



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
PROGRAMA MESTRADO PROFISSIONAL
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA
INSTITUTO DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO FRANCISCO DE ASSIS
MESTRADO PROFISSIONAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Ana Paula Santos Morato Emídio

**EDUCAÇÃO PERMANENTE DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE
NA ATENÇÃO AO USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

Rio de Janeiro

2019

Ana Paula Santos Morato Emídio

**EDUCAÇÃO PERMANENTE DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA
ATENÇÃO AO USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro / Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis/HESFA, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, área de concentração: Atenção Primária à Saúde.

Orientador: Profa. Dra. Ângela Maria Mendes Abreu.

Coorientadora: Profa. Dra. Maria Paula Cerqueira Gomes.

Rio de Janeiro

2019

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUAISQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data: ___/___/___

FICHA CATALOGRÁFICA

Emídio, Ana Paula Santos Morato.

Educação permanente do agente comunitário de saúde na atenção ao usuário de álcool e outras drogas. / Ana Paula Santos Morato Emídio. – Rio de Janeiro: UFRJ / Centro de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção Primária à Saúde São Francisco de Assis, Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, 2019.

94 f.: il.; 30 cm.

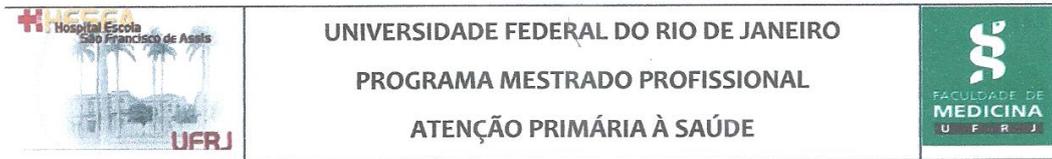
Orientadora: Ângela Maria Mendes Abreu.

Coorientadora: Maria Paula Cerqueira Gomes.

Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Federal do Rio de Janeiro / Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção Primária à Saúde São Francisco de Assis, Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, 2019.

Referências: f.78 -87.

1. Educação Continuada. 2. Agentes Comunitários de Saúde. 3. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias. 4. Alcoolismo. 5. Atenção Primária à Saúde. - tese. I. Abreu, Ângela Maria Mendes. II. Gomes, Maria Paula Cerqueira. III. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção Primária à Saúde São Francisco de Assis, Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde. IV. Título.



ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE COLETIVA

Às 10:00 horas do dia 31 de maio de 2019 teve início a Defesa de Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, Área de Concentração: **Atenção Primária à Saúde**, Linha de Pesquisa: **Atenção integral aos ciclos de vida e grupos vulneráveis**. A dissertação intitulada: **“Educação Permanente do Agente Comunitário de Saúde na Atenção ao usuário de álcool e outras drogas”**, foi apresentada pela(o) candidata(o): **Ana Paula Santos Morato Emídio**, regularmente matriculada no Curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, registro nº **117002577** (SIGA). A Dissertação foi apresentada à banca de examinadores composta pelos Doutores: Ângela Maria Mendes Abreu (CPF: 407920727-15), Maria Paula Cerqueira Gomes (CPF: 956901827-53) e Valéria Ferreira Romano (CPF: 665763697-00), em sessão pública, no Auditório 01 do pavilhão Thompson Motta - Escola de Enfermagem Anna Nery EEAN/UFRJ, sito a Rua Afonso Cavalcante nº275 - Cidade Nova/RJ. Após a exposição em sessão pública, de cerca de trinta minutos, a(o) candidata(o) foi arguida(o) oralmente e os membros da banca deliberaram, considerando o projeto APROVADO () NÃO APROVADO. A banca emitiu ainda o seguinte parecer: *Tema atual e relevante para a atenção básica, sobretudo para a área de Estratégia Saúde de Família do Município do Rio de Janeiro. A aluna defendeu com propriedade e coerência. A banca sugere a publicação imediata dos resultados, devolvendo para a área proponente, onde a pesquisa foi feita, além de produzir de artigos científicos.*

Na forma regulamentar esta ata foi lavrada e assinada pelos membros da banca e pela(o) aluna(o) examinada(o).

Presidente/Orientador(a): Ângela Maria Mendes Abreu

1º Examinador(a): Maria Paula Cerqueira Gomes

2º Examinador(a): Valéria Ferreira Romano

Aluno(a)/Examinado(a): Ana Paula S. Morato Emídio

Dedicatória

Este trabalho é dedicado a todos os Agentes Comunitários de Saúde que muito contribuem para a saúde pública do nosso país e conseqüentemente da nossa cidade, os quais tive a honra de conviver e aprender no dia a dia como assistir com qualidade uma população.

Agradecimentos

Essa pesquisa é bem mais do que resultado de um estudo, ela traduz todo o esforço de uma mulher, profissional, mãe de trigêmeos, esposa, que contrariando as expectativas concluiu seu mestrado. A experiência foi intensa, aprovada no mestrado e a descoberta da gestação trigemelar, somado a isso, a gerência de unidades de saúde em um cenário de mudanças, incertezas e tanta tensão. Em muitos momentos pensei que não seria possível e exatamente nesses momentos encontrei pessoas que me acompanharam no caminho.

A minha orientadora, Dra. Ângela Abreu, sempre tão disponível, que aceitou o desafio de orientar uma mestranda com trigêmeos de apenas 5 meses de vida.

A estimada amiga e incentivadora que o mestrado me deu, Fabiana Pascoal, que me motivou e contagiou com sua positividade de sempre.

A minha querida colaboradora Isabely Karoline da Silva Ribeiro que através do seu conhecimento e ética me ajudaram a caminhar rumo ao meu sucesso enquanto mestranda.

A Deus, aos colegas de trabalho que estiveram ao meu lado durante toda essa jornada me guiando, intuindo, protegendo e fortalecendo para seguir em frente.

Aos meus pais por todo companheirismo e apoio nos momentos mais angustiantes desse período, compreensão pelas horas passadas ausentes durante o curso, e pelo carinho e atenção dedicados aos nossos filhos durante minha ausência.

Ao meu pequeno trio, Vitória, Davi e Valentina que me motivaram a seguir, quebrando o paradigma que a maternidade impede o crescimento profissional feminino.

A querida amiga e incentivadora, Patrícia Costa que me apoiou e sempre esteve vibrando e torcendo pelo meu sucesso.

Ao Presidente do Conselho Distrital da Área Programática 3.2, Manoel João de Santana, “Seu Neco”, que apesar de todas as mudanças, manteve sempre a porta de “sua” sala aberta, com um café quentinho e uma dose extra de incentivo.

A direção do Centro Municipal de Saúde Cesar Pernetta, Dra. Valéria Teixeira que autorizou a realização de minha pesquisa.

Aos professores do Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde pelo aprendizado transmitido.

Aos Agentes Comunitários de Saúde, que em meio a um cenário adverso de desmonte voluntário da saúde pública no país se dispuseram a conversar sobre o assunto, mesmo tão fragilizados. Recebam minha gratidão.

*Ninguém ignora tudo. Ninguém sabe
tudo. Todos nós sabemos alguma coisa.
Todos nós ignoramos alguma coisa.
Por isso aprendemos sempre.*

(Paulo Freire)

RESUMO

Emídio, Ana Paula Santos Morato Emídio. **Educação permanente do agente comunitário de saúde na atenção ao usuário de álcool e outras drogas**. Rio de Janeiro, 2019. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva, área de concentração Atenção Primária à Saúde) Faculdade de Medicina / Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, realizado com 13 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de uma ESF da cidade do Rio de Janeiro, com o objetivo de verificar a percepção em relação à educação permanente sobre álcool e outras drogas. Participaram do estudo ao todo 13 ACS. Utilizou-se o grupo focal, e foram aplicado questões norteadoras para conhecer a percepção dos ACS sobre a educação permanente na atenção ao usuário de álcool e outras drogas. Em relação as características sócio demográficas, houve predomínio de ACS do sexo feminino (69,0 %), na faixa etária dos 40-60 anos (38%), casado (69%), com dois filhos (69%), de cor branca (46%). Os discursos foram analisados a partir da técnica de Análise de Conteúdo na modalidade Análise Temática. Emergiram duas categorias: "Percepções em relação à Educação Permanente para álcool e outras drogas" e "Necessidades em relação à Educação Permanente para álcool e outras drogas". A partir do presente estudo, foi possível concluir que a educação permanente em saúde é uma ferramenta eficiente e essencial para assistência holística ao usuário de álcool e outras drogas.

Palavras-chave: Educação permanente. Agente Comunitário de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Transtornos relacionados ao uso de substâncias.

ABSTRACT

Emídio, Ana Paula Santos Morato Emídio. **Permanent education of the community health agent in the attention to the user of alcohol and other drugs.** Rio de Janeiro, 2019. Dissertation (Master in Collective Health, with focus on Primary Health Care) Faculdade de Medicina (Medical School) / Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis (São Francisco de Assis Health Care Institute), Universidade Federal do Rio de Janeiro (Rio de Janeiro's Federal University), Rio de Janeiro, 2019.

This is a qualitative study carried out with 13 Community Health Agents (ACS) of a FHS in the city of Rio de Janeiro, with the objective of verifying the perception regarding permanent education on alcohol and other drugs. 13 ACS participated in the study. The focus group was used, and guiding questions were applied to know the perception of the ACS on the permanent education in the attention to the user of alcohol and other drugs. In relation to the socio-demographic characteristics, there was a predominance of female ACS (69.0%), in the 40-60 age group (38%), married (69%), with two children white (46%). The discourses were analyzed using the Content Analysis technique in the Thematic Analysis modality. Two categories emerged: "Perceptions of Continuing Education for Alcohol and Other Drugs" and "Needs for Continuing Education for Alcohol and Other Drugs". From the present study, it was possible to conclude that the permanent education in health is an efficient and essential tool for holistic assistance to the user of alcohol and other drugs.

