (gestão de pessoas), no art. 10, fala que as instituições devem proporcionar para seus profissionais capacitações, mantendo sempre um registro destas atividades. A instituição deve procurar realizar práticas que venham contribuir com o desenvolvimento da equipe e melhor cuidado com usuários.

A educação permanente é uma proposta política e pedagógica, que favorece os trabalhadores em um processo de ensino e aprendizagem dentro do contexto da instituição. Essa prática vem para promover reflexão e críticas dentro deste processo de trabalho. Como apresentam Almeida e colaboradores (2016), esse processo de qualificação deve ter como base as necessidades da população, da gestão e do controle social. É importante que o objetivo seja a transformação das práticas dos profissionais e também da organização do trabalho, a partir das problematizações levantadas.

Essas práticas devem ser trabalhadas de maneira permanente e dinâmica, sempre na busca da construção de espaços coletivos para reflexão e análise das práticas de trabalho. O foco é o processo de trabalho, e essa aprendizagem só se torna eficaz quando ela se torna significativa, quando o que é transmitido nos encontros faz sentido para o profissional. Com essas ferramentas, espera-se que a formação dos profissionais da saúde seja voltada à realidade da população, reconhecendo que essas práticas devem ser um movimento para o fortalecimento do SUS.

Para fortalecer as propostas da PNEPS, no ano de 2017 é criada a Portaria 3.194, de 28 de novembro, que dispõe sobre o Programa de Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde- PRO EPS-SUS (BRASIL, 2017). Considerando a responsabilidade Federal, Estadual e Municipal e a necessidade de formação voltada também para o SUS, esse programa vem para promover formação, identificação das necessidades, estimulando e acompanhando as práticas de EPS.

O PRO EPS-SUS acompanha e estimula práticas de educação permanente, para contribuir na formação de profissionais para assim transformar práticas de saúde, em direção ao atendimento dos princípios fundamentais do SUS. (BRASIL, 2017). Essa proposta demonstra o quanto ainda se faz

necessário a atualização do conhecimento nos dias atuais, mesmo com a aproximação das instituições de ensino com os serviços de Saúde, profissionais ainda sentem falta de práticas que os aproximem da proposta do SUS, para aprimorar no cotidiano de trabalho.

A Educação Permanente em Saúde está fundamentada em três elementos fundamentais: a micropolítica do trabalho vivo, método da roda e problematização (LEMOS, 2016). Ambos estão ligados entre si e proporcionam o fortalecimento desta proposta. A micropolítica do trabalho vivo reconhece o trabalho como um espaço de criação de novas subjetividades essenciais para a mudança institucional. Na perspectiva da micropolítica, a educação deve ser um instrumento permanente, que estimule os trabalhadores a novas posturas para um melhor cuidado com a saúde. Como também apresenta Campos (2001), que uma parte da eficácia da saúde, depende dos profissionais, logo a postura dos mesmos implicará significativamente no serviço.

Busca-se com a micropolítica superar a alienação que acaba ocorrendo no decorrer do exercício do trabalho, dentro de um sistema capitalista. Nessa perspectiva, o trabalhador é convidado a prestar um trabalho mais humanizado, favorecendo as relações em equipe, escutando os usuários de forma comprometida, tornando o seu trabalhar significativo, dando sentido ao trabalhar.

Muitas questões estão relacionadas no fazer do trabalho, pois o mesmo está ligado à lógica capitalista. Como bem apresenta Lemos (2016), o trabalhador de saúde mental não está fora deste contexto capitalista, onde sujeitar-se é apresentado como sujeito desta lógica. Este fato é gerador de uma tensão que é reconhecida dentro da prática de educação permanente. O profissional está submetido à lógica deste capital, e seu trabalho por mais que procure estar centrado no sujeito, suas demandas, acaba sendo interferido pela lógica mercantil de acumulação, isso acaba contribuindo para uma alienação.

É importante destacar que essa alienação não se dá somente no ato da produção material, no decorrer do dia-a-dia de trabalho, mas também se constitui a partir do estranhamento do trabalhador consigo e com os outros, o que acaba tornando as relações mais fragmentadas e deixa, por vezes, de se ter um investimento em si e no outro. Todas essas questões geram um sofrimento para esse profissional que também é avaliado, cobrado a produzir, a “mostrar” serviço, e conseguir manter seus conhecimentos atualizados, a atingir metas. Neste sentido de luta para o enfrentamento destas questões e fortalecimento dos profissionais, uma contradição é encontrada dentro da micropolítica, pois ela busca reestruturar a produtividade no trabalho em saúde mental, claro, a partir do interesse de profissionais e usuários, porém não antagônica ao capital. Pois, busca-se aperfeiçoar questões que não estão em concordância para que a produção seja mais efetiva. (LEMOS, 2016).

O segundo ponto apresentado é a roda, método esse que contribui para valorização da subjetividade e liberdade, onde os desejos dos profissionais possam ser expressados a partir de diálogos entre diferentes sujeitos, para que se tenha uma troca. O método de roda vai contra a lógica tradicional da gestão, que apresenta os pontos, de forma muito hierarquizada. Na prática de educação permanente se tem interesse e valorização de todos os membros da equipe.

Ademais, é realizada uma crítica pelo autor Lemos (2016), que a todo o momento traz do quanto é importante ter discussões e trocas, mas que se não houver de fato uma direção política para uma mudança na sociedade, e não apenas dentro do serviço de forma isolada, corre-se o risco de ficar girando em um mesmo lugar, sem resultados efetivos.

No decorrer do texto, a autora apresenta também do quanto essas rodas podem ser um dispositivo de luta e mudança, fortalecendo os trabalhadores. Na educação permanente, o trabalhador ou aluno recebe um papel mais ativo, o que lhe possibilita aprender sobre a instituição na qual estão inseridos.

As práticas de educação permanente não são somente para sanar problemas no serviço, é de extrema importância para ampliar a visão dos trabalhadores, para que assim tenham uma melhor compreensão do serviço e quais contribuições que eles podem oferecer dentro deste espaço. Pois, devido às muitas questões que acabam demandado dos profissionais, os mesmos acabam se fechando, não realizando trocas entre diferentes profissionais, de diferentes formações, sem contar no pouco ou nenhum contato com demais instituições da rede. E cabe ressaltar que nenhum serviço de forma isolada consegue dar conta da complexidade que é a saúde mental. (MEDEIROS, 2014).

De forma mais específica, então, a Política de Educação Permanente em Saúde vem ao encontro dos princípios e diretrizes para promover uma rede de cuidado progressivo, garantindo oportunidades e integralidade e a resolução dos processos de atenção à saúde, é uma proposta de ação estratégica que visa a contribuir para transformar e qualificar a atenção à saúde, a organização das ações e dos serviços, os processos formativos, as práticas de saúde e as práticas pedagógicas.

Segundo Davim, Torres e Santos (1999), as práticas de educação continuada consistem em desenvolvimento de recursos humanos, que tem por objetivo manter a equipe em um constante processo educativo, para promover assim melhorias dentro do trabalho, o que contribui para profissionais se sentirem mais preparados, como para usuários que serão melhores acolhidos em suas demandas. São conjunto de práticas com o intuito de promover oportunidades para o desenvolvimento da equipe.

Alguns autores ainda divergem em relação à diferença entre práticas de educação continuada e permanente. Para Salum e Prado (2014), a educação permanente é um método contínuo que se dá por toda a vida, a educação continuada tem como objetivo proporcionar condições ao sujeito na aquisição de conhecimento para assim alcançar um crescimento tanto pessoal como profissional.

As práticas de ação continuada podem vir a possibilitar um crescimento e fortalecimento das equipes, melhorando as condições de trabalho, e isso acaba refletindo no desempenho dos funcionários. Todos esses apontamentos aumentam a confiança no trabalho, influencia na discussão e crítica sobre práticas naturalizadas e promovendo um melhor atendimento e acompanhamento aos usuários.

Com as práticas de educação permanente e continuada é possível repensar o propósito do CAPS AD III e a importância de cada profissional, para conhecer todo movimento de luta, e do quanto a naturalização do trabalho de forma “robótica” pode contribuir para um atendimento não eficaz para o sujeito, e uma frustração para esse profissional. E como apresenta Campos (2001), que os serviços substitutivos vêm muitos na lógica de criticar práticas naturalizadas, sobre o sentido do trabalho e o valor da prática de cada trabalhador.

