



ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO A USUÁRIOS DE DROGAS NO SUS

Maria Margareth Mendes

**A Educação Permanente em Saúde como perspectiva na formação profissional na
atenção ao usuário de álcool e outras drogas no município de Ipatinga, Minas Gerais**

Belo Horizonte

2017

Maria Margareth Mendes

A Educação Permanente em Saúde como perspectiva na formação profissional na atenção ao usuário de álcool e outras drogas no município de Ipatinga, Minas Gerais

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Atenção a Usuários de Drogas no SUS.

Orientador: Prof. Me. Max Silva Moreira

Belo Horizonte

2017

M538e Mendes, Maria Margareth.
A Educação Permanente em Saúde como perspectiva na formação profissional na atenção ao usuário de álcool e outras drogas no município de Ipatinga, Minas Gerais. / Maria Margareth Mendes. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2017.

25 p. enc.

Orientador(a): Max Silva Moreira.

Artigo Científico (Especialização) em Atenção a Usuários de Drogas no SUS.

Inclui bibliografia.

1. Saúde mental. 2. Atenção primária. 3. Sistema de informação. 4. Educação permanente em saúde. 5. Intersetorialidade . I. Moreira, Max Silva.
II. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. III. Título.

Maria Margareth Mendes

A Educação Permanente em Saúde como perspectiva na formação profissional na atenção ao usuário de álcool e outras drogas no município de Ipatinga, Minas Gerais

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Atenção a Usuários de Drogas no SUS.

Orientador: Prof. Me. Max Silva Moreira

Aprovado em: 15/05/2017

Banca Examinadora

Orientador: Prof. Me. Max Silva Moreira
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG)

Prof. Dr. Rinaldo Conde Bueno
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG)

Prof. Me. Amâncio Borges de Medeiros Filho
Prefeitura Municipal de Ipatinga (PMI- MG)

Belo Horizonte

2017

AGRADECIMENTOS

O trabalho constitui em um artigo apresentado ao curso de especialização que realizei enquanto trabalhava como psicóloga na rede pública de Ipatinga. No percurso da especialização fiz amigos que foram responsáveis pelo avanço no meu ponto de vista, em relação ao tema.

Quero agradecer ao secretário municipal de saúde de Ipatinga, Eduardo Pena (2013 a 2016), gestor que apoia a política pública de saúde.

Ao meu orientador e mestre, Max Moreira, que de forma responsável e paciente, conduziu a orientação deste trabalho. O meu reconhecimento pela valiosa e generosa contribuição, que me ajudou na elaboração da escrita e na reflexão sobre as questões da política de saúde no serviço.

Aos usuários do território, aos colegas de trabalho em especial à equipe de agentes comunitários de saúde da Unidade de Saúde da Família Vila Militar, e aos trabalhadores da Saúde Mental de Ipatinga, pelo incentivo e acolhimento.

À amiga e companheira nas implementações das políticas públicas de saúde, Adriana Condessa, pela disponibilidade e atenção ao discutir e pensar a prática do trabalho.

Ao amigo Amâncio Borges, a minha gratidão pela generosidade e gentileza ao aceitar a tarefa de avaliar e, principalmente, à sensibilização para com o meu trabalho.

Aos meus colegas do curso de especialização pelas trocas de experiências, em especial à Sonia Angélica e à Cristina Pereira pela oportunidade de conhecê-las, e pelo grande suporte nas minhas angústias e inquietações no decorrer dos encontros.

Quero agradecer também ao querido afilhado Tiago Mendes pelo acolhimento e ao Gildásio, à Telma, à Marília, à Cássia e à Virginia pelo reconhecimento e apoio.

Um fotógrafo-artista me disse outra vez: veja que o pingo de sol no couro de um lagarto é para nós mais importante do que o sol inteiro no corpo do mar. Falou mais:

Que a importância de uma coisa não se mede com fita métrica, nem com balanças, nem barômetros, etc.

Que a importância de uma coisa há que ser medida pelo encantamento que a coisa produza em nós.

Manoel de Barros

RESUMO

O presente artigo é o relato de experiência de um percurso que se iniciou na Unidade de Saúde da Família Vila Militar, no município de Ipatinga, Minas Gerais, desde o levantamento de dados sobre o acolhimento e o tratamento dispensado aos usuários de álcool e outras drogas na Unidade, até outros pontos da Rede Municipal de Saúde. A experiência permitiu um diagnóstico que abrangeu o sistema de informações em saúde do município, e possibilitou a identificação de algumas atitudes e posturas profissionais adotadas no trato com esses usuários e os referenciais que as fundamentam. Desse modo, a formação e a prática do profissional de saúde, depende do acesso ao sistema de informação, sua implicação na organização do trabalho da rede municipal de saúde, de acordo com a Política Nacional de Saúde Mental e Saúde Coletiva. Especificamente, no que diz respeito à política de álcool e outras drogas, identificaram-se alguns obstáculos na aplicação das diretrizes políticas da saúde mental e constatou-se a falta de uma base de dados confiável para avaliação e execução de projetos, além da dificuldade de formar cuidadores com tolerância e até mesmo despertar neles o interesse em trabalhar com o sofrimento de usuários abusivos de álcool e outras drogas. Conclui-se que o investimento na Educação Permanente em Saúde no ambiente de trabalho ou no serviço possibilita mudanças no discurso e na posição do trabalhador, além de estabelecer-se como condição necessária para a invenção de uma Rede de serviços para usuários em situação de uso abusivo de álcool e outras drogas.