Keywords: Permanent education. Community Health Agent. Primary Health Care. Disorders related to substance use.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Sequência da primeira sessão de grupo focal. Rio de Janeiro. 2019.	44
Figura 2. Sequência da segunda sessão de grupo focal. Rio de Janeiro. 2019.	45
Figura 3. Análise da presença das categorias temáticas dentro dos objetivos do estudo. Rio de Janeiro. 2019.	54

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características sócio demográficas dos participantes. Rio de Janeiro. 2019. N= 13.	51
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Jogral com os principais desejos dos participantes em relação a Educação Permanente para usuário de álcool ou outras drogas. Rio de Janeiro. 2019. N= 12. 69

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
ESF	Estratégia Saúde da Família
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUBPAV	Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UA	Unidade de Acolhimento
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	17
1.1 APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA	17
1.2 PROBLEMÁTICA	20
2. OBJETIVOS	22
2.1 OBJETIVO GERAL	22
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
3. JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	23
4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	27
4.1 O ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO CONTEXTO DA APS	27
4.2 QUALIFICAÇÃO DO RH COMO FERRAMENTA PARA O SUS	28
4.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE PARA AGENTES COMUNITÁRIOS	32
5. METODOLOGIA	38
5.1 TIPO DO ESTUDO	38
5.2 PERCURSO METODOLÓGICO	39
5.3 LOCAL DA PESQUISA	40
5.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO	41
5.5 COLETA DE DADOS	41
5.6 DINÂMICA DAS SESSÕES	43
5.7 ANÁLISE DOS DADOS	46
5.8 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	48
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	50
6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE	50

	16
6.2 O TEMA E SUAS CATEGORIAS	54
6.2.1 CATEGORIA 1: PERCEPÇÕES EM RELAÇÃO À EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	55
6.2.1.1 SUBCATEGORIA 1: CENÁRIO POLÍTICO E SEUS IMPACTOS	55
6.2.1.2 SUBCATEGORIA 2: EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO FERRAMENTA NA ATENÇÃO AO USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	60
6.2.1.3 SUBCATEGORIA 3: QUEBRA DE PARADIGMAS	64
6.2.2 CATEGORIA 2: NECESSIDADES EM RELAÇÃO À EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	67
6.2.2.1 SUBCATEGORIA 1: EDUCAÇÃO COMO PARTE DO PROCESSO DE TRABALHO	67
6.2.2.2 SUBCATEGORIA 2: METODOLOGIAS ATIVAS DE APRENDIZADO	71
6.2.2.3 SUBCATEGORIA 3: EDUCAÇÃO PERMANENTE EMERGINDO DA PRÁTICA E DAS DEMANDAS DO TERRITÓRIO	73
7. CONCLUSÃO	75
REFERENCIAS	78
APÊNDICES	88
APÊNDICE A- QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRAFICOS	88
APÊNDICE B – ROTEIRO DO GRUPO FOCAL	89
ANEXOS	90
ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética	90
ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	93

1. INTRODUÇÃO

1.1 APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA

*Ensinar não é transferir conhecimento,
mas criar as possibilidades para a sua
própria produção ou a sua construção.*
Paulo Freire

A aproximação com a atenção básica iniciou-se na graduação em Enfermagem e seguiu-me durante minha trajetória acadêmica e profissional. Do contato com a atenção básica, surgiu a inquietação quanto à melhoria da atenção à saúde dos usuários do Sistema Único de Saúde, utilizando a Educação Permanente do Agente Comunitário de Saúde como principal ferramenta.

Em 2013 ao assumir a gestão de uma unidade básica de saúde, a inquietação me fez abrir um espaço de diálogo com os profissionais, onde desses diálogos e observações surgiram problemas, conflitos e tensões deixando clara a fragilidade no processo de educação permanente dos Agentes Comunitários de Saúde. A maioria dos profissionais apresentava a mesma inquietação, quanto à carga de atividade, de demandas e de atualizações dos programas e a pouca formação dos agentes comunitários de saúde.

A inquietação me moveu a desenvolver ações de educação permanente com esses agentes comunitários de saúde, a partir das necessidades levantadas por eles. Ao longo de três anos, dividi os dezoito agentes comunitários de saúde em dois grupos, a fim de possibilitar um espaço de discussão e troca. A cada semana, um tema proposto por eles, era tratado a partir da realidade deles e apesar do pouco tempo, era notório o desenvolvimento desses profissionais, não só por aumentarem seus conhecimentos, mas por visivelmente se perceberem peça importante dessa engrenagem, que chamamos de Atenção Primária.

Esse trabalho local ganhou espaço e foi compartilhado como experiência exitosa em 2015 no Ciclo de Debates da Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde (SUBPAV), foi apresentado na 1º Mostra de trabalhos desenvolvidos por Agente Comunitário de Saúde na Saúde da Família (2015), em 2016 tive a oportunidade de compartilhar essa experiência no 12º Congresso Internacional da Rede Unida e na 21º Conferência Mundial WONCA de

Médicos de Família, além de apresentá-los nas unidades de atenção primária da área programática 32.

Compartilhar essa experiência foi importante não só para mim enquanto gestora, mas deu a esses agentes comunitários de saúde a visibilidade que nem sempre é dada, os motivou e um dos reflexos, foi o aumento expressivo da cobertura das mulheres de 25 a 64 anos, pelo exame colpocitopatológico. Antes desse trabalho de educação permanente, esta unidade de saúde, possuía apenas 9% de cobertura, e em apenas dois anos de trabalho, esta unidade atingiu 70% de cobertura. Isso reforça a importância da educação permanente para estes profissionais.

Devido a esse cenário e algumas reflexões escolheu-se como centralidade os problemas oriundos da fragilidade da educação permanente dos agentes comunitários de saúde, refletindo na prática dos mesmos, na atenção ao usuário de álcool e outras drogas.

A aprovação no processo seletivo do Mestrado, somado as orientações realizadas, evidenciou que o tema proposto, poderá contribuir para a prática à medida que se encontre respostas as indagações feitas até então, ou seja, de que forma acontece a educação permanente nesta área programática? Quais as possibilidades e desafios vêm ocorrendo na implantação/implementação das transformações das práticas e organização de saúde na sua área? Qual a percepção dos agentes comunitários de saúde em relação à educação permanente como facilitadora de suas atividades na atenção ao usuário de álcool e outras drogas no território?

A Educação Permanente em Saúde é uma proposta ético-político-pedagógica que visa transformar e qualificar a atenção à saúde, os processos formativos, as práticas de educação em saúde, além de incentivar a organização das ações e dos serviços numa perspectiva intersetorial (BRASIL, 2009).

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde propôs a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS, 2009) como estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) para a formação e o desenvolvimento dos seus trabalhadores, buscando articular a integração entre ensino, serviço e comunidade, além de assumir a regionalização da gestão do SUS, como base para o desenvolvimento de iniciativas qualificadas ao enfrentamento das necessidades e dificuldades do sistema. (BRASIL, 2009).

A PNEPS é uma estratégia que pretende promover transformações nas práticas do trabalho, com base em reflexões críticas, propondo o encontro entre o mundo da formação e o mundo do trabalho, através da interseção entre o aprender e o ensinar na realidade dos serviços.

Além da PNEPS, houve a inclusão da Política de Atenção Integral aos usuários de Álcool e Drogas neste projeto, entendendo que ambas, quando bem implementadas, possam ser capazes de impactar positivamente a rede de atenção à saúde, principalmente nos serviços da Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2003).

Em reflexões realizadas sobre como este projeto poderia contribuir com o serviço com um foco de implementação desta política no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), após várias leituras de documentos técnicos e legislações derivadas destas, surgiu à inquietação de identificar as temáticas de interesse para educação permanente dos ACS na atenção ao usuário de álcool e outras drogas, visto que estes são o elo entre o serviço e o território, direcionando uma série de cuidados, intervenções, serviços e procedimentos que farão parte do cuidado a estes usuários, e que são norteados pela política de álcool e outras drogas (BRASIL, 2003) e pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011; BRASIL, 2017).

Assim neste contexto, esta pesquisa traz como objeto, a educação permanente dos ACS de um Centro Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro, em atenção aos usuários de álcool e outras drogas do território de saúde, como forma de apoio a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e da Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas.

1.2 PROBLEMÁTICA

Visando, enquanto estratégia setorial, a reorientação do modelo assistencial brasileiro, o Ministério da Saúde em parceria com o Fundo das Nações Unidas para a Infância, assume, a partir de 1994, como resposta intencional a essa conjuntura, a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), trazendo como inovação o trabalho multiprofissional e em equipe (BRASIL, 1997).

Já em 1988, no Art. 200 da Constituição Federal, ficaram definidas as atribuições do SUS, que variam desde a competência fiscalizatória e de controle das atividades que envolvam a saúde, passando pela produção de medicamentos e insumos, preparação dos profissionais e a busca pela inovação na saúde (BRASIL, 1988).

Em 2004 o Município do Rio de Janeiro contava com a inexpressiva cobertura de 1,34% da população pelas equipes do Programa Saúde da Família. Até 2008 poucos foram os avanços, o município do Rio de Janeiro tinha apenas 3,7% de cobertura da ESF. Neste ano inicia-se a maior ampliação entre as capitais do país, com um acréscimo absoluto de quase 640 equipes, passando dos 3,7% para 40,1% de cobertura (DAB, 2014).

No Plano Estratégico da Prefeitura para o período de 2009-2013 a meta era ampliar dez vezes a cobertura populacional da Estratégia de Saúde da Família (RIO DE JANEIRO, 2010).

A ampliação da atenção primária no Município do Rio de Janeiro nos últimos nove anos é notória. Em 2009, a cobertura da população pelas equipes de saúde da família era de 6,94% com 1.634 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e encerramos Dezembro de 2017 com aproximadamente 78% de cobertura com 6.424 Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2018). No entanto, na contramão da expansão da atenção básica nota-se, infelizmente o crescimento do uso e abuso do álcool e outras drogas como um desafio a ser enfrentado por todos os níveis de atenção. Esse crescimento é identificado como o principal responsável pelo aumento da violência, do tráfico, de acidentes, mortes prematuras, diminuição de anos vividos, problemas na saúde, sociais, econômicos e outros. Dessa forma, o uso e abuso de álcool e outras drogas, vem sendo cada vez mais incluídos nas discussões

e agendas internacionais e nacionais da área e afins, no intuito de formularem ações que possam impactar nesta realidade (WHO, 2009).