Campos (2001) também traz do quanto a atenção a pacientes com problemas de álcool e drogas tem se tornado uma discussão menos presente e que o tratamento ainda tem se voltado muito a internações em leitos hospitalares, e todo movimento que o CAPS traz para quebrar esse paradigma acaba sendo pouco discutido. E as práticas de educação continuada e permanente são ferramentas importantes para levantar essas questões.

Ceccim e Feuerwerker (2004) abordam o quadrilátero da formação para a área da saúde, que são o ensino, a gestão setorial, práticas de atenção e controle social. Esses autores falam da importância de tornar a sociedade participante nas questões de saúde, assim, profissionais vem com o intuito de apoiar os usuários a ampliar sua autonomia, para que eles possam contribuir para intervenções que dizem respeito a suas próprias vidas.

Os mesmos autores falam do quanto a formação acadêmica tem um enfoque no diagnóstico, tratamento e cuidado, por exemplo, que são importantes, ademais é necessário preparar os sujeitos para o conhecimento do SUS. A atualização técnico-científica é de grande relevância, porém promover condições de atendimento às necessidades das pessoas, gestão setorial, controle social, autonomia dos usuários e também influência na formação de políticas de cuidado, devem ser discussões e práticas constantes.

Todas essas situações apresentadas anteriormente falam do quanto profissionais podem vir a apresentar incertezas dentro do exercício de suas funções, pois o profissional não chega de forma

pronta dentro da instituição, demandas e questões vão aparecendo no decorrer do exercício de suas funções, e se tornam importantes estratégias que colaborem para o entendimento deste trabalho, como as práticas de educação continuada e permanente.

Poder ouvir os profissionais também é promover saúde e melhorias no trabalho, pois como foi apresentado anteriormente, esse sujeito por vezes se vê desanimado com a realidade do serviço, perdendo o estímulo de buscar por melhorias. A possibilidade de rodas, encontros, fóruns, capacitações, entre outros, são recursos que podem vir a fortalecer o desejo por espaços de trabalhos mais humanizados, voltados para as diretrizes do SUS, além de oferecer um melhor tratamento aos usuários e capacitação para os profissionais.

3 METODOLOGIA

3.1 Técnicas e Procedimento de Coleta

O trabalho realizado configura-se como uma pesquisa qualitativa o qual teve por objetivo compreender as percepções de profissionais de um CAPS AD III sobre práticas de Educação Permanente e Continuada. De acordo com Minayo (1992), a pesquisa qualitativa trabalha com o universo dos significados e motivos, ocupando-se das ciências sociais que não podem ser quantificadas.

A opção pela pesquisa qualitativa se deu pelo fato de buscar compreender o significado que os próprios profissionais atribuem às práticas de Educação Permanente e Continuada em Saúde, e a influência que as mesmas exercem sobre o fazer de seus trabalhos. É importante destacar que essa é uma pesquisa participante, pois a pesquisadora está inserida no serviço, como estagiária, o que a torna também parte desta equipe.

A pesquisa qualitativa tem um caráter inter-relacional e empático, neste sentido permite uma relação entre os elementos envolvidos, o que busca ser promovido neste trabalho. Essa pesquisa buscou promover a escuta destes profissionais de forma conjunta entre várias áreas do conhecimento, sobre as práticas de EPS e Educação Continuada em Saúde, o que não pode ser quantificado, pois diz muito dos sentimentos, das opiniões e percepções de cada participante.

Foi utilizado o método de Grupo Focal (GF) que, segundo Trad (2009), busca apreender as percepções, opiniões e sentimentos de um grupo de pessoas frente a um tema em um ambiente de trocas. Sua característica é qualitativa, pois busca compreender e discutir o que é apresentado pela parcela de pessoas participantes.

A técnica do grupo focal foi introduzida no final da década de 1940, ademais na área de saúde, o grupo focal passa a ser mais usado a partir da segunda metade dos anos 80 (CARLINI-COTRIM, 1996; VEIGA; GONDIM, 2001 citado por TRAD, 2009). O uso do grupo focal possibilita a combinação entre diferentes áreas do conhecimento, para a melhor compreensão de um determinado fenômeno.

Segundo Morgam (1997), citada por Trad (2009), a prática de grupos focais pode ser entendida como uma técnica utilizada para pesquisas qualitativas, pois possibilita coleta de informações por meio da relação que é estabelecida entre os participantes do grupo a partir das questões apresentadas pelo pesquisador. Essa forma de grupo se dá através de comunicação entre os participantes e nas trocas. Como apresenta Trad (2009), o principal objetivo desta técnica é reunir informações sobre um tema de forma detalhada, esse tema é escolhido pelo pesquisador e apresentado ao grupo para discussão.

O grupo focal é diferente da entrevista individual, pois ela se dá através da interação de diversas pessoas. Sua formação vai se moldando também pela proposta do pesquisador, para adquirir os dados para a pesquisa. É importante proporcionar aos participantes um ambiente favorável, para que esse grupo consiga discutir o assunto proposto da melhor forma possível.

Quando se fala em ambiente, Trad (2009) traz da importância de um ambiente bem planejado para os encontros, que este seja de fácil acesso aos participantes, à ideia de mesa também é apresentada, até porque a prática de EPS propõe o método da roda. Para promover um bom espaço de troca, é recomendável disponibilizar café e lanche para aqueles que estão a compor o grupo focal. Neste sentido nos encontros com os profissionais do CAPS AD III, foi proporcionado lanche e a sala foi organizada no formato de roda.

O grupo deve proporcionar um debate que seja de interesse dos participantes, que seja aberto e acessível. Essa proposta pode ser vista como um protótipo de entrevista semiestruturada. Nesse método, podem ser adotados microfones, câmeras, som, mas não tem uma obrigatoriedade, ademais o uso de gravadores é imprescindível, para contribuir na hora da transcrição. É importante destacar que o uso de recursos de som e imagem deve ser previamente permitido pelos participantes do grupo. (TRAD, 2009).

O número de participantes no grupo focal não é definido de forma concreta, mas 6 entre 15 pessoas é considerado um número adequado. O tamanho que possibilita a participação ativa de todos os integrantes e uma discussão clara do tema é o melhor. Dependendo da temática escolhida, a participação pode demandar maiores discussões, por tal fato é importante ter um número de pessoas onde todos possam se posicionar. O tempo mínimo do grupo é 90 minutos e, no máximo, 110 minutos. (TRAD, 2009).

A quantidade de encontros é diferente para cada proposta, pois, quando se esgotam novidades e argumentos a continuação do grupo torna-se irrelevante. E é importante destacar que os participantes tenham características em comum, que estão associadas com o tema da pesquisa, ademais não é necessário que os membros se conheçam.

Em relação ao pesquisador ou moderador, a condição estabelecida é que o mesmo tenha conhecimento sobre o tema estudado para poder ter embasamento para conduzir o grupo. Além do moderador, é importante ter um apoiador, que pode participar como segundo moderador, como apresenta Trad (2009), a presença de outros facilitadores fica a critério, mas que esse fato poderia influenciar para que os participantes se sintam vigiados.

No roteiro deve conter questões que ajudem para o desenvolvimento do grupo, ademais devem conter poucos itens. Mesmo com o roteiro previamente pronto é importante ter a flexibilidade no decorrer das atividades que vão se moldando ao longo dos encontros.

Em relação aos procedimentos dessa pesquisa, destaca-se que o grupo focal foi feito com um grupo pré-formado, constituído pelos profissionais do CAPS AD III que participam semanalmente das reuniões de equipe. Foi solicitado à equipe um espaço nessa reunião para a realização da pesquisa, ocorrendo dois encontros, para maior aprofundamento na discussão das questões propostas. Com o consentimento dos participantes, o grupo foi gravado (voz) e teve como segunda mediadora a outra estagiária de psicologia, por já estar também inserida no serviço.