Palavras-chave: Saúde mental. Atenção primária. Sistema de informação. Educação permanente em saúde. Intersetorialidade.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 O PONTO DE INTERSEÇÃO ENTRE AS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL E A SAÚDE COLETIVA	13
3 A IMPORTÂNCIA DO SISTEMA MUNICIPAL DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE NO DIAGNÓSTICO ASSISTENCIAL, NA PESQUISA EM SERVIÇO E COMO RECURSO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	17
4 A FORMAÇÃO DO TRABALHADOR À LUZ DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	21
5 CONCLUSÃO.....	24
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26

Lista de Abreviaturas e Siglas

AB	Atenção Básica
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESFs	Equipes de Saúde da Família
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
HMI	Hospital Municipal de Ipatinga
NASF	Núcleo de Atenção à Saúde da Família
PSF	Programa de Saúde da Família
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SISPRENATAL	Sistema de Acompanhamento da Gestante
SUS	Sistema Único de Saúde
TRSM	Técnico Referência em Saúde Mental
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

1 INTRODUÇÃO

Iniciamos nossa investigação com o seguinte questionamento: Como levar o profissional da atenção primária a tornar-se um protagonista na avaliação e no diagnóstico situacional, assim como na construção de um projeto que trate da problemática do uso abusivo de álcool e outras drogas e o acolhimento ao usuário nesta situação?

Embora essa questão tenha relevância para a política pública nacional, neste artigo a tomaremos, especificamente, a partir de um serviço da rede de saúde mental em um município de médio porte do leste de Minas Gerais: Ipatinga.

O serviço de saúde mental do município se constituiu como um Programa de Saúde Mental no ano de 2001, a partir do desenvolvimento das práticas fundantes em saúde mental naquele momento, pelos trabalhadores da rede, em especial psicólogos, que se encontravam distribuídos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) desde o início da década de 1990.

Por volta de 2003, paralelamente à implantação do Programa Saúde da Família (PSF) no município e com o objetivo de criar o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), os psicólogos, sob supervisão institucional, fecharam as agendas e abriram as portas para o acolhimento, priorizando os casos mais graves com sofrimento mental, passando assim a modificar a prática ambulatorial tradicional e se constituindo como Técnicos de Referência em Saúde Mental (TRSM) (MOREIRA; MENDES, 2014).

Atualmente, além do CAPS, que se propõe a acolher crises, e a ordenar a rede de saúde mental, os TRSM continuam distribuídos na rede com a função de atuar na Atenção Básica (AB), tratando casos graves de saúde mental, incluindo aqueles de abusos de álcool e outras drogas. Devido às exigências de intervenções intensivas que demandam disponibilidade e envolvimento, dizemos que os técnicos trabalham como uma extensão do CAPS. Parceria necessária, embora nem sempre possível com as Equipes de Saúde da Família (ESF) (BORGES, 2004).

Para formar uma rede de atenção conta-se também com o Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF), Consultório de Rua, Hospital Municipal, Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Núcleo de Atenção à Criança e ao Adolescente, Centro Referência de Assistência Social (CRAS) e o Centro de Referência

Especializado de Assistência Social (CREAS), todos fisicamente estruturados e “articulados” com um objetivo em comum – o cuidado em liberdade.

Carlo Viganó tem uma percepção curiosa sobre a liberdade do usuário ao afirmar que o problema não é só privar da liberdade, mas o problema é ainda mais difícil, é como dar a liberdade ao sujeito, é como dar uma liberdade vivível, não a liberdade em que o sujeito se mata no dia seguinte (VIGANÓ, 2007, p. 18).

Verificamos, em nossa prática, que a proposta do cuidado em liberdade, apresenta-se no nível do desejo de poucos profissionais. Em situações, por exemplo, que demandam maior trabalho da equipe, imediatamente lançamos mão de práticas em que a liberdade do usuário fica em suspenso, pois na maioria das vezes, diante de uma queixa de mal-estar do usuário, a primeira atitude é medicar. Mesmo assim, insistentemente sonhamos que os serviços (saúde, assistência social, segurança pública, jurídico, educação, família, associações...) de fato articulem-se por meio de encontros, fóruns, assistência e matriciamento, ações orientadas pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), e que as portas estejam verdadeiramente abertas para o cuidado.

Barbara Starfield (2002) afirma que a acessibilidade, por exemplo, não atinge a sua plenitude na organização do sistema de saúde, em qualquer nível que seja, por não a tratarmos em relação a posição de quem acolhe. Quem é este sujeito que acolhe? Porque ele acolhe? Se diante do usuário estivesse um profissional com mais disponibilidade à escuta, colocando-se mais próximo ao mesmo, possivelmente o acesso dos vários segmentos populacionais poderia acontecer com menos dificuldades e diferenças.