Diante deste cenário, o governo institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. E, a partir dessas políticas nos é exigido na atenção básica, à qualificação profissional a fim de consolidar as estratégias já propostas como enfrentamento no crescimento do abuso de álcool e outras drogas, além de pensar novas formas de cuidados, partindo do diagnóstico territorial, que na sua maioria ocorre com a ajuda dos agentes comunitários de saúde. (BRASIL, 2009).

Em seguida em 2011, o governo institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), fortalecendo ainda mais a Unidade Básica de Saúde como ponto da Rede de Atenção Psicossocial já que a mesma é considerada como porta de entrada do sistema de saúde (BRASIL, 2011).

Isto reforça a importância da educação permanente para todos os profissionais da Atenção Básica e, sobretudo os Agentes Comunitários de Saúde, associando a política nacional de educação permanente com a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, que quando bem implementadas e fortalecidas na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), espera-se que estas fomentem a qualificação do cuidado de maneira que as necessidades destes usuários sejam mais bem atendidas (BRASIL, 2009; BRASIL, 2011; LARANJEIRA et al., 2007).

Nesse sentido, o presente estudo traz as seguintes questões norteadoras: Os ACS reconhecem a educação permanente, como ferramenta para o seu processo de trabalho na atenção ao usuário de álcool e outras drogas? Os ACS percebem a repercussão da educação permanente na organização de seu processo de trabalho? As temáticas discutidas têm aplicação no cotidiano do trabalho?

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Verificar a percepção dos Agentes Comunitários de Saúde em relação à educação permanente sobre álcool e outras drogas.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o perfil sócio demográfico dos agentes comunitários de saúde de uma unidade de saúde da área programática 3.2;
- Levantar as principais percepções e necessidades dos ACS em relação à educação permanente para álcool e outras drogas, contribuindo para a atenção ao usuário.

3. JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

A Atenção Primária à Saúde (APS) traz consigo o conceito de territorialização, mesmo com toda crítica, que ainda perdura nos campos da saúde coletiva e da geografia por sua apropriação tecnicista e prática, coloca-se como estratégia central para consolidação do SUS, seja para a reorganização do processo de trabalho em saúde, seja para a reconfiguração do Modelo de Atenção. Como método e expressão geográfica de intencionalidades humanas, permitem a gestores, instituições, profissionais e usuários do SUS compreender a dinâmica espacial dos lugares e de populações; os múltiplos fluxos que animam os territórios e; as diversas paisagens que emolduram o espaço da vida cotidiana. Sobretudo, pode revelar como os sujeitos (individual e coletivo) produzem e reproduzem socialmente suas condições de existência – o trabalho, a moradia, a alimentação, o lazer, as relações sociais, a saúde e a qualidade de vida, desvelando as desigualdades sociais e as iniquidades em saúde (FLEURY, 2007).

O conceito de território para a saúde é muito importante, pois não se trata apenas de uma área geográfica. Um serviço de base territorial é um serviço de portas abertas (qualquer um pode acessar, entrar e sair) que está localizado perto de onde o usuário vive, onde está a sua família, seus amigos, as instituições com as quais tem contato (igreja, terreiro, escola, polícia etc.), os lugares que frequenta (unidade de saúde, lojas etc.), e, como consequência, onde circulam seus sentimentos, afetos e laços sociais. Esses elementos que fazem parte da vida do usuário compõem o que chamamos de rede social. Dessa forma, entende-se que o cuidado à saúde das pessoas é muito mais potente nesse território, onde a sua rede social pode auxiliá-lo no tratamento e no alívio do seu sofrimento. Por outro lado, a aproximação das ações de saúde mental dos territórios deve contribuir para que as comunidades estejam mais bem preparadas para incluir, sem estigmatizar.

A saúde é formada em rede, sendo a Atenção Básica componente da RAPS. Neste contexto, visando a reorganização da atenção básica no país, a ESF foi utilizada como estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica, que se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, nas esferas individual e coletiva, que abrange a promoção e a proteção da saúde, além da prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e

manutenção da saúde, objetivando desenvolver uma atenção integral que impacte a situação de saúde e autonomia das pessoas e os determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Cada equipe da ESF atende populações de territórios definidos, com aproximadamente três a quatro mil pessoas, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. No Brasil as Equipes de Saúde da Família são compostas por um médico, um enfermeiro, técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2013).

A Atenção Básica em Saúde constitui-se da grande base, ordenadora do cuidado no Sistema Único de Saúde, fazendo-se presente de forma bastante capilarizada em todo o território nacional. Ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas podem e devem ser realizadas nesses pontos de atenção, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede (BRASIL, 2014).

Se considerarmos apenas o álcool, 9% a 11% das pessoas entre 12 e 65 anos de idade são dependentes, de acordo com pesquisas realizadas no Brasil, pelo CEBRID/UNIFESP (CARLINI et al., 2005). Diante desta prevalência, é preciso qualificar a APS para a identificação e acompanhamento adequado de usuários em uso prejudicial de álcool e outras drogas.

A Atenção Primária à Saúde é campo fértil se pensarmos em ações de cuidado à saúde dos usuários em uso prejudicial de álcool e outras drogas, pois as equipes de saúde da família compartilham o território, e de maneira mais intensa os Agentes Comunitários de Saúde.

Os Agentes Comunitários de Saúde podem ser importantes colaboradores no processo de criação de vínculo com a equipe, importante para esse acompanhamento. Através da atuação dos Agentes Comunitários de Saúde espera-se que os profissionais da atenção primária sejam identificados como profissionais da saúde e não como agentes da justiça, livres de julgamentos ou ações punitivas.

Esse profissional tão estratégico, o Agente Comunitário de Saúde, teve em 1999 definidas as diretrizes para o exercício das suas atividades e, somente após 11 anos de atuação, em 2002 foi oficialmente criada a profissão de ACS, sendo editada uma medida provisória que regulamentou suas atividades no ano de 2006 (BRASIL, 1997).

Foram criados os Centros de Formação de Recursos Humanos em Saúde e as Escolas Técnicas de Saúde do SUS, vinculadas às SES, com o intuito de promover a profissionalização dos trabalhadores inseridos nos serviços sem a devida qualificação. Em 2004, foi desenvolvido o curso de formação do Técnico Agente Comunitário de Saúde.

O Agente Comunitário de Saúde passou a ser a profissão mais estudada pelas universidades de todo o país, pelo fato dos Agentes Comunitários de Saúde transitarem em ambos os espaços – governo e comunidade – e intermediarem essa interlocução. O que não é tarefa fácil (BRASIL, 2016).

Não se pode perder de vista, que o ACS é o membro da equipe que faz parte da comunidade, o que favorece a criação de vínculo, tornando-o um profissional estratégico na ESF. Isto deve ser levado em consideração, afim de que o processo de educação permanente não os torne tecnicistas, mas sim o qualifiquem, para o trabalho, pelo trabalho, no trabalho.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) reconhece a educação permanente como apoio institucional, potencializando o desenvolvimento de competências de gestão e de cuidado na atenção básica, aumentando as alternativas para o enfrentamento dos desafios vivenciados pelos trabalhadores em suas rotinas diárias, quando define como competência das Secretarias Municipais de Saúde no Art. 10º, inciso XIII - desenvolver ações, articular instituições e promover acesso aos trabalhadores, para formação e garantia de educação permanente continuada aos profissionais de saúde de todas as equipes que atuam na Atenção Básica (PNAB, 2017).

A PNAB 2017 reforça a responsabilidade da atenção básica com a educação permanente, e traz como atribuição do gerente de atenção básica, cargo este que ocupo atualmente, a identificação das necessidades de formação/qualificação dos profissionais em conjunto com a equipe, visando melhorias no processo de trabalho, na qualidade e resolutividade da atenção, e promover a Educação Permanente, seja mobilizando saberes na própria UBS, ou com parceiros (PNAB, 2017). Na prática, o gerente dispõe de ferramentas técnicas que o auxiliam quanto a esta identificação, como os indicadores, porém no cenário atual com mudanças importantes na atenção básica esta atribuição tem sido enviesada por outras demandas.

Considerando que os Agentes Comunitários de Saúde não são profissionais de saúde, a sua importância no contexto de mudanças de práticas de saúde e o seu

papel social junto às comunidades, o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DGES), por intermédio da Secretaria de Gestão de Trabalho e Saúde (SGTES), iniciou no primeiro semestre de 2004 uma qualificação profissional básica (Brasil, 2004). Desde então, o Programa de Qualificação e Desenvolvimento tem sido desencadeado em momentos diferentes em cada Estado, envolvendo gradualmente as três esferas de gestão do SUS.

Nos estados, esse programa fica sob a responsabilidade da Rede de Escolas Técnicas do SUS e Centros Formadores de Recursos Humanos do SUS (RET-SUS). A RET-SUS, instituída pela Portaria nº 1.298, de 28 de novembro de 2000 (BRASIL, 2000a), e atualizada pela Portaria nº 2.970, de 25 de novembro de 2009 (BRASIL, 2009), visa à articulação das 36 Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (ETSUS) de maneira a fortalecer a educação profissional do pessoal de nível médio que atua na área da saúde, qualificando-os para o desenvolvimento de ações de saúde de acordo com as demandas e necessidades no âmbito do SUS. O Rio de Janeiro conta com duas Escolas Técnicas, sendo a Escola de Formação Técnica em Saúde Enfermeira Izabel dos Santos e a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio.