Com o intuito de alcançar os objetivos propostos, propomos um roteiro semiestruturado de perguntas. Antes das perguntas, foi realizada uma dinâmica de “quebra gelo”, na qual os participantes foram convidados a falar tudo o que lhes vinha à mente (chuva de ideias) quando se fala em Educação Permanente em Saúde. As ideias e expressões que surgiram nesse momento inicial foram registradas em um cartaz pelos participantes. Na sequência algumas propostas de questões foram feitas para seguir com a reflexão:

- 1 – Como é, para vocês, trabalhar em um CAPS AD III?
- 2 – Qual a especificidade do trabalho dentro um CAPS AD?
- 3 – A partir do momento em que vocês começaram a trabalhar aqui, quais dificuldades vocês sentiram?
- 4 – Quais estratégias vocês já utilizaram aqui no serviço para enfrentar as dificuldades vividas no cotidiano?
- 5 – Como é, para vocês, trabalhar com pessoas que sofrem com o uso de álcool e outras drogas?
- 6 – E antes de trabalharem no CAPS AD, o que vocês sabiam sobre a questão do uso de álcool e outras drogas?
- 7 – Após a entrada no CAPS, o que mais aprenderam sobre a questão do uso de álcool e outras drogas?
- 8 – A partir do que vocês escreveram no cartaz sobre Educação Permanente em Saúde, que estratégias de EPS já foram usadas com a equipe?
- 9 – Quais as estratégias mais funcionaram? Por quê?
- 10 – E quais não funcionaram? Por quê?

11 – Considerando as potencialidades e dificuldades da equipe no cotidiano do trabalho com usuários de álcool e outras drogas, existem demandas de Educação Permanente em Saúde? Quais vocês identificam?

12 – [identificadas as demandas de EPS] Que dispositivos poderiam ser utilizados e/ou inventados para dar conta dessas demandas?

Após a realização do grupo foi realizada a análise de dados que, segundo Campos (2004), refere-se à técnica de análise de conteúdo, tanto dos conteúdos nas figuras de linguagem, reticências, entrelinhas, quanto dos conteúdos manifestos. A fala é rica e apresenta uma visão polissêmica e valiosa, como apresenta o autor que permite ao pesquisador uma variedade de interpretações. É importante destacar que a análise de conteúdo não significa somente produzir suposições a partir de uma fala, mas de embasar essa mensagem com pressupostos teóricos.

Dentro da proposta da Análise de Conteúdo, adotaremos, nessa pesquisa, a Análise Temática de Conteúdo que, segundo Minayo (1992), é voltada para o conteúdo manifesto, suas regularidades e significações. A análise temática de conteúdo leva em consideração os sentidos semânticos relativos aos significantes de discursos, assim como os sentidos sociológicos, além de variáveis psicossociais, contexto cultural e processo de produção da mensagem. É importante ressaltar que a análise dos dados se dá também ao longo da fase de coleta de dados.

Minayo (1992) apresenta três obstáculos que podem aparecer ao longo da análise de dados, o primeiro é o pesquisador tirar conclusões à primeira vista; neste sentido o pesquisador acredita ter uma clareza dos dados, e a autora traz do quanto essa ilusão pode ser maior quando o pesquisador já tem um conhecimento e domínio sobre a o tema pesquisado. Neste sentido os dados podem ser entendidos e explicados de forma simplista e até mesmo provocar conclusões equivocadas.

O segundo obstáculo é o pesquisador se envolver com os métodos e técnicas de tal modo que acabe esquecendo os significados que estão presentes em seus dados. O terceiro obstáculo é o pesquisador conseguir articular os dados concretos com os conhecimentos mais amplos e abstratos. Esse ponto se torna muito importante, pois ele pode levar o pesquisador a distanciar fundamentação teórica e práticas da pesquisa. (MINAYO, 1992).

A finalidade da análise de dados é para estabelecer uma compreensão dos dados levantados, confirmar ou não os pressupostos anteriormente levantados no início da pesquisa, ampliar o conhecimento, levando em consideração o contexto cultural o qual se está inserido. A forma mais comum para se trabalhar com a análise de conteúdos é por categorias, podendo ser dividida também nas seguintes fases: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e

interpretação. Na primeira, organiza-se o material coletado e é necessária a leitura deste conteúdo, podendo assim separar recortes importantes; na segunda essa é considerada a fase mais longa, onde se faz a leitura em cima do que foi estabelecido na primeira etapa; na terceira se busca desvendar o conteúdo do material analisado. (MINAYO, 1992).

Minayo (1992) fala da importância da validade e verificação em pesquisa qualitativa, ressaltando a necessidade de maior cientificidade de produção intelectual, sabendo que os objetivos são coerência, consistência, originalidade e objetivação. A verdade de cada pesquisa é sempre provisória, e isso deve estar bem claro, pois novos estudos estão sempre acontecendo e para tanto nenhuma verdade é para sempre.

3.2 Participantes da pesquisa

Para uma melhor compreensão do tema estudado sobre as práticas de Educação Permanente e Continuada em Saúde, o grupo focal foi realizado com profissionais do CAPS AD III de Santa Cruz do Sul, maiores de dezoito anos de diversas áreas do conhecimento. Buscou-se ter na pesquisa uma amostra significativa de cada área presente no serviço, tendo a participação de nove profissionais que foram nomeados de p.1 a p.9 para não identificação dos mesmos.

Os participantes foram convidados a participar da pesquisa, tendo esclarecido que poderiam desistir da mesma a qualquer etapa do trabalho. A opção por multiprofissionais se deu também em função da proposta do SUS, que busca trabalhar de forma multi e interdisciplinar, para compreender o que cada sujeito tem a contribuir em relação a esse tema, para produzir uma discussão que promova mudanças nos processos de trabalho da equipe.

Os termos de consentimento (Anexo A) foram previamente apresentados aos convidados, onde estão informados sobre a utilização de gravação para transcrição, sabendo que os mesmos não serão identificados, ademais as discussões vão servir para fins de estudo e os mesmos terão acesso às informações. Participaram da pesquisa os profissionais das seguintes áreas do conhecimento: Assistência Social, Psicologia, Educação Física, Medicina, Enfermagem, Terapeuta Ocupacional e Nutrição.

Para facilitar a participação dos profissionais, o grupo focal foi realizado na dependência do CAPS AD III, em combinação com a coordenação do serviço, no horário anterior à reunião de equipe para não prejudicar nas atividades cotidianas de trabalho.

3.3 Considerações Éticas

Por ser uma pesquisa com seres humanos, o presente trabalho passou pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNISC. Para tal, foram apresentadas as Cartas de Aceite das Instituições Envolvidas – da coordenação do CAPS AD III (Anexo B) e da Secretaria Municipal de Saúde (Anexo C). Logo, a pesquisa está de acordo com as resoluções Nº 466/12 e Nº 510/16, preservando a ética em trabalhos de pesquisa científica. Lembrando que a resolução nº 466/12 tem por função “Considerar o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos”, assim como a resolução 510/16.

A identidade dos participantes da pesquisa foi preservada, podendo se referir à área de atuação quando não possibilite a identificação do profissional, no decorrer do trabalho escrito. Todas as informações foram usadas somente para fins de estudo acadêmico. Como é apresentado na resolução 510/16, toda produção científica deve implicar em benefícios atuais ou potencialidades para o ser humano, sempre promovendo qualidade digna de vida, respeitando direitos civis, sociais e culturais (BRASIL, 2016). Nesta pesquisa, buscou-se promover uma reflexão do trabalho e uma troca a partir das percepções dos profissionais, o que pode vir a influenciar de forma direta no decorrer do trabalho.

A participação na pesquisa não resultou em benefícios financeiros, ademais acrescentou em conhecimento e aproximação com o serviço de atuação. Como nenhuma pesquisa está isenta de riscos, mesmo que leves, neste trabalho os participantes poderiam apresentar danos nas esferas psicológicas, com lembranças que poderiam surgir no decorrer do processo de pesquisa, além da esfera física, ocasionando fadiga nos participantes. Para tanto, o local foi preparado para esperar os participantes de forma adequada, sendo ofertado também aos participantes assistência psicológica imediata, como é preconizado nas resoluções, caso fosse necessário. É importante destacar que, caso fosse do desejo do participante abandonar a pesquisa, isso não acarretaria prejuízos para o mesmo, podendo sair a qualquer momento. Todos os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa, também foram informados sobre os possíveis riscos e benefícios, para que compreendam a pesquisa e pudessem optar com mais clareza sobre o desejo de participar ou não. Todos participantes receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participar da pesquisa. Após o fim do relatório, construído mediante a análise de dados, foi feita a devolução aos participantes. Os dados serão arquivados pelo professor orientador da pesquisa junto ao Departamento de Psicologia da UNISC, por um período de 5 anos, após os mesmos serão incinerados.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O trabalho realizado é uma pesquisa qualitativa, a qual teve como método o Grupo Focal (GF) que, segundo Trad (2009), busca apreender as percepções, opiniões e sentimentos de um determinado grupo sobre um tema estabelecido. O principal objetivo do GF é reunir informações detalhadas sobre o assunto discutido. O número de participantes proposto é de 06 a 15 pessoas para que todas consigam se posicionar dentro do grupo, a duração é de 90 minutos no mínimo e 110 minutos no máximo.