Ao defendermos a importância do TRSM na AB é porque acreditamos que ele seria um facilitador nesta ação. Porém, a porta de entrada de vários casos na Unidade de Saúde acontece também através do acolhimento nas Equipes Saúde da Família (ESFs) e do Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF), justificando a lógica de prevenção que também é uma das ações que integra as políticas públicas. Portanto, com essa forma de organização do serviço, entendemos que todos os profissionais de saúde na rede municipal são responsáveis pelo acolhimento dos usuários e que um serviço de saúde descentralizado é uma aposta na consolidação dos princípios de universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social.

Faz-se importante citar estes princípios do SUS uma vez que eles também norteiam a política municipal de saúde mental de álcool e outras drogas, expressa, dentre outras, nas seguintes diretrizes nacionais, estabelecidas na Portaria 3.088, a saber (BRASIL, 2011):

- Respeito aos direitos humanos;
- Combate a estigmas e preconceitos;
- Desenvolvimento de atividades no território;
- Desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;
- Ênfase em ações intersetoriais com vistas a promover a integralidade do cuidado e efetividade das ações;
- Promoção de estratégias de educação permanente em saúde;
- Desenvolvimento da lógica do cuidado tendo como eixo central a construção de um projeto terapêutico singular.

Essas diretrizes que versam sobre a educação permanente em saúde podem contribuir para a prática de atenção à saúde do usuário de álcool e outras drogas e se encontram inerentes à gestão cotidiana da clínica em saúde mental. Isto tudo está previsto e garantido em leis, mas resta uma questão: como acontece a aplicação dessas diretrizes na prática?

O município de Ipatinga, ainda não dispõe de um serviço específico destinado ao usuário de álcool e outras drogas. Porém, isto não impede, muito pelo contrário, a relevância de nosso questionamento, ou seja, como o usuário em uso abusivo de álcool e/ou outras drogas é acolhido nos diversos pontos da atenção? O serviço substitutivo existente e os outros setores da rede têm respondido à sua função na perspectiva do usuário de álcool e outras drogas?

Para responder à questão de qualidade do acolhimento nos pontos de rede de um município é necessária uma reflexão inicialmente sobre a apreensão dos princípios das políticas da saúde mental e atenção básica pelos profissionais. Posteriormente, compreender a lógica do sistema de informação de dados do município e avaliar se esta facilita a circulação do usuário nos diversos setores. A Lei 8080, de 1990 (que regula em todo o território nacional as ações e serviços de saúde), ao descentralizar as ações e os serviços para os três níveis de governo, deu-nos a entender que a informação de dados também foi descentralizada, uma vez que se configura como um elemento imprescindível à autonomia municipal (BRANCO, 1996). Autonomia

compreendida por nós como a liberdade para organizar a rede de acordo com a real necessidade do município.

Em seguida é fundamental uma reflexão sobre a formação do trabalhador de saúde, no que tange à uma predisposição para uma escuta mais qualificada e menos contaminada por preconceitos e estigmas.

2 O PONTO DE INTERSEÇÃO ENTRE AS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL E A SAÚDE COLETIVA

Observamos que, mesmo seguindo a atual legislação nacional da saúde mental que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), definindo o CAPS como ordenador de rede (BRASIL, 2011), em grande parte dos municípios, por não terem incorporado a lógica do trabalho na RAPS, as equipes de atenção à saúde mental ainda funcionam de maneira centralizada. Na prática, esse modo de funcionamento, centralizado, é confuso para o usuário e para o restante do sistema, o que dificulta a articulação da atenção em rede. Por exemplo, o fato do serviço se encontrar distante do usuário e das ESFs consolida uma noção de que o lugar do diferente é no CAPS e o dos outros usuários, na rede geral de atenção à saúde. Com essa forma de organização, poderíamos inferir que esse lugar do “diferente” pode ser um dos motivos da dificuldade de adesão do usuário ao serviço e, principalmente, que encontramos nessa lógica de organização dos serviços um descompasso doutrinário e prático entre as políticas públicas da Reforma Sanitária Brasileira (RSB)¹ ou políticas de saúde coletiva e aquelas gestadas no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB)². Entendemos que tal contradição, ao implicar em referências, fluxogramas e entendimentos distintos quanto ao lugar da saúde mental no âmbito da saúde coletiva, geraria um “desacordo” quanto ao imperativo do acesso e da descentralização, nos campos respectivos.

A história do movimento da saúde, é interessante ressaltar, nos remete ao grande resultado da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986: a construção do SUS, consolidado através da publicação da Constituição de 1988, reafirmando a RSB. Ao mesmo tempo, teve início também o movimento da RPB, ou seja, foram movimentos inicialmente paralelos.