Não se pode desprezar outras frentes para qualificação dos trabalhadores do SUS, principalmente os ACS, porém analisando o cenário atual, com grandes transformações econômicas, redução de recursos humanos, é necessário fomentar a discussão do lugar que ocupa a educação permanente, enquanto ferramenta de qualificação dos trabalhadores do SUS.

4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 O ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO CONTEXTO DA APS

A United Nations Office on Drugs and Crime – UNODC (Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime) definiu uma diretriz clara em relação ao problema da droga ao escolher investir no cuidado de saúde e na coesão social, e não em medidas coercitivas de restrição de liberdade, seja no sistema penal, seja no tratamento de saúde fechado e involuntário. Nesse sentido, a importância da atuação no território e dos laços sociais na atenção ao sofrimento mental, expressa na Lei nº 10.216/2001 e nos princípios da RAPS, não deve ser vista como contraditória com o cuidado daqueles que fazem uso prejudicial da droga.

A Política Nacional de Saúde Mental busca consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária. A proposta é garantir a livre circulação das pessoas com problemas mentais pelos serviços, pela comunidade e pela cidade. A RAPS estabelece os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais, incluindo os efeitos nocivos do uso de crack, álcool e outras drogas.

A Rede integra o SUS, e é composta por serviços e equipamentos variados, tais como: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimento (UAs), e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III). A RAPS está presente na Atenção Básica, nas Unidades Básicas de Saúde, no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e no Consultório de Rua (BRASIL, 2013).

A participação do agente comunitário na Pastoral da Criança levou o Ministério da Saúde a incorporar essa atividade aos serviços de saúde. Oficialmente implantado pelo Ministério da Saúde em 1991, o então Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) teve início no fim da década de 80 como uma iniciativa de algumas áreas do Nordeste (e outros lugares, como o Distrito Federal e São Paulo) em buscar alternativas para melhorar as condições de saúde de suas comunidades. Era uma nova categoria de trabalhadores, formada pela e para a própria comunidade, atuando e fazendo parte da saúde prestada nas localidades.

Os Agentes Comunitários de Saúde não tinham escolaridade definida e não faziam parte da equipe de saúde, sendo supervisionados por enfermeiros. A

incorporação dos agentes comunitários de saúde sem escolaridade estava em contradição com o momento político do país, que exigia escolaridade mínima dos profissionais de enfermagem em geral (BARROS, 2010).

Em 1997 foi publicado um documento normativo contendo as atribuições básicas do ACS.

Analisar a percepção dos Agentes Comunitários de Saúde sobre o processo de educação permanente pode fundamentar a elaboração de uma plataforma de conhecimento voltada para reorientação do processo de educação permanente desses profissionais, pretendendo-se deixá-la aberta para mudanças de acordo com o cenário, por entender o dinamismo do processo de trabalho da ESF.

Sabidamente, os esforços em formar e qualificar os Agentes Comunitários de Saúde são proporcionais às expectativas de melhorias na qualidade da atenção à saúde da comunidade. Portanto, mostra-se importante o desenvolvimento de estudos que vão ao encontro desta expectativa, instrumentalizando tais profissionais.

4.2 QUALIFICAÇÃO DO RH COMO FERRAMENTA PARA O SUS

A qualificação dos recursos humanos, quando pensado na APS, tem como intuito melhorar a qualidade dos serviços prestados à população no âmbito do SUS. Esta qualificação deve ocorrer, desde a oferta de formação técnica perpassando pela educação continuada e permanente destes profissionais.

A educação permanente em saúde, ou seja, a qualificação dos profissionais implicado no Sistema Único de Saúde tornou-se um valor e uma exigência da época atual.

Na base disso, estão algumas decisivas determinações sociais, associadas à revolução tecnológico-informacional que, a partir das últimas décadas do século 20, mudou o modo de vida, a organização das sociedades, o sistema de produção, a dinâmica e o formato das sociedades civis, o mundo do trabalho e do emprego. No embalo dessas transformações, alterou-se evidentemente a maneira como as pessoas aprendem, reflexionam e lidam com informações, investigam e fazem pesquisa, interagem com os ambientes profissionais em que atuam. Mudou o modo como estudam, como incorporam capacidades e habilidades operacionais e como produzem conhecimento crítico (BIASOTO, 2013).

Se isso pode ser tido como uma verdade para todos, no setor público essa verdade é categórica. Tornou-se impossível pensar em políticas públicas sem a qualificação constante das pessoas – dos gestores, em primeiro lugar, mas também, e em muitos casos, sobretudo, dos técnicos, médicos e Agentes Comunitários de Saúde que respondem pela tradução prática, pela implementação, pelo monitoramento, pelo controle da qualidade e pela avaliação dos serviços prestados pelo Estado à população.

A Reforma Sanitária, como referência doutrinária, e o Sistema Único de Saúde, como estratégia de reorientação setorial e institucional, fornecem indicações importantes para a formação dos trabalhadores do setor.

Nos anos 1980, um importante evento marcou a história da saúde no país: a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. A conferência representou um marco para a confirmação do SUS, incluindo a proposição de um conjunto articulado de formulações para a área de recursos humanos em saúde (BRASIL, 2005).

Esse conjunto de formulações reuniu princípios e propostas que seriam aprofundados na 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, realizada em 1988, que discutiu, entre outros temas, a distribuição geográfico-social dos recursos humanos, a composição das equipes de saúde e a formação dos trabalhadores (BRASIL, 2002).

Em sequência a esses eventos políticos, a Constituição Federal de 1988, que consagrou o acesso universal à saúde, conferiu ao SUS a responsabilidade pela formação e regulação dos trabalhadores da área (BRASIL, 2002). Dessa forma, o inciso III, do artigo 200, da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), expressa as bases legais que legitimam a ação do Ministério da Saúde na construção da política de formação dos recursos humanos. O artigo estabelece como uma das atribuições do SUS a ordenação da formação de recursos humanos para o Sistema. Essa competência atribuída ao Ministério da Saúde pela Constituição torna possível a formação de trabalhadores com perfil condizente às necessidades técnicas e sociais e às realidades locais e regionais, mas, principalmente, reconhece que uma política relativa aos trabalhadores é essencial para a implementação do SUS (BRASIL, 2005).

A partir do SUS, ampliou-se a oferta de serviços de saúde pelos municípios, uma vez que ficou institucionalizada a exclusividade dos municípios na gestão local

da saúde e, portanto, em última instância, a responsabilidade política deles de prover saúde à população nos limites de seu território (SAÚDE DEBATE, 2012).

Sório (2002) assinala que, como parte das estratégias do setor para garantir a extensão da cobertura, milhares de trabalhadores ingressaram no mercado de trabalho de saúde sem formação profissional para as funções que exerciam. A autora ressalta: “são trabalhadores que não alimentam expectativas de crescimento funcional e muito menos obtêm registro profissional fornecido pelos órgãos de classe”, tendo sido “marginalizados e tido baixo reconhecimento profissional e social” (SÓRIO, 2002, p. 47).

Além disso, foi garantida ao setor privado a participação na oferta de serviços de saúde, impulsionando o crescimento de modalidades de prestação de serviços médicos e hospitalares vinculados aos planos de saúde e o desenvolvimento de sistemas de autogestão de planos de saúde em empresas de grande porte. O setor de saúde, como um todo, teve que ampliar a oferta de empregos para garantir a expansão da cobertura (SAÚDE DEBATE, 2012).

O SUS, hoje, é mais complexo: organiza-se com base numa “mistura” entre público e privado que abrange modalidades “associadas”, de caráter privado, tais como cooperativas, organizações não governamentais, etc. (NOGUEIRA, 2002). Segundo o autor, esse cenário trouxe uma novidade importante: as ações de desenvolvimento de recursos humanos no SUS, tal como eram executadas tradicionalmente, não poderiam mais ser aplicadas sem que houvesse uma grande perda de eficácia. A função de desenvolvimento de pessoal como resultante de uma ação do Estado requeria um escopo bem maior de ações, sendo preciso considerar os problemas e as necessidades do setor de saúde como um todo (NOGUEIRA, 2002).

O Ministério da Saúde tem investido fortemente na política de educação dos trabalhadores vinculados ao SUS por meio da articulação de estratégias que envolvem a elevação do nível de escolaridade, da profissionalização e da educação permanente. Esse investimento visa fortalecer e aumentar a qualidade de resposta do setor saúde às demandas e necessidades em saúde da população.

Nessa perspectiva, não há necessidade do ACS ter conhecimento prévio em saúde para desempenhar a função. Então, o Ministério assume a responsabilidade de conceder essa qualificação a um significativo contingente de ACS. Inicialmente, o programa de qualificação, seguindo as Diretrizes Curriculares Nacionais para a

Educação Profissional Técnica de Nível Médio, foi estruturado em 1.200 horas e dividido em três módulos.

O estado de Tocantins e a Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha do Acre foram os únicos a concluir integralmente essa formação. Na maioria dos estados, apenas o primeiro módulo de formação inicial foi ofertado, e em alguns locais nem a sua efetivação. Atualmente, o programa tem uma carga horária total de 400h e admite a conversão de horas de trabalho em horas de formação. Esta alteração não foi socializada, pois se observa no município do Rio de Janeiro, a universalização entre os ACS do discurso que aguardam a segunda etapa do curso, prevista pelo MS, e apontam que esta redução traz um enorme limite ao processo de trabalho.

Acredita-se que os ACS e demais integrantes da equipe e gestores desconhecem, portanto, que a não oferta dos outros dois módulos está relacionada a uma mudança de estrutura e carga horária do programa pela SGETS, o que demarca a fragilidade no processo de comunicação interinstitucional no âmbito do SUS e compromete seriamente a gestão de educação realizada pelo MS (BRASIL, 2004; BORNSTEIN; MATTA; DAVID, 2009; MOROSINI, 2010).