O GF realizado no CAPS AD III contou com a participação de 09 profissionais de várias áreas do conhecimento que trabalham no serviço, sendo todos maiores de 18 anos. O grupo foi pré-formado por profissionais que participam semanalmente na reunião de equipe. Foi solicitado espaço nessa reunião, ocorreram dois encontros para que o tema pudesse ser mais aprofundado, o primeiro encontro teve a duração de em média 90 minutos e o segundo 30 minutos, mesmo que o interessante seja mais de 90 minutos, os integrantes se mostraram bastantes ansiosos para a reunião de equipe e não levantaram muitas questões sobre a temática. Os dois encontros foram gravados (voz) com o consentimento do grupo.

Os encontros realizados foram organizados em formato de roda para que todos pudessem se ver e trocar ideias sobre o assunto sugerido, foi disponibilizado um café durante os encontros. Antes de apresentar algumas perguntas semiestruturadas ao grupo, foi realizada uma dinâmica “quebra gelo”, na qual os profissionais foram convidados a falar tudo que lhe vinha à mente quando se fala em Práticas de Educação Permanente e Continuada em Saúde, registradas então em um cartaz pelos integrantes.

Após a transcrição dos grupos, foi utilizada a análise temática de conteúdo que, segundo Minayo (1992), é voltada para conteúdos manifestos, suas regularidades e significações, tendo por finalidade estabelecer uma compreensão dos dados levantados anteriormente, trazendo uma ampliação do conhecimento. A forma mais comum de se trabalhar com a análise temática de conteúdo é por categorias, neste sentido, após a leitura do material foram construídas três categorias.

A primeira categoria, intitulada “Contexto do trabalho no CAPS AD III”, aborda questões gerais envolvendo o CAPS AD que apareceram durante os encontros, a visão social sobre esse serviço, e as trajetórias percorridas antes de iniciarem suas funções dentro desta instituição. A segunda categoria, denominada “Percepções dos profissionais sobre as Práticas de Educação Permanente e Continuada”, contempla a maneira que os profissionais apresentam essas atividades, falando também sobre as demandas e necessidades dentro deste ambiente de trabalho. A última categoria consiste então em abordar as “Práticas de Educação Permanente e Continuada no Contexto do CAPS AD”,

apresentando algumas das atividades que já estão sendo desenvolvidas dentro do trabalho e qual a visão dos profissionais sobre as mesmas.

4.1 Contexto do trabalho no CAPS AD III

“Acho que a maioria das pessoas cai aqui de paraquedas! (p.2).”

Ao longo das discussões realizadas sobre as questões que envolvem o trabalho dentro do CAPS AD III, muitos profissionais trouxeram do pouco contato envolvendo o uso de drogas e do que seria o serviço CAPS. Demonstraram em vários momentos que se sentiam como se tivessem caído de paraquedas em um lugar totalmente desconhecido. Como é apresentado pela constituição Brasileira, no artigo 200, é dever do Estado ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde, logo o Estado tem uma responsabilidade com esses profissionais e se torna de extrema importância fornecer capacitações, por exemplo, para que esses profissionais possam repensar suas questões.

A partir do que foi trazido pelos profissionais se pensou nesta categoria para abordar as vivências destes sujeitos antes de trabalharem no CAPS AD III, e de que maneira se deu esse aprendizado fora e dentro do trabalho, para poder compreender a forma que esses profissionais conseguiram e conseguem dar conta das demandas do trabalho. Esses questionamentos em relação à formação e despreparo para atuar dentro deste serviço foi um dos pontos que mais apareceram ao longo das falas, gerando uma comoção geral por parte da equipe participante.

Campos (2001) diz do quanto as pessoas são históricas e, por esse fato, é necessário fornecer alternativas que possibilitem reflexão, para que os profissionais se sintam mais preparados para lidar com as questões novas que vão surgindo ao longo do exercício de seus trabalhos. “É, esse é um campo distante das formações acadêmicas! Da minha, por exemplo. (p.4)”. O distanciamento entre o ensino e o serviço pode contribuir para uma não eficácia para a qual o serviço se destina, como é apresentado pelo mesmo autor, o profissional também é responsável pela consolidação das políticas e qualidade no trabalho. Muitas vezes por não ter o contato anterior com as políticas de embasamento do CAPS, alguns profissionais, como apresenta p. 8, sentem-se perdidos no serviço:

Acho que a maioria das pessoas chegam no CAPS como esse olhar que a p.7 falou romantizado assim. Tem pessoas dos outros serviços que vieram pra cá e falavam: sim, eu acredito em cura! Eu escutava isso dos profissionais, [...], um outro colega em outro momento dizia que o CAPS deixa as pessoas piores.

Como é apresentado na frase acima por um dos participantes, cada profissional que chega ao serviço vem com sua bagagem do que seria e do que o CAPS poderia oferecer, o que não se configura como um problema, mas é importante, além de um conhecimento empírico, uma aproximação com a instituição para contribuir nos atendimentos e para que o profissional saiba qual sua função dentro deste local, para poder promover transformação dentro do trabalho quando necessário.

Eu “tava” pensando aqui agora, que vocês estavam falando nas formações acadêmicas, quando eu estava no último semestre eu fui saber o que era um CAPS. Porque até então essa palavra não fazia parte do currículo, nem sabia o que era. Também cai aqui, também. (p.5).

O distanciamento entre o que os profissionais entendem por CAPS e o que está nas portarias, acaba contribuindo para a frustração de alguns profissionais, pois entendem que a prática está bastante distante do que esperavam que fosse o serviço: “É, dentro da condição médica, o médico tem muito a ideia de mudança, ele quer mudança, quer ver resultado, quer atuar [...]. Tu atua menos do que atua um cirurgião [...] (p.9)”. As questões relacionadas a ver resultados estão muito ligadas ao não uso da droga, o que foi algo bastante visível, atribuindo-se a qualidade de vida somente ao não uso da substância.

“Quando eu cheguei aqui eu apostava assim, achava que iria dar certo, digamos assim, ele já tá uma semana, um mês em abstinência, frequentando o serviço e vai ficar sempre assim (p.5)”. Como apresenta Lancetti (2015), o contrário de drogas é a miséria, não é a abstinência como é pregado em vários momentos, tanto pela mídia, como sociedade em geral, e sim, ampliação na vida, liberdade, direito, o comum, o perdão e a fuga.

Eu já trabalhava com dependência química, mas no hospital, com internação. Como eu sabia que aquilo lá não funcionava com ninguém, eu vim pro CAPS ad, eu achava o máximo, adorava, porque era o único lugar que a gente podia ver uma perspectiva de vida melhor. Deixei muito de acreditar no CAPS ad, quando ele começou a trabalhar só com internação. Mas também, né? Ai seguiu o mesmo viés hospitalar! (p.7).

Como é mencionado por Ceccim e Feuerwerker (2004), essas muitas questões de distanciamento e até mesmo frustração no trabalho, pode estar ligado ao ensino dentro da graduação, o qual volta-se muito para o diagnóstico, tratamento e cuidado, ademais os profissionais não são preparados para o SUS, para o trabalho multi e interdisciplinar. Toda essa falta de preparação pode acarretar nesse desencanto do trabalho, como sentimento de não estar realizando o trabalho da forma correta e deixa-se de acreditar na sua contribuição. Nesse sentido, Campos (2001) traz da importância de cuidar desse cuidador, de resgatar um planejamento para atender esses profissionais.

Os profissionais trouxeram dessa falta de conteúdos e discussões no tempo de ensino sobre o CAPS, o que pode estar vinculado ao período que cursaram, pois a PNEPS ainda é algo recente, a qual se consolidou em 2004. Mas, para além deste distanciamento com o serviço, também se entendeu que a questão do uso de drogas foi algo novo quando chegam para trabalhar neste serviço. “[...] A abordagem em dependência química foi ridícula durante a graduação (p.9).”