No decorrer dos anos, observamos que tais Reformas produziram, no cotidiano dos serviços, uma interseção desarticulada, levando a impasses na condução, seja da política de saúde mental, seja da política de saúde coletiva. Enquanto a Reforma Sanitária Brasileira adota

¹ Movimento que teve como desafio em 1988 promover a transição do sistema desintegrado, para um outro sistema com comando único em cada esfera de governo

² Movimento que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental

uma política de descentralização de suas ações, a Reforma Psiquiátrica Brasileira encontra na referência do CAPS e na forma como o trabalhador interpreta sua função na construção da Reforma, um obstáculo paralisando, retardando ou limitando a integração do CAPS com a rede de serviços e equipes da atenção básica resultando em consolidação como serviço substitutivo suficiente e não a RAPS. Com essa lógica, o serviço é absorvido na prática, não como um ordenador das ações, mas sim um lugar de longa permanência do sujeito.

Identificamos, portanto, um paradoxo na compreensão da política de saúde mental: a “centralização” do serviço em um dispositivo tipo CAPS pela RPB. Dessa forma o descompasso entre as políticas é apresentado, ou seja, nesse mesmo tempo a política de saúde coletiva prevê uma descentralização efetiva em direção à atenção primária, implantando, por exemplo, o Programa Saúde da Família (PSF). Este paradoxo em nada contribui, seja para a resolutividade dos serviços, seja para o combate ao preconceito em relação ao usuário da saúde mental e de álcool e outras drogas.

E, por outro lado, acreditamos que se um serviço centralizado que não tem como norte a clínica do sujeito, ou seja, uma clínica que desloque a ênfase na doença para colocá-la no sujeito e nos aspectos singulares de sua demanda corre um grande risco de abrir espaços para que políticas conservadoras façam uso das diretrizes de forma equivocada, levando a RPB a um retrocesso. Por exemplo, em situações de fragilidade da família, da sociedade, dos serviços de atenção, é muito comum a indicação dos vários setores para a institucionalização do usuário. Rotelli (1991 citado por OLIVEIRA *et al.*, 2011) propõe “a reformulação do modelo de assistência e cuidado em saúde mental convidando a pensar as relações entre técnica e política e criticando a matriz de exclusão social que legitima a construção dos manicômios. (p.592). Ainda o mesmo autor define a desinstitucionalização como um trabalho prático de transformação que considere “a não-fixação dos serviços em um modelo estável, mas dinâmico e em transformação; a transformação das relações de poder entre a instituição e os sujeitos; o investimento menor dos recursos em aparatos e maior nas pessoas”. (ROTELLI, 1991 citado por BARRÍGIO, 2010 p.34).

Tarefa essa destinada ao trabalhador da saúde mental para ser avaliada, principalmente, para o usuário de álcool e outras drogas, o qual não foi contemplado no processo da Reforma. Historicamente neste sentido, deixamos uma lacuna entregue aos “cuidados” da segurança

pública. A uma política como a da saúde mental, que preza a liberdade, soa estranho continuar a permitir que isso aconteça.

A política repressiva, preconceituosa³ e criminalizante adotada pela política nacional de segurança pública, no decorrer dos anos, além de se mostrar ineficaz, retorna para a saúde a responsabilidade de tratamento e prevenção redefinindo o CAPS como o lugar de tratamento de usuários de álcool e outras drogas, através da Portaria 130, de 2012 (BRASIL, 2012).

A nosso ver, quem poderia redirecionar essa construção não seria ninguém mais que os próprios trabalhadores da saúde, apropriando-se em um discurso que pudesse fazer circular a palavra, ou seja, desenvolver um processo de trabalho que produzisse atenção à palavra do paciente e não à contenção ou “controles terapêuticos” do sujeito em questão.

No entanto, a associação do uso da droga à violência, ao pobre e a tantos outros significados é uma herança que ainda se encontra impregnada no imaginário coletivo, inclusive dos trabalhadores da saúde, dificultando a solução para esse impasse. Observamos que mesmo com a estruturação da atenção primária, através da implantação de ESFs, de NASFs, da distribuição dos psicólogos na rede básica, dentre outros, encontramos no município de Ipatinga ações de centralização da política de saúde mental.

O Ministério da Saúde instituiu uma Política de Educação Permanente em Saúde⁴ a partir do que vários municípios tomaram iniciativas de constituírem estratégias para implementar metodologias de ensino-aprendizagem no contexto do trabalho, visando alcançar uma prática em saúde qualificada e descentralizada, como descrito no *Relatório Mundial da Saúde - Saúde mental: nova concepção, nova esperança* (OMS, 2002), a saber:

- Promover assistência em nível de cuidados primários;
- Disponibilizar medicamentos de uso essencial em saúde mental;
- Promover cuidados comunitários;
- Educar a população;
- Envolver comunidades, famílias e usuários;

³ De acordo com a história, o uso de drogas no Brasil inicia-se com os indígenas, como uso medicinal e psicoativa. Posteriormente, os negros, os pobres, os desempregados passam a ser alvos da estigmatização, da violência, da marginalização. (Álcool e Outras Drogas: Da Coerção à Coesão, 2014)

⁴ Estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. (Portaria 198/2004).

- Estabelecer políticas, programas e legislação específica;
- Desenvolver recursos humanos;
- Atuar de forma integrada com outros setores;
- Monitorizar a saúde mental da comunidade;
- Apoiar mais pesquisas.