Essa redução da carga horária tem sido associada à disputa dos diversos interesses e mediação de forças políticas, econômicas e sociais. Entre eles a oposição dos gestores, principalmente do âmbito municipal, que atuaram de maneira efetiva para que se realizasse apenas a primeira etapa formativa. Os principais motivos alegados pelos gestores são problemas com o financiamento da ação e com a formação técnica que implicaria em valores salariais mais altos, comprometendo a Lei da Responsabilidade Fiscal (BORNSTEIN; MATTA; DAVID, 2009; MOROSINI, 2010).

4.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE PARA AGENTES COMUNITÁRIOS

A Constituição Federal de 1988 garantiu a saúde como direito fundamental a todos os cidadãos/cidadãs e dever do Estado, através do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, integralidade e participação da comunidade. O ordenamento e a formação dos trabalhadores para o SUS também passaram a constar na constituição cidadã como atribuição do SUS (BRASIL, 1988). Outras normativas e documentos reafirmaram o papel do SUS na formação profissional, tais como as leis orgânicas n.º 8.080/1990, Conferência Nacional de Saúde/de Recursos Humanos e Normas Operacionais Básicas (BRASIL, 1990; BRASIL, 2005).

O processo de implantação do SUS trouxe modificações para a organização das práticas de atenção e de gestão do sistema de saúde, mediante a formulação e ampliação de propostas de novos modelos assistenciais, viabilizados pela ampliação do acesso com o fortalecimento da atenção básica através da Estratégia Saúde da Família. Assim, é necessária a participação de profissionais de saúde capazes de coordenar, implementar e desenvolver ações no cotidiano dos serviços de saúde, de forma a efetivar as alterações necessárias ao fortalecimento e consolidação do SUS (WATANABE, 2007).

Costa & Miranda (2008) enfatizam que para as necessidades do SUS deve-se pensar em um novo fazer em saúde, com a atuação profissional e organização dos serviços pautados na produção do cuidado e com foco na família, na equipe, nas ações intersetoriais e assistenciais integrais. Neste sentido, verifica-se a necessidade da formação inicial e permanente de profissionais que apresentem preparação acadêmico-científica, ética, humanística, dotados de conhecimento técnico, político e culturais necessários à cooperação e assessoramento na prestação dos serviços e nos movimentos sociais, construindo perfis que contemplem a integralidade.

A educação pode ser considerada como uma das variáveis centrais para a efetiva consolidação do sistema de saúde, pois, sem dúvida, é um instrumento potente para corrigir o descompasso entre a orientação da formação, o desenvolvimento dos profissionais da saúde e os princípios e diretrizes do SUS.

Nesta perspectiva, surge o conceito de Educação Permanente em Saúde (EPS) como norteadora de novas práticas que orientem a reflexão sobre o trabalho e a construção de processos de aprendizagem colaborativa e significativa, ofertando ações coletivas de desenvolvimento aos trabalhadores da saúde, a partir dos principais desafios identificados pelas equipes no cotidiano do trabalho. (BRASIL, 2014).

De acordo com Ceccin (2005), a Educação Permanente em Saúde, em um conceito ampliado, pode corresponder à Educação em Serviço, quando esta coloca a pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica, submetidos a um projeto de mudanças institucionais ou de mudança da orientação política das ações prestadas em dado tempo e lugar; pode corresponder à Educação Continuada, quando esta pertence à construção objetiva de quadros institucionais e à investidura de carreiras por serviço em tempo e lugar específicos; e corresponde à Educação Formal de Profissionais, quando esta se apresenta amplamente porosa às multiplicidades da realidade de vivências profissionais e coloca-se em aliança de projetos integrados entre o setor/mundo do trabalho e o ensino (CECCIN, 2005).

A Educação Permanente em Saúde tem sido adotada, no Brasil, como política de educação do Sistema Único de Saúde (SUS). Apresenta-se como uma proposta de ação estratégica em cumprimento à Constituição de 1988, à Lei 8080/90 e à Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde (NOB/RH-SUS). A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) foi aprovada como política pelas Portarias 198/2004, 1.996/ 2007, 43/2007 e 48/2007, e traz a questão da Educação Permanente em Saúde como estratégia de produzir mudanças na gestão, atenção, formação, participação social em saúde, modificando os processos de trabalho no SUS, promovendo a integração dos processos de desenvolvimento de pessoas, numa perspectiva multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial. (PAULINO *et al*, 2012).

Para Ceccim e Feuerwerker (2004), a formação para a área da saúde deve objetivar a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, e estruturar-se a partir da problematização dos processos de trabalho, bem como de sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações. Para os mesmos autores, é através da Educação Permanente em Saúde que o SUS deve ser colocado como um lócus de diálogo entre as instituições formadoras, na criação

e na implantação dos projetos político- pedagógicos de formação profissional, e não apenas como um local de estágio ou de práticas de aprendizagem. Os autores ainda reiteram a necessidade da integração entre o ensino, a gestão setorial, as práticas de atenção e o controle social, os quais chamam de o “quadrilátero da formação para a área da saúde”.

Vale lembrar que a Lei Orgânica da Saúde nº 8080 de 1990 já determinava, no seu artigo 14, que deveriam ser criadas comissões permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior e que cada uma dessas comissões teria que propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), em todas as esferas, mantendo uma estreita relação entre a pesquisa e a cooperação técnica entre essas instituições (BRASIL, 1990).

A Educação Permanente em Saúde constitui estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Há necessidade, entretanto, de descentralizar e disseminar capacidade pedagógica por dentro do setor, isto é, entre seus trabalhadores; entre os gestores de ações, serviços e sistemas de saúde; entre trabalhadores e gestores com os formadores e entre trabalhadores, gestores e formadores com o controle social em saúde. Esta ação nos permitiria constituir o Sistema Único de Saúde verdadeiramente como uma rede-escola (CECCIM,2005).

Na proposta freireana, o processo educacional deve ser elaborado com o educando, levando-se em conta a situação do indivíduo, o que lhe é interessante ou relevante. Nesta ótica, podemos pensar na atuação do agente comunitário de saúde na mediação de saberes que tem sua origem e inserção na comunidade onde atua sendo ao mesmo tempo, profissional no serviço de saúde e morador da localidade de atuação, possibilitando o acesso ao saber popular e também ao técnico-científico.

Em relação às formas mediadoras dos saberes, Bornstein e Stotz (2009), em um dos seus estudos sobre o ACS, procuram identificar, nas práticas e nos discursos dos ACS, situações que evidenciem as formas de mediações realizadas no seu contexto de trabalho. Estes passam a relatar dois tipos de mediação: a mediação convencencedora, na qual se procura transmitir as informações sobre os comportamentos tidos como corretos das pessoas. Neste tipo de mediação o que se deseja é integrar os indivíduos no que já existe. Trabalha a educação bancária de

modo vertical e autoritária. Podemos exemplificar o dever de se cumprir o que está prescrito sem argumentações.

A mediação transformadora tem uma perspectiva democrática em relação as novas práticas a serem mencionadas. Esta busca reconhecer o indivíduo com seu saber, que pode ser diferente do outro, e que tem que ser valorizada. Ela também considera os limites de conhecimentos científicos de acordo com cada categoria de profissional, trabalha também a construção do conhecimento, por isto ela pode ser considerada um viés da educação permanente de forma crítica.

O Ministério da Saúde tem se preocupado com a educação permanente como meio de transformar as práticas educativas da formação, da atenção, de participação popular e de controle social no setor de saúde. Busca inovar e possibilitar as mudanças de concepções no campo da saúde dentro das organizações e depende, muitas vezes do resgate da possibilidade de produção de conhecimento, aperfeiçoamento da democratização do conhecimento nos processos de trabalho (OLIVEIRA, 2007).

O Ministério da Saúde instituiu a Portaria nº 1996 de 20 de agosto de 2007 que passa a definir no artigo 1º novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, considerando as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde (BRASIL, 2007b).

Esta portaria tem como pressupostos alguns itens, como o de destinar-se a públicos multiprofissionais. Tem como objetivo a transformação das práticas técnicas e sociais. Preocupa-se com os problemas cotidianos das práticas das equipes de saúde. Tem utilizado práticas pedagógicas centradas na resolução de problemas, geralmente por meio de diálogos no próprio ambiente de trabalho (BRASIL, 2007b).

Nota-se que o Ministério da Saúde tem se preocupado em colocar em pauta a questão da Educação Permanente para trabalhar temas que problematizem as ações e serviços na área da saúde, como o abuso de álcool e outras drogas. Também tem criado políticas que estudam a questão da educação e saúde no trabalho, baseando-se no que acontece no seu dia a dia, considerando a importância da problematização das ações e serviços de saúde. Traduz a educação permanente como a realização do encontro entre o mundo de formação e o mundo

do trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Propõe-se, portanto, que os processos de qualificação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde e tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização da atuação e da gestão setorial em saúde. (BRASIL, 2004d, p. 48)

As demandas para a capacitação não se definem somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização, nem das orientações dos níveis centrais mas, prioritariamente, dos problemas que acontecem no dia-a-dia do trabalho referentes à atenção à saúde e à organização do trabalho, visando, sobretudo, a oferta de ações e serviços relevantes e de qualidade. É a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho – em cada serviço de saúde – que são identificadas as necessidades de qualificação, garantindo a aplicação e a relevância dos conteúdos e tecnologias estabelecidas (BRASIL, 2004d, p. 48)

Neste momento, a educação permanente dos ACS em serviço se transforma em um instrumento dinâmico da transformação institucional, facilitando o entendimento, valorizando e priorizando a busca de alternativas contextualizadas e integradas para a atenção da população.

Freire (2005) faz uma crítica à Educação Bancária, na visão Freiriana nos processos educativos por ser baseada em conteúdos impostos, em sentido vertical. Ele traz à tona a questão do respeito aos saberes do educando, e questiona o não aproveitamento da experiência que o aluno tem de viver em áreas da cidade descuidadas pelo poder público para discutir, por exemplo, a poluição dos riachos e dos córregos e baixos níveis de bem-estar das populações, os lixões e os riscos que oferecem à saúde da população (FREIRE, 1999, p. 30).