Como Barbosa (2017) constatou em sua pesquisa, muitos profissionais se sentiam despreparados ao estar no serviço de saúde, e com os profissionais do CAPS AD III, foi algo bastante semelhante, de forma muito intensa em relação à dependência química: “Eu cai aqui sem saber absolutamente nada sobre dependência química, bem na época do chamado “Bum do Crack”, em 2007 (p.9)”. Toda essa sensação de pouca discussão dentro do meio acadêmico fala de um incômodo muito grande entre toda a equipe, pois se sentem de mãos atadas, recorrendo por vezes ao que acham melhor.

O profissional não vem de um mundo paralelo, e quando se fala em dependência química se fala também de uma sociedade que, segundo Medeiros (2014), vê esse sujeito dependente químico como doente e/ou perigoso, e para evitar isso travam constantes lutas para acabar com o uso. É importante, então, que o profissional tenha muito claro qual o seu papel dentro CAPS, para não reforçar determinados comportamentos, ademais isso é bem mais difícil quando esse profissional não encontra auxílio para pensar sobre isso.

Os profissionais em suas falas expressaram o que eles percebem da sociedade como, por exemplo: “O usuário de drogas é vagabundo, essas coisas! (p.4)”, quando a profissional usa essa frase ela traz consigo o quanto o CAPS AD é menosprezado pelos demais serviços, pois além de trabalhar com loucos, são loucos perigosos, fora do padrão da sociedade, e isso influencia na maneira de trabalhar. De certa forma se fala de um serviço que também está buscando ser aceito nesta sociedade.

Essa sociedade de que se fala não está fora dos muros do CAPS, muitos usuários também têm desejo por estarem em grupos separados, pois não compreendem a substância que usam como drogas: “É como o senhor que eu atendi esses dias eu perguntei o senhor faz uso de drogas? Deus me livre! Só faço uso de álcool! (p. 9)”. Trabalhar com a dependência é trabalhar com preconceitos, pois como diz Medeiros (2014), o sujeito desviante dos padrões não é propriamente uma característica do indivíduo, mas da sociedade.

Esse sentimento de falta de discussões e aproximação entre ensino e unidade de trabalho pelos profissionais provoca, em certa medida, uma negação quanto à eficácia desta proposta nos dias atuais, muitos deles não entendem os estágios, por exemplo, como uma das propostas da educação continuada. Todos esses fatores acabam trazendo aos profissionais uma sensação de frustração, que inclusive foi

dito por uma das participantes “pra mim é um serviço sempre frustrante! (p. 7)”. Aqui a profissional fala tanto em relação às constantes recaídas, a pouca visibilidade do serviço, assim como descontentamento pela forma que o serviço tem se conduzido, tanto pelo fato dos profissionais se sentirem perdidos, como o pouco incentivo da gestão.

Com base nas informações que foram sendo apresentadas foi possível concluir que muito do que os profissionais fazem dentro do serviço é feito a partir de experiências do dia-a-dia e que suas formações estiveram bastante distantes do serviço do qual fazem parte atualmente. Toda a situação que envolve a sensação de cair de paraquedas ou de ser colocado no serviço como castigo ou recompensa, também diz muito de uma falta de “fé” no serviço prestado, pois não é para o serviço que as mudanças são feitas, e isso contribui para os próprios profissionais não acreditarem que esse serviço funcione de fato.

O terapeuta ou redutor de danos não dá sermões, olha o corpo, escuta suas expressões, se interessa pela biografia. Aí onde os outros veem uma droga ele enxerga uma pessoa. Dessa maneira ele se dispõe a bancar repetições de vidas às vezes violentas, institucionalizadas, desgarradas por injustiças e aplainadas pela ordem social. (LANCETTI, 2015, p.64).

4.2 Percepções dos profissionais sobre as práticas de Educação Permanente e Continuada

Logo no início do GF, os profissionais foram convidados para colocarem em um cartaz tudo que lhes viesse à mente quando se fala em educação permanente e continuada em saúde, como é mostrado no anexo (D), surgindo as seguintes palavras ou expressões: atualização, aperfeiçoamento, capacitação, busca de conhecimento, aprendizagem, crítica sobre a manutenção ou não do saber, repensar as práticas e baixa aplicabilidade. Essa proposta se deu para compreender quais as percepções que os profissionais possuem sobre essa temática. Muitos profissionais apresentaram visões bastante semelhantes acerca do assunto, ademais aparecem algumas divergências sobre a forma que entendem essas ferramentas.

Conforme a p.2 e p. 9, respectivamente: “A gente não tem muito incentivo para fazer isso também”, “Esse não é um tema de interesse da gestão”. Os profissionais não se sentem acolhidos em relação às demandas de trabalho, tanto pelo fato de entenderem que não recebem incentivos para que as atividades possam ser mudadas e repensadas, além de notarem que tanto situações voltadas ao CAPS como da drogadição não são temas importantes para a gestão. Como apresenta Medeiros (2014), até mesmo as estruturas físicas destinadas aos CAPS AD dizem muito deste descaso em relação a essas pessoas, pois muitos destes prédios são precários e/ou estavam em desuso.

Quando eu coloquei ali em baixo, baixa aplicabilidade, né gurias. A gente a muito tempo vem falando de educação continuada, educação continuada e pensar os fazeres e aí a gente acaba esbarrando em coisas muito burocráticas assim por exemplo, onde tu pode até tentar coisas e planejar, mas aí tu esbarra na prática. O que está ao nosso alcance a gente consegue. A gente tá lá num grupo, aí a gente consegue, mas onde tu tem que mexer com outras estruturas... Às vezes já é difícil a gente trabalhar entre equipe mesmo, quanto mais pensar fora. Aí vai o que a 2 falou, tu não consegue te atualizar ou não consegue botar em prática. Atualizar não, atualizar a gente atualiza. (p. 7).

Como foi mencionado por Davim, Torres e Santos (1999), a educação continuada acontece em momentos específicos, destinadas a situações pontuais as quais a equipe traz como necessárias. Por exemplo, a equipe encontra dificuldades em lidar com o novo sistema e realiza uma capacitação sobre essa temática, ademais um dos empecilhos possíveis é a pessoa passar por esses momentos de atualizações e voltarem para a instituição e não encontrarem as ferramentas necessárias para aplicar aquilo que foi aprendido, como bem aponta Lemos (2016). Neste sentido, p.7 fala desta questão, do quanto buscam se atualizar, planejam, mas a prática acaba se tornando um obstáculo bastante real, o que contribui para a perda de estímulo em estar participando de atividades de atualização.

As práticas de educação permanente e continuada foram bastante atribuídas a atividades que acontecem fora do serviço, e muitos inclusive demonstraram sua insatisfação com o pouco número de atividades fornecidas pela gestão, trazendo que os acontecimentos de ponta acontecem nos congressos realizados fora do contexto de trabalho. “Porque a gente não faz normalmente a questão do espelhamento que é feito fora daqui. [...], a gente fica aqui mesmo, mas não em coisa talvez mais eficiente (p.9)”. Usando essa frase específica, levanta-se a questão de que as práticas feitas no serviço não são tão eficientes, se tivessem maior acesso ao que está fora, o aprendizado poderia ser melhor. Ao mesmo tempo que colocam que gostariam de ocupar esse espaço para repensarem suas práticas, um dos profissionais coloca:

É! Aí a questão de Educação Continuada ela fica bem pressionada, até porque estão fazendo outro curso fora daqui, e as pessoas estão aplicando da mesma maneira o que tu vem aplicando empiricamente. Aí não sei o embasamento que a gente tem. A dependência química está dentro desse assunto que nós estamos falando aqui, Educação Continuada. (p.9).

O profissional estava colocando que as atividades propostas dentro da educação continuada em outros lugares não contribuíam para uma diferença significativa na maneira de trabalhar, se apresenta aqui certa ambiguidade e também descrença em relação a essa ferramenta. Lemos (2016)

apresenta que um dos motivos para implicação na eficácia destas práticas, está voltada à sociedade vigente, que também exerce poder sobre as instituições de saúde, como por exemplo, o CAPS.