Enfim, a Educação Permanente em Saúde é uma estratégia que reúne e propõe ferramentas para articulação do trabalho em direção ao território, ou seja, na atenção primária e, também de integração com outros setores.

3 A IMPORTÂNCIA DO SISTEMA MUNICIPAL DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE NO DIAGNÓSTICO ASSISTENCIAL, NA PESQUISA EM SERVIÇO E COMO RECURSO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Dispomos de uma ferramenta importante para empreender o acolhimento dos usuários nos diversos pontos da rede de saúde pública, ferramenta que pode orientar decisões políticas. Estamos falando da comunicação e democratização dos dados, que foi possível principalmente através da informatização dos serviços de saúde.

No Brasil, o sistema de informação em saúde foi organizado a partir da década de setenta, chegando a um crescimento dos sistemas por volta dos anos noventa, especialmente com a implementação do SUS. Em 1995, também com a necessidade de organizar o serviço e fundamentar o planejamento da saúde a partir do conhecimento real da situação da área da saúde, Ipatinga inicia um projeto e desenvolve um sistema próprio e simples de informação de dados.

Em 1999, levando em conta as indicações retiradas na 6ª Conferência de Saúde de 1977, que foram deliberadas apenas em 2013 na 12ª Conferência Nacional de Saúde, o município de Ipatinga incrementa seu sistema de informação e dá origem ao Sistema Municipal de Gestão da Informação. Este sistema permitiu a integração em rede dos serviços da saúde. É importante para nossa reflexão ressaltar que

as indicações da 6ª Conferência foram em favor da elaboração e implementação de políticas articuladas de informação, comunicação, educação permanente e popular em saúde, para as três esferas de governo, garantindo maior visibilidade das diretrizes do SUS, da política de saúde, ações e utilização de recursos, visando ampliar a participação e o controle social e atender as demandas e expectativas sociais (BRASIL, 1977, s.p.).

Para dar andamento a estas políticas inovadoras o trabalhador de saúde é então convidado a um protagonismo em todos os seus atos e condutas.

O objetivo principal de uma gestão municipal deve ser o de garantir o registro e compartilhamento das ações de saúde de forma a gerar dados que subsidiem futuros projetos ou intervenções. Porém, o município optou neste momento histórico atender às necessidades de implementação dos bancos de dados e de integrar o sistema local ao de informação nacional. Este sistema de dados desenvolvido foi direcionado mais especificamente para o

acompanhamento financeiro, administrativo e para as políticas de saúde da atenção básica, perdendo em parte o foco de sua utilidade, que diz respeito a dados epidemiológicos de algumas áreas da saúde. Esse instrumento, além de ser um recurso importante de planejamento, também proporciona informações para avaliação de desempenho, processos e impactos dos serviços, e subsidia qualificação das atividades de controle, avaliação, regulação e auditoria. Permite, além disso, a visualização de dados e emissão de relatórios; integra outros serviços de informação do nível estadual e federal; fornece dados para o planejamento de pessoal, de insumos, de medicação, de exames e consultas especializadas (GONÇALVES *et al.*, 2005). Observa-se que todas as informações geram relatórios que foram e são prioritariamente endereçados ao profissional médico ou de enfermagem e que os módulos desenvolvidos dizem respeito a programas oficiais do Ministério da Saúde, como o Sistema de Acompanhamento da Gestante (SISPRENATAL), Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), atendimento médico, enfermagem, procedimentos de enfermagem, tabagismo e saúde mental⁵. Todas as ações de saúde são, portanto, resultados desses programas.

O interesse dos diversos governos municipais de priorizar apenas determinados dados a respeito do usuário ficou ainda mais evidente no momento em que fomos realizar um levantamento qualitativo sobre o usuário de álcool e outras drogas na rede. Interessava-nos saber, por exemplo, sobre o padrão de uso de determinada substância psicoativa, há quanto tempo fazia uso ou qual droga usava. A busca foi então iniciada através dos registros eletrônicos na UBS, onde deparamos com a inexistência e ineficácia dessas informações, pois o próprio sistema é projetado para solicitar ao trabalhador apenas o registro do uso de drogas e álcool, não contemplando outras informações importantes.

Encontramos também a situação de profissionais que de um modo geral atuavam de forma isolada, não alimentando o sistema com um mínimo de informações sobre a saúde mental de seu paciente, justificando esta atuação por motivos de “falta de tempo”, “não funcionamento do sistema” e até mesmo por ignorar a forma de como usá-lo. Houve casos em que não encontramos nem mesmo a evolução de uma consulta, em outros os diagnósticos eram colocados de forma muito aleatória, sem comprometimento com um raciocínio clínico mais apurado.

⁵ Sobre a saúde mental é solicitado informações direcionadas à quantidade de atendimentos individuais ou em grupos.