Ele mostra que existem problemas inerentes ao cotidiano dos trabalhos na comunidade que podem e devem ser apreendidos nos momentos de capacitação para tornar eficiente aquela discussão e que eles podem ser problematizados com os alunos, profissionais, enfim, para melhor eficiência deste processo.

As intervenções de educação em saúde demonstraram mais uma forma de repensar os modelos de aprendizagem baseadas nas práticas de trabalho, levando

em consideração aspectos antes não valorizados, como por exemplo, a qualificação profissional para atuar na realidade do serviço.

5. METODOLOGIA

Neste capítulo, descreveremos a metodologia utilizada para a realização desta investigação, contemplando a caracterização do estudo, o percurso metodológico e a análise dos dados, em consonância com as questões norteadoras e os objetivos da pesquisa.

5.1 TIPO DO ESTUDO

Nosso estudo foi exploratório e descritivo, de abordagem qualitativa, considerando-se a natureza subjetiva e dinâmica do objeto a ser pesquisado, ou seja, qual a percepção dos Agentes Comunitários de saúde que atuam na atenção primária sobre a contribuição da educação permanente, no seu processo de trabalho na atenção ao usuário de álcool e outras drogas.

Adotou-se a premissa de que o estudo descritivo procura mostrar as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações (e/ou de sua natureza) entre variáveis. O estudo exploratório é realizado em área de pouco conhecimento acumulado e sistematizado, tendo por objetivo explicitar e proporcionar melhor entendimento de determinado problema, conforme orientado por Gil (2007).

A opção pela metodologia qualitativa está ancorada em Creswell (2010, p. 26), que relata que a pesquisa qualitativa é “um meio para explorar e para entender o significado que os indivíduos ou os grupos atribuem a um problema social ou humano”.

Minayo (2004) contribui para a construção desse percurso metodológico quando reconhece que a abordagem qualitativa permite uma sistematização progressiva do conhecimento pela empiria até a compreensão lógica interna do processo em estudo. Assim, a escolha dessa abordagem mostra-se adequada para identificar e explorar o significado do fenômeno estudado e as interações que estabelecem, estimulando o desenvolvimento de novas compreensões sobre a variedade e a profundidade do objeto da pesquisa.

5.2 PERCURSO METODOLÓGICO

A busca pela compreensão do tema pesquisado, propiciando o processo de descoberta, através de conceitos, ideias, análise, considerando os aspectos emocionais e o contexto em que se encontra, definiu-se a linha de pesquisa qualitativa, que permite o trabalho com atitudes, opiniões, valores, crenças, percepções e representações.

A técnica escolhida para coleta de dados foi o grupo focal. De origem anglo-saxônica, a técnica de grupo focal (GF) foi introduzida no final da década de 1940. Desde então, tem sido utilizada como metodologia exploratória, principalmente por se propor a compreender as atitudes, motivações e percepções (STEWART; SHAMDASANI, 1990). O custo relativamente baixo associados ao seu emprego e possibilidade de obtenção de dados válidos e confiáveis em um tempo abreviado contribuíram para a incorporação maciça da técnica de grupos focais nas pesquisas (PATTON, 1990; SILVA; TRAD, 2005).

Analisando especificamente a produção científica na área de enfermagem, Godoy e Munari (2006) constataram que as técnicas de grupo, com certo destaque para os grupos focais, têm sido exploradas em larga escala pelos pesquisadores em coleta de dados. Os autores identificaram um total de 52 artigos (34,4% do montante analisado) que referiram usar técnicas de grupo. A atual popularidade do grupo focal na Saúde Pública reflete a salutar disposição de combinar métodos e perspectivas de várias disciplinas para a compreensão de fenômenos que, de modo cada vez mais claro, não conseguem ser abarcados e enfrentados dentro dos limites territoriais artificialmente construídos entre as várias áreas de saber (CARLINI-COTRIM, 1996).

Com roteiro previamente formulado, o grupo focal buscou através do diálogo entre os participantes, colher os dados que pudessem responder aos objetivos da pesquisa. A temática faz parte do cotidiano comum dos participantes, esperando assim que os processos de construção de ideias, as proposições, sejam facilitadas pelo pensar coletivo durante a discussão.

Quanto à formação do grupo focal respeitou-se a variação entre 8 a 10 participantes por sessão, tratou-se de uma amostra intencional, todos os participantes eram agentes comunitários de saúde, não havendo seleção quanto as características sócio demográficas, por entendermos não influenciar no estudo.

As sessões do grupo focal tiveram duração média de 80 minutos, permitindo a abertura da sessão, o início das discussões, reflexão e o encerramento da sessão, evitando o desgaste da discussão.

Preocupou-se ainda com a escolha do local das sessões, garantindo privacidade, ambiente neutro, conforto, fácil acesso, facilitando o debate entre os participantes.

As sessões foram coordenadas pelo moderador/pesquisador e pelo observador. O moderador assumiu a responsabilidade de promover um ambiente favorável às discussões, possibilitando a interação dos participantes, não devendo expressar sua aprovação ou reprovação quanto ao exposto pelos participantes. Sua atuação buscou manter a tranquilidade, o respeito, garantir a fala de todos, possibilitando a observação da comunicação não verbal. Ao observador coube controlar o tempo da sessão, retomar o foco da discussão quando este era desviado, registro das expressões e demais informações que contribuíram para a análise de conteúdo.

A técnica do grupo focal proporcionou ao pesquisador a ímpar oportunidade de conhecer as percepções e anseios dos pesquisados no próprio local, sem impacto no serviço, reduzindo custo e tempo gasto em relação a outras técnicas.

5.3 LOCAL DA PESQUISA

O Centro Municipal de Saúde César Pernetta foi o local de desenvolvimento da pesquisa. A unidade fica localizada no município do Rio de Janeiro, no bairro do Méier na área programática 3.2.

Em 05 de Abril de 1985 a unidade foi inaugurada, denominada PAM do Méier, com a extinção do INAMPS em 1993, os servidores foram cedidos ao Ministério da Saúde, que os colocou à disposição da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, em 1999. Neste ano a unidade passou a se chamar PAM César Pernetta.

Em 2012 a unidade foi reinaugurada, passando a contar com a Estratégia de Saúde da Família, com 04 equipes de saúde da família, cada uma com 1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem e 5 agentes comunitários de saúde.

A escolha desta unidade se deu pelo fato de possuir baixa rotatividade profissional – turnover, indicador utilizado pela área programática para avaliar o desempenho da unidade.

5.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes deste estudo foram Agentes Comunitários de Saúde, com atuação mínima de 03 (três) meses, permitindo assim que os mesmos estivessem familiarizados com o processo de educação permanente.

Foram excluídos 02 (dois) profissionais que estavam de férias.

No momento da submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, o CMS Cesar Pernetta contava com 04 (quatro) equipes de saúde da família e 20 (vinte) Agentes Comunitários de Saúde. Em 31 de Janeiro de 2019, data agendada para a primeira sessão do grupo focal, 10 (dez) ACS cumpriam aviso prévio, com término previsto para 15 de fevereiro de 2019, este fato parece ter interferido na participação dos ACS nas sessões do grupo focal.

Foram convidados 18 (dezoito) Agentes Comunitários de Saúde, 5 (cinco) não participaram, ressaltando que estavam em cumprimento de aviso prévio. Contamos então com 13 (treze) participantes no estudo.

5.5 COLETA DE DADOS

Este estudo foi desenvolvido a partir da coleta de dados utilizando-se o grupo focal, abordando a percepção dos agentes comunitários de saúde sobre a educação permanente na atenção ao usuário de álcool e outras drogas. Os grupos foram realizados na referida unidade de saúde, mediante aprovação do conselho de ética.

O grupo focal contou com uma moderadora, sendo a pesquisadora, e com uma observadora. A moderadora teve como principal papel facilitar as discussões, encorajando os depoimentos, assegurando espaço para que todos os participantes se expressem, permitindo que o debate se mantenha focalizado, fazendo intervenções quando necessárias, para manter o debate em consonância com as orientações do grupo focal (RESSEL et. al, 2008).

A observadora foi responsável por observar as expressões não verbais comunicadas ao longo do discurso, utilizando para isso um caderno de apontamentos, ao final da atividade, auxiliou o moderador a analisar os possíveis vieses ocasionados por problemas decorrentes de sua forma de coordenar a sessão (WESTPHAL, BÓGUS & FARIA, 1996).

Para a coleta de dados pela técnica do grupo focal, utilizou-se o recurso de gravação em áudio, além das observações realizadas pela moderadora e pela observadora nas sessões, com o objetivo de captar a comunicação não verbal pela expressão verbal e corporal.

Os participantes foram distribuídos em dois grupos, tendo cada grupo participado de duas sessões, no período entre 30 de janeiro de 2019 e 13 de fevereiro de 2019. Vale ressaltar, que em 15 de fevereiro de 2019 encerrava-se o cumprimento do aviso prévio, com isso a unidade passou a contar com 10 Agentes Comunitários de Saúde. Ao iniciar a pesquisa a referida unidade contava com 24 Agentes Comunitários de Saúde.

Na primeira sessão de ambos os grupos abordou-se a educação permanente, como ferramenta para o processo de trabalho na atenção ao usuário de álcool; objetivando identificar as percepções dos ACS em relação a temática. Na segunda sessão as temáticas discutidas na educação permanente dos ACS e aplicação no cotidiano do trabalho na atenção ao usuário de álcool e outras drogas objetivando levantar as necessidades dos ACS em relação à educação permanente para álcool e outras drogas, contribuindo para a atenção ao usuário.

No dia pactuado, os ACS eram convidados a se acomodar em uma sala climatizada, onde a equipe regularmente realizava suas reuniões. Preocupou-se ainda em proporcionar um ambiente agradável, confortável e acolhedor (RESSEL et al., 2008).

Os participantes do grupo sentaram em volta de uma mesa circular, permitindo assim uma maior interação. A moderadora e a observadora sentaram-se de forma a possibilitar a observação e a interação com todos do grupo (DALL'AGNOL. C.M; TRENCH, 1999).