Em contrapartida, um dos profissionais, quase ao término do grupo, coloca um pouco da sua percepção e a equipe em certa medida concorda com o mesmo:

Mas, a educação continuada visa isso da gente pensar as nossas práticas e o dia-a-dia e tem uma concepção diferente a ideia era que a prefeitura nos oferecesse uma capacitação, ou estudo ou alguma outra coisa pra que a gente não tivesse que passar por isso propriamente, desacomodar subjetivamente sem tem uma base teórica que é isso que acontece, a gente vem com a nossa moral e a gente não tem base teórica aí a gente tem de desenvolver essa base teórica por nós mesmos. A ideia do conhecimento estudado é isso, eu ampliar essa percepção que eu tenho que eu não fique só no eu acho que aquele remédio eu ouvi falar, mas não tenho a base teórica pra usar o remédio (p.3).

Conforme Salum e Prado (2014), a educação continuada não acontece em um momento específico, ela acontece no dia a dia de trabalho com as trocas e discussões realizadas neste ambiente, essa educação é permanente e dinâmica. Como apresenta Almeida e Colaboradores (2016), essa é uma proposta política e pedagógica, a qual favorece os trabalhadores em um processo de ensino e aprendizagem dentro do trabalho. As atividades que vão sendo realizadas a partir de discussões com a equipe, são de necessidades da população, da gestão e controle social.

Muitos profissionais trouxeram da questão da gestão e da falta de incentivo: “A gestão só vem quando tem algum problema (p.8)”; “A gente tem reconhecimento dos colegas, mas o trabalho é muito fragmentado, á secretaria lá, a coordenação mais distante, a coordenação não, mas a secretaria é mais distante (p.7)”; “Também tem isso às vezes eles não liberam, tem um numero de pessoas (p.4)”. Não que conseguir compreender suas necessidades não seja importante, mas muito do que foi trazido falava de um outro responsável pela falta de aquisição do conhecimento, o outro enquanto limitação para conseguir melhorar a qualidade dentro do trabalho, e não foi apresentada nenhuma auto responsabilização da equipe.

Em muitas falas foi trazido que essas práticas não acontecem muito, que não se tem recursos, incentivo e quando levantado sobre como eles viam essas práticas, apenas uma profissional colocou: “acho que sempre que acontece é sempre interessante! (p.1)”. Não se tem bem clara qual a influência dela dentro da instituição, se entende que tem uma falta, um vazio, mas ao mesmo tempo não se tem muito claro sobre qual seria essa necessidade. É possível compreender que a percepção que muitos dos profissionais possuem está direcionada a práticas realizadas fora da instituição, e que somente assim é possível se atualizar. A questão da educação permanente e continuada é limitada a congressos e

capacitações, por exemplo, e as que são ofertadas dentro da instituição já não são vistas como algo tão produtivo.

Um dos profissionais, indo na contramão do grupo, tomou certa responsabilidade e jogou ao grupo um pouco do que Davim, Torres e Santos (1999), assim como Salum e Prado (2014) pensam, e que as próprias portarias trazem sobre educação permanente e continuada se configuram:

O CAPS tem muito estudo sobre, mas a gente nunca foi pegar pra ver o que é, a concepção da dependência química, a questão da abstinência dentro da dependência química é algo, agora a questão da dependência química enquanto transtorno, recaída não é um problema, ela é uma característica da pessoa com a qual a gente tem de lidar [...]. A gente tem base teórica que poderiam ser utilizada, mas que a gente não estuda, a gente fica ainda num viés antigo e não aprofunda. E dentro desta lógica da educação informal que a educação permanente envolve isso tanto quando é fornecido por alguém vem de um curso quanto aquilo que a gente constrói como estudo [...]. Por que a ideia da educação permanente é não só fornecer conhecimento para as pessoas, mas que não fique tudo instituído, que a saúde não fique restrita a doença, a dependência química, a doença, não, ela é exatamente refletir e conseguir criar coisas diferentes [...]. A gente fica muito no tem que vir alguém de fora pra explicar, não! A gente consegue fazer esse processo crítico a gente não percebe ou não consegue avançar o que também é parte do processo (p.3).

Com base nos relatos que os profissionais trouxeram, foi possível compreender o quanto eles se sentem distantes da gestão e que recebem pouco incentivo para realização de atividades. Muitos participantes entendem as práticas de educação permanente e continuada como recursos ofertados pela prefeitura, tendo dificuldades em reconhecer atividades do cotidiano como ferramenta de educação dentro do trabalho. Ademais, quando outros pontos aparecem, por exemplo, do p. 3, a equipe se propõe a pensar e conseguem se colocar como potencializadores para mudança dentro do ambiente de trabalho. Quando a equipe passa a pensar sobre essas práticas, começam a trazer informações sobre atividades que já aconteceram, acontecem e poderiam ser ofertadas no serviço, como é apresentado na última categoria.

4.3 Práticas de Educação Permanente e Continuada no Contexto do CAPS AD

Porque é mais fácil não conhecer do que conhecer! (p.9)

Durante os dois encontros foram levantadas questões voltadas ao que já foi e é ofertado dentro do CAPS AD III relacionado às práticas de educação permanente e continuada, uma das profissionais

levantou - “Olha ai, foram muitas! (p.1)”, relacionando com o número de atividades que foram feitas no serviço. Entretanto, os profissionais citaram poucas, as quais estavam, em sua maioria, ligadas a capacitações. Os profissionais não traziam muito de como foram esses momentos, mas um em específico mencionou: “Não aprendi nada! Mas, teve aquela do tabaco (p.3).” Não se teve uma crítica em relação a esse não aprender, ou desconforto, foi tão somente mais um momento dentro da instituição com o qual não se sabe o que fazer.

A portaria 198/GM em 13 de fevereiro de 2004 diz do quanto essas práticas visam transformar e qualificar a atenção em saúde, os processos formativos e as práticas de educação em saúde, sempre voltado às estratégias do SUS. A busca da EPS é de articulação e integração entre o ensino e o serviço juntamente com a comunidade, enfrentando as necessidades e dificuldades do sistema. O objetivo é que as práticas profissionais possam ser transformadas, logo se faz necessário ao trabalhador se questionar sobre as atividades ofertadas e poder entender para que realmente tenha um sentido e eficácia.

As atividades mencionadas foram: capacitações quando entraram no serviço, porém nem todos profissionais participaram; Fórum em Santa Maria; Supervisão institucional; capacitação sobre tabaco; e grupo de estudo, o qual foi pensado e estruturado pelos próprios profissionais. Os participantes do GF trazem que realizaram outras atividades, as quais não foram mencionadas, mas que os custos foram cobertos por eles, não foi algo que partiu da gestão.

Os profissionais mencionaram estar passando pela supervisão institucional, que apontaram como positiva, pois estão conseguindo fazer alguns movimentos. Atualmente a equipe tem buscado fazer um estudo uma vez por mês sobre algum tema, no horário da reunião, esse fato só foi mencionado quando os profissionais estavam falando sobre o que a prefeitura poderia fazer pela instituição, e foram questionados sobre o que eles poderiam fazer enquanto profissionais, e a frase foi simples, eles já estão fazendo. Essa resposta rápida vem também como defesa e analizador de que pensar sobre os processos de trabalho e se colocar como responsável é uma tarefa difícil, pois ela desacomoda.

Pensar os processos de trabalho é desafiador e, por esse fato, a portaria 1996 de 20 de agosto de 2007 traz que a política de educação permanente deve considerar as especificidades regionais, contribuindo para superação de desigualdade, conseguindo mapear quais as necessidades desses trabalhadores para ofertar atividades dentro desta instituição, se aproximando deste profissional para pensar junto a ele aprendizagens que venham ser significativas, que possam assim transformar as práticas dentro do serviço.

Um dos participantes colocou que as reuniões de equipe seriam também ferramenta da educação permanente, porém menciona que no serviço não funciona, mas não esclareceu muito sobre o

porquê pensa desta forma. “Vocês foram no fórum em Santa Maria” (p.2), os integrantes demonstraram bastante esforço para lembrar do que já foi ofertado, mencionaram também sobre as despesas “só que algumas a gente teve de pagar” (p.2). Quando traziam dos investimentos feitos, falavam que isso cansava, pois também sentiam falta de uma motivação externa, demonstrando que só participaram de mais práticas pelo fato de buscarem por vontade própria.