Prosseguindo com a nossa busca e acreditando que o sistema já se encontrava funcionando em rede, fomos buscar informações na atenção secundária e terciária, especificamente na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e no Hospital Municipal de Ipatinga (HMI), para saber por qual motivo o usuário abusivo de álcool e outras drogas procuravam aqueles serviços e como ele era acolhido. Deparamos também nestes setores também com a falta de registros desse tipo de informação no sistema. No contato com a coordenação da atenção secundária e terciária, ela nos informou verbalmente que “é comum o usuário procurar a UPA por questões clínicas (carência nutricional)”. Outras vezes, apresentando uma síndrome desabsortiva (por exemplo, carência de vitaminas do complexo B, C) ou quanto a traumas (agressões, quedas, acidentes, reações secundárias). Já no Hospital Municipal, o atendimento é registrado pelo setor de faturamento, interessando apenas pelo número de atendimentos médicos, do serviço social e a cor de classificação de risco.

Não encontramos, portanto, na base de dados dos serviços nenhuma associação dos diagnósticos registrados com qualquer quadro associado e por sinal não registrados, de intoxicação por álcool e, presumivelmente, outras drogas.

No entanto, ao percorrermos os serviços de atenção secundária e terciária, observamos uma predisposição dos profissionais receberem urgências e as emergências, mas bem distantes da disposição de colocarem em prática a lógica do acolhimento. Ao marcarmos a diferença entre a recepção pragmática de um caso e a lógica do acolhimento, entendemos que essa distinção nos possibilitaria, inclusive, formular indicadores direcionados para pensar novas propostas clínicas, considerando que atualmente estes casos chegam principalmente na urgência. Essa indisponibilidade se deveria, segundo a coordenação da UPA e HMI a que os profissionais dos serviços em questão não dispõem de todo o tempo para tal, e afirma que a função desses serviços seria de resolver “imediatamente” o problema.

Na realidade, os dados nos serviços da rede pública municipal referentes à problemática de álcool e outras drogas, da forma como é solicitado, dificultam uma pesquisa e não proporcionam ao gestor e ao trabalhador informações fidedignas que apontem a real necessidade desta ou daquela intervenção específica na questão da atenção ao abuso de álcool e outras drogas. Como nos diz Ceccim, são os problemas que possibilitam a definição de demandas (CECCIM,2005).

E se respondermos a qualquer demanda, imediatamente, ou seja, sem uma escuta e uma pesquisa consistente, perdemos a chance de aproveitar toda a estrutura existente no território e de inventar um serviço de atenção ao usuário de álcool e outra drogas, próprio, singularizado, descentralizado, específico do município. No entanto, se reajustarmos o sistema de dados de acordo com a realidade e a necessidade do serviço, poderíamos conceber, como já o dissemos, uma potente ferramenta de trabalho para subsidiar as soluções para o problema: o que e por quê construir? O que e por qual motivo inventar?

É importante incorporar, antes de tudo, a necessidade “da comunicação e da transparência de informações entre as equipes e os demais serviços” (STARFIELD, 2002, p.167), para que posteriormente essas informações venham dinamizar a gestão. A este respeito, merece destaque a afirmação de Eugenio Vilaça Mendes, consultor do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS):

As informações de qualidade, ofertadas por bons sistemas de informação em saúde, informações eficazes, ajudam os decisores a aperfeiçoar as suas decisões e levam à melhoria dos serviços públicos. Isso se explica porque boas informações permitem reduzir as incertezas e diminuir os riscos associados ao processo decisório. (MENDES, 2010, p.131)

É preciso, portanto, avançar neste setor. Com a participação do trabalhador é imprescindível retomar a implantação de um banco de dados eficaz e integrar os sistemas de informação de toda rede de saúde. Para tanto, é urgente investir na sua formação, estimulando-o a fazer o uso adequado da ferramenta para melhorar a qualidade dos processos de trabalho em saúde e propiciar um sentido ao seu trabalho.

4 A FORMAÇÃO DO TRABALHADOR À LUZ DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Neste momento, é pertinente interrogar a formação do trabalhador de saúde ao longo da sua vida acadêmica: é uma formação baseada numa posição crítica?

Na prática dos serviços encontramos, em geral, profissionais com uma formação insuficiente para abordar questões referentes ao sofrimento psíquico. Sabemos que normalmente, nas universidades e faculdades, os estágios acadêmicos acontecem especificamente em ambulatórios de psiquiatria ou em hospitais psiquiátricos, impedindo dessa maneira, que o profissional tenha a chance de vivenciar a especificidade do adoecimento na atenção básica. Os contatos, por serem apenas com pacientes muito graves, em crise e por vezes, institucionalizados, acabam, como indica o Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental, por estigmatizar o sofrimento e o profissional passa a julgar-se incapaz de lidar com esses problemas (BRASIL, 2011).