As sessões do grupo focal tiveram duração entre 50 a 90 minutos.

Destacamos que a referida unidade encontrava-se em um momento de importante fragilidade, impactando no processo de trabalho, na motivação dos profissionais. Ainda assim, dos ACS que estavam cumprindo aviso prévio metade participou de maneira voluntária e contribuiu com o objetivo da pesquisa.

Dessa maneira, vale a pena registrar, que em nossa pesquisa o mais importante não foram quantos, mas sim quais ACS em meio ao atual cenário político da Secretaria de Saúde do Município do Rio de Janeiro, não muito confortável para

a Estratégia Saúde da Família, por conta de um “desmonte” das equipes de saúde, participaram e contribuíram.

5.6 DINÂMICA DAS SESSÕES

Após a construção do Roteiro do Grupo Focal (APÊNDICE B) as sessões foram planejadas. Com base nos objetivos do estudo optou-se pela coordenação não diretiva dos grupos, nesta modalidade utiliza-se perguntas abertas que favorecem o posicionamento dos participantes do grupo, reduzindo a interferência do moderador (BUSSANELO,2013).

O início da sessão do grupo focal se deu com a apresentação da moderadora e da observadora. Em seguida realizada a leitura da carta convite, leitura e assinatura do TCLE.

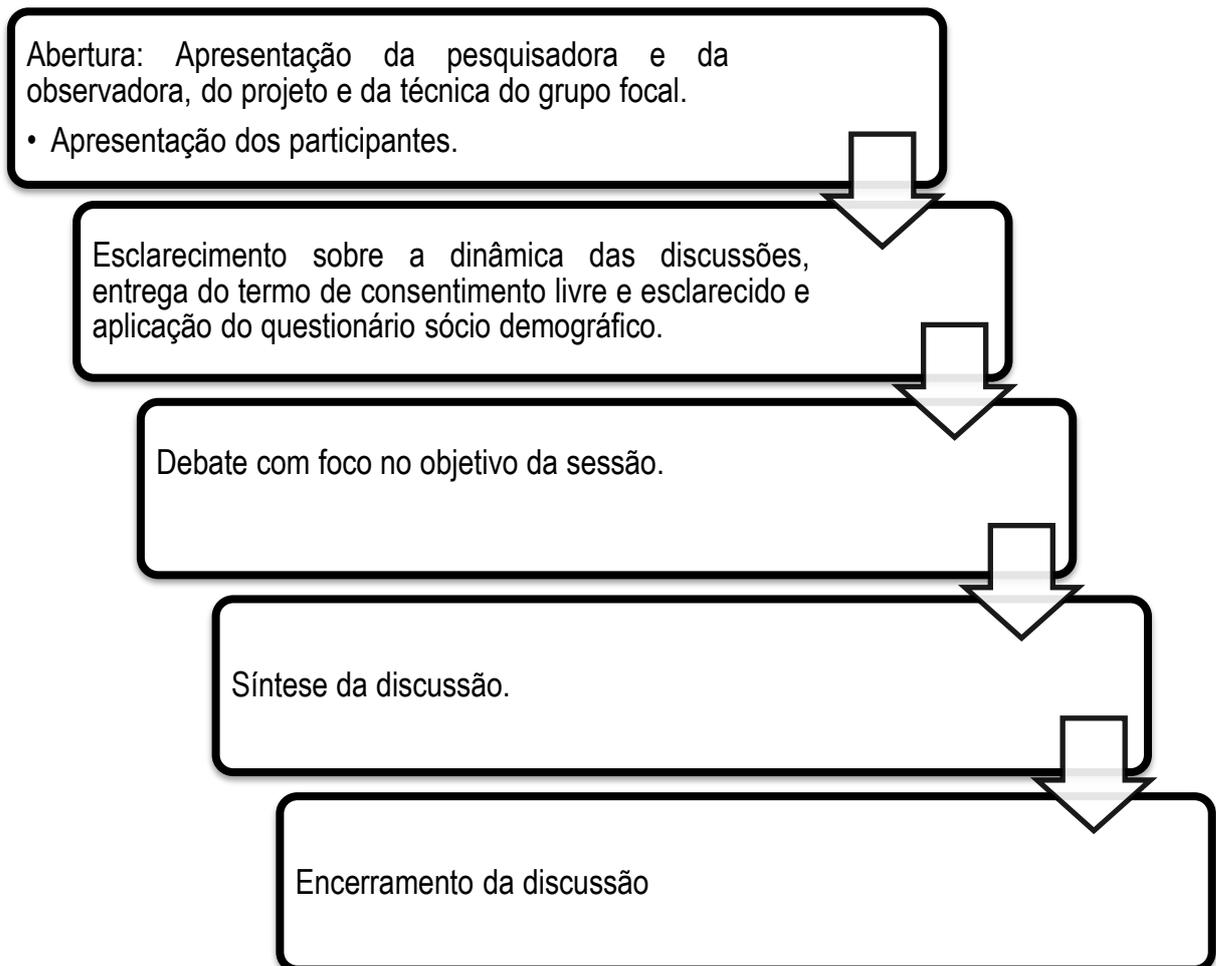
Para descrever o perfil sócio demográfico dos agentes comunitários de saúde, foi aplicado um questionário com perguntas fechadas (APÊNDICE A) na primeira sessão do grupo.

O grupo foi orientado por meio de um roteiro pré-definido (APÊNDICE B), que serviu de esquema norteador, sistematizando as questões e os objetivos do grupo focal. Neste sentido foi possível manter a discussão em foco, aprofundando-se nas temáticas pretendidas pela pesquisa.

As sessões foram planejadas com a dinâmica a seguir:

- **Primeira sessão**
 - Objetivo: Levantar as principais percepções dos Agentes Comunitários de Saúde acerca da educação permanente na atenção ao usuário de álcool e outras drogas.

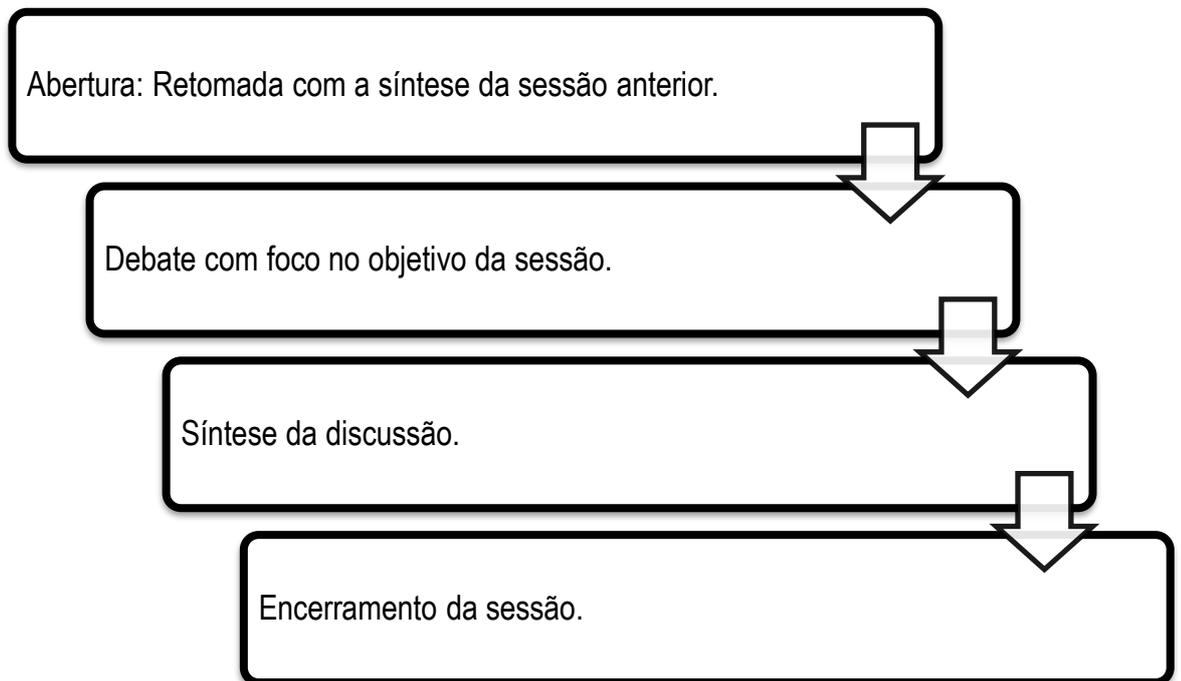
Figura 1. Sequência da primeira sessão de grupo focal. Rio de Janeiro. 2019.



- **Segunda sessão**

- Objetivo: Levantar as principais necessidades dos Agentes Comunitários de Saúde em relação a educação permanente contribuindo para a atenção ao usuário de álcool e outras drogas.

Figura 2. Sequência da segunda sessão de grupo focal. Rio de Janeiro. 2019.



5.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os grupos focais têm o potencial de permitir a apreensão das contradições a partir de argumentações, ao contrário das entrevistas que costumam ocorrer de forma solitária. Pretendeu-se observar as discussões realizadas, a fim de perceber as problemáticas oriundas das diversas realidades que compõem tal contexto social (MINAYO, 2010).

O grupo focal representa uma peça chave na proposta de desenvolvimento de um modelo voltado para educação permanente desta categoria, já que permite captar as angústias, tensões e enfrentamentos vivenciados pelos profissionais, que apesar de se localizarem na mesma unidade possuíam uma diversidade devido à distinção dos territórios que atuam.

A partir do grupo focal foi possível discutir temáticas (TRAD, 2009) que permearam o processo de trabalho e práticas destes profissionais, observando as falas dos participantes, assim como levantar as suas necessidades quanto à educação permanente.

Foi realizada a codificação do nome dos participantes da pesquisa, os mesmos foram substituídos por códigos alfanuméricos, compostos pela sigla do cargo (ACS) seguida de identificação numérica referente à ordem em que foram realizadas as sessões a fim de assegurar o seu anonimato.