Mesmo que as atividades fora do serviço sejam vistas como primordiais, é importante mencionar que a Portaria de 1996 de 20 de agosto de 2007 apresenta que a educação permanente pode ser entendida como “aprendizagem-trabalho”, pois ela acontece no dia-a-dia, nas relações que são estabelecidas entre os profissionais dentro das organizações, não é somente algo que vem do externo, é algo que está dentro.

Para além do que os profissionais trouxeram, o serviço por vários períodos contou com alunos da medicina, tanto para estágios como residência, além de alunos do curso de psicologia, em algumas vezes alunos de outros cursos procuram o serviço para observações, trabalhos e trocas, os profissionais contam também com um cronograma feito a cada ano para fazer pedido de verba para algum curso, essa decisão é tomada entre os serviços CAPS, neste ano, por exemplo, optaram pela supervisão institucional. A equipe conta também com outros momentos de trocas, como: reuniões entre os serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e palestras distribuídas durante o ano. Mesmo com algumas integrações, percebe-se que os profissionais entendem a instituição de ensino como distante e não como parte e/ou contribuinte no processo de trabalho.

Os profissionais foram questionados sobre sugestões e neste momento ficaram em silêncio, apenas uma das profissionais colocou a pergunta como algo muito difícil de ser respondido. Após longo tempo de silêncio, algumas sugestões foram surgindo, mencionaram a possibilidade de a prefeitura realizar uma vez por ano algum curso, por exemplo, que fosse fora do serviço. Uma das questões que pareciam incomodar bastante a equipe se dava pela falta de reconhecimento do trabalho prestado, segundo o p. 8:

E, é bom quando a gente tem o retorno, acho que a gente deveria ter forma de divulgar melhor o que a gente faz aqui dentro para que outras pessoas soubessem. Deveríamos divulgar mais as ações para a rede, acho que isso é um reconhecimento do nosso trabalho externo também.

Segundo Bendassolli (2012), o reconhecimento do trabalho tem implicação direta com os processos motivacionais e está ligado com a expectativa de retribuição pelo trabalho que é prestado, isso influencia de forma direta na maneira de trabalhar. Segundo Dejours (1993), citado por

Bendassolli (2012), o reconhecimento está ligado à construção de identidade de cada profissional, assim como associado ao prazer no trabalho. O fato dos profissionais entenderem que não são reconhecidos contribui para se sentirem desmotivados, logo essa proposta de poder falar sobre o CAPS em outros ambientes, pode vir a ser um exercício saudável para a equipe, que ajude os próprios funcionários entenderem seu papel dentro do serviço.

Os profissionais trouxeram que o sentido de falar sobre o CAPS não seria propriamente dizer o que fazem, mas poder esclarecer algumas questões para a população e até profissionais da rede que não compreendem muito do serviço e em relação ao uso de drogas.

Mas, eu vejo mais nesta questão de falar sobre a dependência química mesmo, no sentido disso de esclarecer as outras equipes ou a própria população. Não do que a gente faz ou dos resultados que a gente tem, mas de conhecimento mesmo, de tirar um pouco deste senso comum de crack mata, que a porta de entrada é a maconha, essa coisas assim que a gente escuta com, enfim, de senso comum, mas não só de senso comum, mas de profissionais da rede de saúde que também chagam com esse discurso até nós, e poderia a gente também promover a educação continuada em outros espaços né? A gente não sai muito daqui! (p. 2).

A equipe se coloca como possível promotora de conhecimento para outros espaços, o que é algo bastante interessante para os profissionais, para outros serviços da rede, estudantes e sociedade em geral. Nos primeiros momentos, os profissionais estavam direcionando muito de suas dificuldades à gestão, mas no final do primeiro encontro conseguiram compreender algumas potencialidades da equipe como, por exemplo, todos tinham direito a fala, além de se enxergarem enquanto promotores de mudanças. Como é apresentado na portaria 198/GM em 13 de fevereiro de 2004, todos são corresponsáveis pelo serviço, os gestores tem compromissos com a formação e os formadores com o sistema de saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante o desenvolvimento do trabalho foi possível obter uma ampliação do conhecimento sobre as políticas de educação permanente e educação continuada, contribuindo para a formação acadêmica e discussão com a instituição CAPS AD III. Os profissionais ao longo dos encontros pensaram sobre as atividades que já foram desenvolvidas no serviço e que acontecem nos dias atuais, podendo construir em equipe sugestões para melhorar a qualidade no trabalho. As trocas possibilitaram aos participantes entender o pensamento uns dos outros, podendo construir algo novo e em conjunto.

A percepção dos profissionais em relação à EPS e educação continuada está bastante voltada a momentos que alguém vem de fora para apresentar algo novo, um aperfeiçoamento, trazendo do quanto sentem falta de realizarem atividades em outra Cidade. Após as discussões, os participantes conseguiram se colocar como atores transformadores na realidade do trabalho, conseguindo deslocar-se e ver que, para além da gestão, ainda existe algo que a equipe pode proporcionar. Foi possível compreender o quanto a questão das drogas ainda é um tema que necessita ser discutido, tanto pelas questões que a equipe trouxe de dificuldades, como as que estão associadas aos preconceitos entre os próprios usuários, que diz muito da sociedade em geral. Ao longo do trabalho foi possível observar o quanto a aprendizagem no serviço é necessária, promovendo transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho, mas para isso, como é mencionado na Portaria 198/GM em 13 de fevereiro de 2004, isso só se dá pela problematização do e no processo de trabalho.

6 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. R. S. et al. Educação permanente em saúde: uma estratégia para refletir sobre o processo de trabalho. *Revista da Abeno*, v. 16, n. 2, p. 7-15, 2016.

ANTONACCI, M. H. et al. Estrutura e fluxo da rede de saúde mental como possibilidade de mudança nos serviços de atenção psicossocial. *Esc. Enfermagem*, [S. l.], p. 891-8, 2013.

ARBEX, Daniela. *Holocausto Brasileiro*. 1Ed. São Paulo: Geração, 2013.

BARBOSA, B. et al. O papel da atenção primária de saúde na constituição das redes de cuidado em saúde mental. *Fund. Care*. V.9, n 3, p. 65-668. Jul/Set. 2017.

BENDASSOLLI, Pedro. Reconhecimento no trabalho: perspectivas e questões contemporâneas. *Psicologia em estudo*, Maringá. V. 17, n. 1, p. 37-46. Jan/Mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Conselho Nacional de Saúde: Dia nacional da luta antimanicomial é comemorado no país*, Brasília, DF, [s. n.], Não paginado. 18 de maio de 2012a.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria de Consolidação n. 2 de setembro de 2017*. Brasília, DF, 2017.

_____. Ministério da Saúde. *Resolução RDC n 29 de 30 de julho de 2011*. Brasília, DF, 2011.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria n. 336 de 19 de dezembro de 2012*. DE 2012. Gabinete do Ministro, Brasília, DF, não paginado. 2012b.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria n. 198/GM de 13 de fevereiro de 2004*. Brasília, DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. *Resolução n.º 510 para a pesquisa com seres humanos, 2016*.

_____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de educação permanente em saúde*. Brasília, DF, ed. 1, v. 9. 2016

_____. Presidência da República. DUARTE, P. C. A. V.; FORMIGONI, M. L. O. S. (Org.). *Fé na Prevenção*. Brasília, DF: UNIFESP, 2010c.

_____. CRP-RS. SANTOS, Loiva Maria Boni (Org.). *Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas*. Porto Alegre: IDEOGRAF, 2010.

CAMPOS, Claudinei José Gomes. Método de Análise de Conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Rev Bras Enferm*. Brasília, DF, n. 57, Paginação irregular, Set/Out. 2004.

CAMPOS, Rosana Onocko Clínica: a palavra negada-sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos em saúde mental. *Saúde em debate*, São Paulo, v. 25, n 58, p. 98-111, Maio/ago. 2001.

CARDOZ, Débora de Deus. Educação permanente e continuada em saúde e suas influencias no processo de trabalho de equipes da atenção primaria á saúde. *Especialização-Universidade Federal do Rio Grande do Sul- UFRGS*, Porto Alegre, Não paginado. 2010.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, n. 14, p.41-65. 2004.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Ministério da Saúde. Resolução- n. 466, de 12 de dezembro de 2012. *Resolução noº 466 para a pesquisa com seres humanos, 2012*.

DALPIAZ, A. K. et al. Fatores associados ao uso de drogas depoimento de usuários de um CAPS AD. *Aletheia*. Canoas, n. 45, p. 56-71, 2014.