Direcionados por ensinamentos constantes daqueles manuais, os trabalhadores tenderiam a acreditar que, seguindo um protocolo de atendimento aos usuários, ele estaria praticando com resolutividade suas funções, mesmo que, assim fazendo, acabe por se desincumbir de sua responsabilização mais intensiva sobre o caso em seus cuidados. Essa compreensão repercute na relação entre usuários e os serviços através de atitudes e ideias intolerantes dos trabalhadores e através de uma imposição ao uso em excesso de psicofármacos⁶. Por exemplo, quando o usuário de álcool e outras drogas, chega à Unidade de Saúde, é comum que os trabalhadores fiquem atentos aos seus pertences; muitas vezes transmitindo entre si uma informação velada, para dispensá-lo imediatamente; ou fazem comentários sobre o cidadão desqualificando-o e principalmente, não demonstram interesse pelo sujeito do adoecimento. Portanto, diante dessas condutas tanto preconceituosas quanto de discrepância na formação sobre o objeto da saúde mental, é fundamental a qualificação da prática de saúde do trabalhador. Uma qualificação que vise uma mudança de concepção biologicista para a concepção de interação, do social incluindo a participação do usuário

⁶ Pesquisa realizada, mas não publicada pela Assistência Farmacêutica do município indica que cerca de 1/3 do custo de medicações é direcionado para saúde mental, álcool e outra drogas

(CECCIM, 2005), direcionando o trabalhador para percepção do usuário como um sujeito e um cidadão de direitos, instigando-o a desejar construir algo, de forma dialética, envolvendo o gestor, toda a equipe, a comunidade e principalmente o usuário. No entanto, para que aconteça uma mudança de posição do trabalhador é preciso mais que apenas apontar a falta. É necessário que o mesmo se sinta afetado por um certo incômodo, como nos dizem Merhy e Feuerwerker

a condição indispensável para que um trabalhador ou organização decida sobre mudanças ou incorporar novos elementos na sua prática e a seus conceitos é o incômodo, a percepção de que a maneira vigente de fazer ou pensar é insuficiente ou insatisfatória para dar conta dos desafios do seu trabalho. Esse incômodo ou percepção de insuficiência tem que ser intenso, vivido e percebido. Não se produz mediante aproximações discursivas externas. (MERHY; FEUERWERKER, s.d., p.8)

Uma formação só vai produzir um sentido quando essa “conversa” de maneira interativa com a experiência que o trabalhador traz ao longo de seu percurso que “a partir dos incômodos, dialogar com o acumulado e produzir sentido: essas são as chaves para a aprendizagem significativa” (MERHY; FEUERWERKER, s.d., p.8).

Acreditamos que a política estrategicamente possível para tal formação a ser consolidada é a Educação Permanente em Saúde (EPS). Uma política que, em 2003, na 12ª Conferência Nacional de Saúde foi

indicada para formar e qualificar os trabalhadores da saúde. Nesse momento, o Ministério da Saúde busca desenvolver estratégias para consolidar a formação de seus trabalhadores, que até há pouco era esporádica por meio de cursos de atualização, treinamentos e protocolos. (SARRETA, 2009, p. 172).

As diretrizes instituídas pela Portaria 278, de 27 de fevereiro 2014 (BRASIL, 2014), apresentam logo de início nossa hipótese, ao considerar que a “aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, baseando-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas dos trabalhadores da saúde”, não se tratando, portanto, de treinamentos e capacitações meramente protocolares.

Desse modo, a Política de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores segue os ideários da Reforma Sanitária Brasileira, na qual o conceito de saúde abarca os determinantes sociais e, a partir dessa compreensão, busca alcançar um nível de qualidade e de humanização no atendimento. (SARRETA, 2009, p. 173).

Trata-se de um recurso que, de fato, é capaz de produzir mudança, onde o espaço para discussões, reflexões, construções, produções de ideias propiciam a formação no percurso da rede superando a fragmentação do trabalho. Lugar onde a palavra possa circular livremente convocando o profissional ao trabalho e que o possibilita rever as suas concepções ideológicas, éticas e de cultivar as “associações coletivas” (TEIXEIRA *et al.*, 2010, p.29).

As ações de educação permanente em saúde segundo a portaria tem a liberdade de acontecer, por exemplo, por meio de metodologias ativas de aprendizagem como intercâmbios, matriciamentos, supervisões, oficinas, residências multiprofissionais, tutorias diversas e outras metodologias baseadas na resolução de problemas, ou seja, tudo aquilo que venha contribuir para o desenvolvimento do trabalhador levando em conta todos os recursos do trabalho já existentes no município e de maneira regionalizada, preferencialmente organizadas a partir da Atenção Primária, o nível mais complexo do sistema de saúde (STARFIELD, 2002).

5 CONCLUSÃO

Analizamos neste percurso a relação entre a formação do trabalhador de saúde e a implementação de importantes políticas assistenciais sob a égide da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Em todos os eixos evidenciamos que o ponto principal para a consolidação das políticas é o profissional de saúde representado por diferentes sujeitos atuando no processo de produção de saúde e apontamos para discussão dois obstáculos no serviço. O primeiro é a falta de uma base de dados confiável para avaliação, planejamento, implantação de projetos em saúde que são atualmente teoricamente referenciados a partir de uma abordagem empírica. Se almejamos qualidade, equidade, humanização do serviço, acessibilidade, integração de todos os serviços, é necessário então aprimorar o sistema de informação e democratizar as informações e a comunicação para alcançar todos os objetivos inclusive o de promover pesquisas que ofereça base para estudos visando aprimorar a assistência em saúde mental na área do uso abusivo de álcool e outras drogas a partir da problematização da experiência que o próprio sistema consistentemente vai nos apresentar.

E o segundo obstáculo que também incide no sistema de informação, é a falta de investimento dos gestores na formação de profissionais o que poderiam propor metodologias que trabalhassem aspectos como a tolerância e incentivassem o interesse em escutar e acolher as pessoas com sofrimentos psíquicos, sem pré-julgamentos, sem preconceitos, sem medo, dentre eles, os usuários abusivos de álcool e outras drogas.

A política do cuidar em liberdade - pois defendemos uma rede descentralizada de cuidados em álcool e drogas e propomos a desinstitucionalização das práticas predominantes de saúde, o que “demanda ambiciosas iniciativas de transformação da formação de trabalhadores” (CECCIM, 2005, p. 168), pois se queremos produzir mudanças de práticas e de atenção que efetivem de fato as políticas, uma saída ambiciosa e possível poderia consistir, por exemplo, no deslocamento de parte do investimento do financiamento para as ações de educação permanente. Ao constar como plano municipal, o governo se compromete investir na formação do trabalhador diante da população. É uma atitude que não deve ser tomada de forma solitária, individualizada ou restrita a certo grupo. É um movimento social organizado por todos, ou seja, pelos usuários da saúde mental, trabalhadores da saúde, gestores, alunos das

faculdades locais e a população. Existem espaços consolidados no município, como as reuniões de conselhos locais, as conferências de saúde, educação, cultura que a saúde mental deve explorar levando para debate a urgência em consolidar a política de educação permanente em saúde e que seja o ponto de apoio para definição política o envolvimento estratégico do trabalhador na formulação, nas propostas, na implementação de projetos e na resolução dos problemas de saúde do município.

Implementar uma Política de Educação Permanente em Saúde é um desafio que pode ser alcançado paulatina e simultaneamente à outras políticas sociais e de saúde, nos espaços de discussão sobre a organização dos serviços e a Rede de Atenção Psicossocial, que deve se articular ainda a outras redes na perspectiva da construção intersetorial.

Lembrando Ceccim (2005), ressaltamos a importância de que o debate estratégico entre os trabalhadores seja levado à gestão, possibilitando, deste modo, que o lugar central da formação em serviço se realize como força determinante na implementação e na consolidação de políticas de saúde e não como um “lugar de retaguarda ou secundário”, como o que tem ocupado até então.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARRÍGIO, C. R. **Saúde mental na atenção básica**: o papel dos agentes comunitários de saúde no município de Muriaé-MG. 2010. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Serviço Social do Centro de Ciências Sociais da PUCRio, Rio de Janeiro, 2010.

BORGES, A. **PSF e Saúde Mental**. Ipatinga: Seção de Saúde Mental – SSM, Secretaria Municipal de Saúde, 2004. Não publicado.

BRANCO, M. A. F. Sistema de Informação em Saúde no nível local, **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.12, n. 2, p. 267-270, abr./jun. 1996. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=SO102311X1996000200016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Anais da VI Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF, 1 a 5 de agosto de 1977. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0213VICns_anais1.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. D. H. CHIAVERINI (Org.). Brasília, DF: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 278, de 27 de fevereiro de 2014**. Institui diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde. Brasília, 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0278_27_02_2014.html>. Acesso em: 17 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do sistema único de saúde, Brasília, 2011. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/1112763088.html>> Acesso em: 16 abr. 2017.

BRASIL. **Portaria 130, de 26 de janeiro de 2012**. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html>. Acesso em: 18 abr. 2017.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-168, fev. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 abr. 2017.

GONÇALVES, F. *et al.* **O Sistema de Informação do Município de Ipatinga**. Ipatinga, 2005. Não publicado.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 abr. 2017.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. **Educação Permanente em Saúde**: educação, saúde, gestão e produção do cuidado, sem data. Disponível em: <https://static.atencaoasica.org.br/II_Mostra_EP/EPS-educacao_saude_gestao_e_producao_do_cuidado_Merhy_e_Laura.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2017.

MOREIRA, P.; MENDES, M. **Diagnóstico Situacional da Saúde Mental na Atenção Básica**. Ipatinga: Seção de Saúde Mental – SSM, Secretaria Municipal de Saúde, 2014. Não publicado.

OLIVEIRA, W. *et al.* Um breve histórico do movimento pela reforma psiquiátrica – contextualizando o conceito de desinstitucionalização. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 91, p. 587-596, out/dez 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341765011>>. Acesso em: 15 abr. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial da Saúde - Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança**. Lisboa, 2002. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2017.

SARRETA, F. O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo: Editora UNESP; Cultura Acadêmica, 2009. 248 p.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, A. M. R. *et al.* **Metodologia em ato**: conversação clínica e construção do caso clínico nos dispositivos CAPS de Minas Gerais. Belo Horizonte: Scriptum, 2010.

VIGANÓ, C. Trabalho em equipe na rede: a enfermeira e a instituição parceira. **CliniCAPS**, Belo Horizonte, v. 1, n. 3, p. x, dez. 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-60072007000300002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 abr.