DAVIM, R. M. B.; TORRES, G. V.; SANTOS, S. R. Educação permanente em enfermagem: conhecimento, atividades e barreiras encontradas em uma maternidade escola. *Latino Enfermagem*. Ribeirão Preto, n. 5, p. 43-49. Dez. 1999.

EGLESIA, A.; AVELLAR, Z. L. As contribuições dos psicólogos para o matriciamento em saúde mental psicologia: ciência e profissão. *Psicologia ciência e profissão*. Espirito Santo, n. 2, p. 364-37, Abril/Jun. 2016.

MICHEL, Foucault, *Os anormais*. Tradução Eduardo Brandão, São Paulo: *Martins Fontes*, 2001. Curso no College de France 1974-1975.

FURLAN, V.; RIBEIRO, S. F. R. A escuta do psicoterapeuta em grupo de pessoas em sofrimento mental atendidos em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). *Vínculo*. São Paulo, n.1, p. 22-29, 2011.

GIGANTE, R. L.; CAMPOS, G. W. S. Política de formação e educação permanente em saúde no Brasil: bases legais e referências teóricas. *Trabalho Educação em saúde*. Rio de Janeiro, n. 3, p. 747-763, Set/Dez. 2016.

PITTA, Ana (Org.). GOLDBERG, J. I. *Reabilitação como processo, o centro de atenção psicossocial (CAPS)*. In: *Reabilitação psicossocial no Brasil*, 4º Ed. São Paulo: Hucitec. 2016.

LANCETTI, Antonio. *Contrafissura e Plasticidade Psíquica*. HUCITEC, 2015

LEMOS, Cristiane Lopes. Educação permanente em saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? *Ciência e saúde coletiva*, v. 2, n. 3, p. 913-922, set/out, 2016.

MEDEIROS, Regina. Construção Social das drogas e do crack e as respostas institucionais e terapêuticas instituídas. *Saúde e Soc*. Belo Horizonte, n.1, p. 105-117. 2014.

MEDEIROS, G. T. et al. Educação permanente em saúde mental: relato de experiência. *Interface*. São Paulo, n. 57, p. 475-483, Abr./Jun. 2016.

MINAYO, Maria Cacília da Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1992.

RIBEIRO, Circe de Melo, Educação Continuada. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, n. 1, p. 79-81, Jan./Mar. 1986.

SALUM, N. C.; PRADO, M. L. A educação permanente no desenvolvimento de competências dos profissionais de enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*. Florianópolis, n. 2, p. 301-308, Abr./Jun. 2014.

SEVERO, A. K. ; DIMENSTEIN, M. Rede e intersetorialidade na atenção psicossocial: contextualizando o papel do ambulatório de saúde mental. *Psicologia Ciência e Profissão*. Brasília, n. 3, p. 640-655. 2011.

SILVA RODRIGUES, Adriane, Reforma psiquiátrica e reabilitação psicossocial: impasses e desafios. *UNICEUB*. Brasília, DF, não paginado, junho. 2007.

TRAD BOMFIM, Leny, Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis*. Rio de Janeiro, n. 3, p. 777-796. 2009.

ANEXOS

ANEXO A: Termo de Consentimento

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

EDUCAÇÃO PERMANENTE/CONTINUADA E O REFLEXO NA PRÁXIS DE PROFISSIONAIS NO CAPS AD III

Prezado senhor/Prezada senhora

O senhor/A senhora está sendo convidado(a) para participar como voluntário do projeto de pesquisa intitulado “Educação Permanente/Continuada e o Reflexo na Práxis de Profissionais no CAPS AD-III”. Esse projeto é desenvolvido por estudantes e professores do Curso de Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul, UNISC, e é importante porque pretende compreender as percepções dos profissionais do CAPS AD III sobre as práticas de Educação Permanente e Continuada em Saúde. Para que isso se concretize, o senhor/a senhora será contatado(a) pelos pesquisadores para averiguar a participação em em um Grupo Focal, para falar sobre a temática apresentada, com questões disparadoras realizadas pelo pesquisador. Nessa condição, é possível que alguns desconfortos aconteçam, como é o caso, por exemplo de fadiga e desconfortos emocionais, os quais caso ocorram serão atendidos de imediato. Por outro lado, se o senhora/a senhora aceitar participar dessa pesquisa, benefícios futuros para a área da saúde, de condição de trabalho poderão acontecer, tais como: novas propostas de EPS/ Educação Continuada em Saúde, reflexão sobre práticas que já ocorreram ao longo do trabalho, além de trocas entre várias áreas do conhecimento. Para participar dessa pesquisa o senhor/a senhora não terá nenhuma despesa com transporte, alimentação, exames, materiais a serem utilizados ou despesas de qualquer outra natureza.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____ declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado(a), de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados. Ademais, declaro que, quando for o caso, autorizo a utilização de minha imagem e voz de forma gratuita pelo pesquisador, em quaisquer meios de comunicação, para fins de publicação e

divulgação da pesquisa, desde que eu não possa ser identificado através desses instrumentos (imagem e voz).

Fui, igualmente, informado(a):

- a) da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- b) da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de meu cuidado e tratamento;
- c) da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- d) do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;
- e) da disponibilidade de tratamento médico e indenização, conforme estabelece a legislação, caso existam danos a minha saúde, diretamente causados por esta pesquisa; e,
- f) de que se existirem gastos para minha participação nessa pesquisa, esses serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

O pesquisador responsável por este Projeto de Pesquisa é o Prof. Dr. Moises Romanini (Fone: 51 982934903; Email: moisesromanini@unisc.br) O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável.

O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do telefone: (051) 3717- 7680.

Local: _____

Data ___ / ___ / ____

Assinatura do voluntário

Assinatura do responsável pela obtenção do presente consentiment

ANEXO B: Carta de aceite institucional**CARTA DE ACEITE INSTITUCIONAL**

Santa Cruz do Sul, 28 de junho de 2018.

Ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul, (CEP-UNISC)

Prezados Senhores,

Declaramos para os devidos fins conhecer o projeto de pesquisa intitulado: “Educação Permanente/Continuada e o Reflexo na Práxis de Profissionais no Caps AD III”, desenvolvido pela acadêmica Janaíra de Oliveira Terres do Curso de Psicologia, da Universidade de Santa Cruz do Sul-UNISC, sob a orientação do professor Moises Romani, bem como os objetivos e a metodologia da pesquisa e autorizamos o desenvolvimento no CAPS AD III, na Rede de Saúde de Santa Cruz do Sul.

Informamos concordar com o parecer ético que será emitido pelo CEP-UNISC, conhecer e cumprir as Resoluções do CNS 466/12 e 510/2016 e demais Resoluções Éticas Brasileiras. Esta instituição está ciente das suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e no seu compromisso do resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para tanto.

Atenciosamente,


Taís Giordani Pereira
Nutricionista - CRN 4118
Matrícula 10370

Assinatura e carimbo do responsável institucional

ANEXO C: Termo de aceite institucional

Santa Cruz do Sul, 28 de junho de 2018.

TERMO DE ACEITE INSTITUCIONAL

Ao comitê de ética em Pesquisa (CEP/UNISC)

Prezados senhores,

Declaramos para os devidos fins conhecer o projeto de pesquisa intitulado "EDUCAÇÃO PERMANENTE/CONTINUADA E O REFLEXO NA PRÁXIS DE PROFISSIONAIS NO CAPS AD III", desenvolvido pela acadêmica Janaína de Oliveira Terres, sob orientação do Professor Dr. Moisés Romanini, do curso de Psicologia, da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC, e autorizamos o desenvolvimento da pesquisa no Centro de Atendimento Psicossocial para Álcool e Drogas – CAPS AD III, da Secretaria Municipal de Santa Cruz do Sul-RS, CNPJ 95440517/0001-08.

Informamos concordar com o parecer ético que será emitido pelo CEP/UNISC, conhecer e cumprir com a Resolução do CNS 466/12 e demais Resoluções Éticas Brasileiras. Esta instituição está ciente das suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e no seu compromisso do resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos da pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária.

Atenciosamente


CLARISSA GOHLKE

Diretora de Ações e Programas de Saúde

Clarissa Göhlke
Diretora de Ações e

ANEXO D: Cartaz realizado com profissionais do CAPS AD III