As sessões do grupo focal foram transcritas textualmente, de forma fidedigna, Boni e Quaresma (2005) mencionam que a transcrição de entrevista não consiste apenas em um ato mecânico de passar para o papel o discurso gravado do informante, pois os sentimentos que não passam pelo gravador são muito importantes na hora da análise. O pesquisador tem o dever de transcrever com fidelidade tudo o que o participante falou e sentiu durante a entrevista, com o cuidado de nunca trocar uma palavra por outra, devendo zelar pela legibilidade, aliviando o texto dos tiques de linguagem e redundâncias verbais. E ao realizar o relatório da pesquisa, o pesquisador deve situar o leitor de que lugar o participante fala, qual o seu espaço social, sua condição social e quais os condicionamentos dos quais o participante é o produto.

Após a transcrição das sessões do grupo focal com os participantes da pesquisa, fizemos uso da análise de conteúdo para compreensão de suas percepções e necessidades acerca da Educação Permanente.

A análise foi realizada conforme a técnica de análise de conteúdo temática proposta por Bardin. Esse método corresponde a um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, visando obter indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção-recepção dessas mensagens (BARDIN, 2009).

Para operacionalização da análise dos dados, seguimos as três fases sugeridas por Bardin (2011).

A primeira fase foi a organização da análise e codificação, compreendendo a pré-análise, exploração do material e tratamento. Nesta fase foi realizada a leitura flutuante das transcrições dos participantes para familiarizar-se com o material coletado, deixando-se invadir por impressões, identificando os sentidos e significados.

A segunda fase foi a categorização dos dados, onde o material foi classificado de acordo com o fundamento teórico da pesquisa, por meio da leitura aprofundada dos textos, realizados os procedimentos de recorte, classificação e agregação das unidades de registro que se destacaram em relação às questões norteadoras e aos objetivos da pesquisa, tanto por recorrência, quanto por relevância. Posteriormente, procedeu-se o recorte dessas unidades, agrupando-as de acordo com sua unidade de sentido, o que permitiu o surgimento das categorias empíricas (BARDIN, 2011, p.95).

A terceira fase foi a inferência, onde a partir de processos cognitivos e considerando o contexto, construiu-se novo significado das palavras. Desta forma, respondendo às questões de pesquisa com base nos dados dos objetivos, traçando um paralelo entre a teoria e a prática.

5.8 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

A pesquisa foi iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery (CEP/EEAN-HESFA) da instituição proponente (UFRJ) e ao comitê de ética da coparticipante a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, sob o parecer de número 3.098.553 (ANEXO A).

O presente estudo seguiu as diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos de acordo com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. De acordo com as exigências éticas e científicas fundamentais constadas na resolução, o participante teve o livre arbítrio da decisão de participar ou não da pesquisa, podendo desistir quando achasse oportuno, ou então a pesquisa poderia ser cancelada quando apresentasse mal-estar de ambas as partes envolvidas, respeitando sempre os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos.

Os procedimentos adotados no contato com os participantes contou com a realização de uma apresentação breve com o tema, fazendo a identificação da pesquisa, informando os objetivos da mesma, suas etapas e os possíveis benefícios para os participantes e a garantia do caráter voluntário e da liberdade para desistir e abandonar a pesquisa em qualquer momento sem prejuízos e a garantia do anonimato para todos os envolvidos na pesquisa.

Os participantes responderam às perguntas do formulário de perfil sócio demográfico (APÊNDICE A) após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B). Com isso, estão resguardados os conceitos da bioética, autorizando a utilização de seus dados em pesquisas. Caso o participante manifeste a sua anuência à participação na pesquisa, caberá ao pesquisador o compromisso de não interferir ou influenciar nas opções de resposta.

Os dados coletados foram mantidos permanentemente em um banco de dados de pesquisa, com acesso restrito, para utilização em pesquisas futuras. Serão mantidos em anonimato todos os dados obtidos no questionário a fim de respeitar os princípios éticos da pesquisa.

Após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B) os participantes responderam às perguntas do formulário de perfil sócio demográfico (APÊNDICE A), tendo o pesquisador solicitado autorização para iniciar

a gravação, o moderador deu início ao grupo focal atentando para o roteiro, promovendo uma discussão produtiva, limitando suas intervenções, permitindo que a discussão fluísse.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

O percentual de perdas foi de 35% (07), resultando em 13 ACS participantes.

O número inicial eram 20 ACS, antes da realização do grupo focal 10 Agentes Comunitários de Saúde foram desligados e no momento do grupo estavam em aviso prévio, sem dúvida isso impactou no percentual de perdas.

As características sócio demográficas, apresentadas na Tabela 1, apontam para o predomínio de ACS do sexo feminino (69,0 %), encontra-se na faixa etária dos 40-60 anos (38%), casado (69%), com dois filhos (69%), de cor branca (46%). Em relação à escolaridade, cinco tinham 2º grau completo, quatro 3º grau incompleto e quatro 3º grau completo, sendo dois formados em administração, um em letras e um em enfermagem.

Quanto ao tempo de atuação a maioria atuava há mais de 6 anos como ACS, a maioria nunca havia trabalhado na saúde e nenhum profissional apresentava outro vínculo em serviço de saúde. Vale ressaltar que o vínculo empregatício dos Agentes Comunitário de Saúde é celetista por meio de Organização Social, com jornada de trabalho de 40 horas semanais, não possuindo formação técnica em agente comunitário de saúde.

O predomínio de mulheres na amostra foi semelhante ao observado em outros estudos, tendo em vista que a presença feminina, tradicionalmente, é muito marcante não somente entre ACS, mas também em outras profissões do setor da saúde, como técnicos de enfermagem e enfermeiros (MOTA, 2010; URSINE, 2010; BAPTISTINI, 2014), reforçando o estereótipo da mulher como figura responsável pelo cuidado (BARBOSA, 2012). Outro aspecto é que o cargo de ACS possibilita a inserção ou reinserção no mercado de trabalho e o incremento da renda familiar sem necessidade de se afastar do local onde mora, o que é um fator importante para a mulher, que, em geral, também é responsável pela realização/gerenciamento das atividades domésticas e cuidados com os filhos.

Tabela 1. Características sócio demográficas dos participantes. Rio de Janeiro. 2019. n= 13.

Variáveis	N	%
Gênero		
Feminino	9	69,3%
Masculino	4	30,7%
Faixa Etária		
20-30 anos	3	23,2%
30-40 anos	4	30,7%
40-60 anos	5	38,4%
+ 60 anos	1	7,7%
Estado Civil		
Casado	9	69,3%
Solteiro	3	23,0%
Divorciado	1	7,7%
Número de filhos		
Nenhum filho	2	15,4%
Um filho	2	15,4%
Dois filhos	6	46,1%
Três filhos	3	23,1%
Raça/Cor		
Branca	6	46,2%
Negra	4	30,7%
Parda	3	23,1%
Escolaridade		
2º grau completo	5	38,6%
3º grau incompleto	4	30,7%
3º grau completo	4	30,7%
Tempo de atuação		
Até 1 ano	1	7,7%

1 à 3 anos	4	30,7%
4 à 6 anos	3	23%
+ 6 anos	5	38,6%
Já havia trabalhado na saúde		
Sim	4	30,7%
Não	9	69,3%
Trabalha em outro serviço de saúde		
Sim	-	
Não	13	100%

Fonte: Dados da Pesquisa. 2019.

Percebe-se maior dificuldade dos ACS do sexo masculino exercerem a sua função, pois há um constrangimento das mulheres em recebê-los em casa quando estão sozinhas e também de conversar sobre assuntos específicos, como orientações acerca de exames ginecológicos e câncer de mama, o que dificulta o estabelecimento do vínculo necessário para a realização de um trabalho efetivo. São as representações de gênero que precisam ser desconstruídas entre os profissionais e a comunidade.

O grupo era formado por adultos na faixa etária de 40 a 60 anos, com a idade máxima de 64 anos, considerando, ainda, que a maior parte relatou ter mais de 6 anos de trabalho na função. Essa configuração mostra que a profissão foi se tornando mais atraente, o que pode ser resultado tanto da expansão, quanto do reconhecimento da ESF pelo município Município do Rio de Janeiro nos últimos 10 anos (FERRAZ; AERTS, 2005; FREITAS et al., 2015; GARCIA et al., 2017).

O predomínio da cor branca pode estar ligado às características locais. Segundo dados do censo do IBGE/2010, o Méier possui uma população de 49.828, destes 36.394 se declaram brancos totalizando 73% da população total, o que corrobora com o achado do estudo.

A situação conjugal mais frequente (casados) também foi encontrada em outros estudos (BARBOSA, 2012; LINO, 2012). Considerando-se que maioria da amostra é de mulheres, essa situação pode traduzir-se em maior pressão sobre elas, que têm que realizar, além das atividades do seu cotidiano laboral, as

atividades do ambiente familiar. A escolaridade deste grupo pode ser considerada alta, uma vez que a maioria está acima do mínimo exigido. O grau de escolaridade está relacionado às condições de o ACS incorporar novos conhecimentos e orientar as famílias sob sua responsabilidade (BAPTISTINI, 2014).

Além disso, a maior escolaridade favorece também a desprecarização dos vínculos de trabalho, situação observada neste estudo. Menores níveis de escolaridade estão relacionados à manutenção da baixa remuneração profissional (MOTA, 2010). Existe uma busca por profissionalização que parte do próprio ACS, na maioria das vezes motivada pelo déficit do conhecimento biomédico, e pode ser exemplificada pela grande quantidade de ACS realizando cursos de técnico de enfermagem (MARZARI, 2011). Entretanto, seguindo essa perspectiva, o ACS acumula uma contínua perda do seu papel como mobilizador da comunidade e como sujeito social atuante (MARZARI, 2011). O tempo de permanência na função diferem de outros estudos, que trazem precária e altas taxas de rotatividade (SALIBA, 2011; SANTOS, 2011).

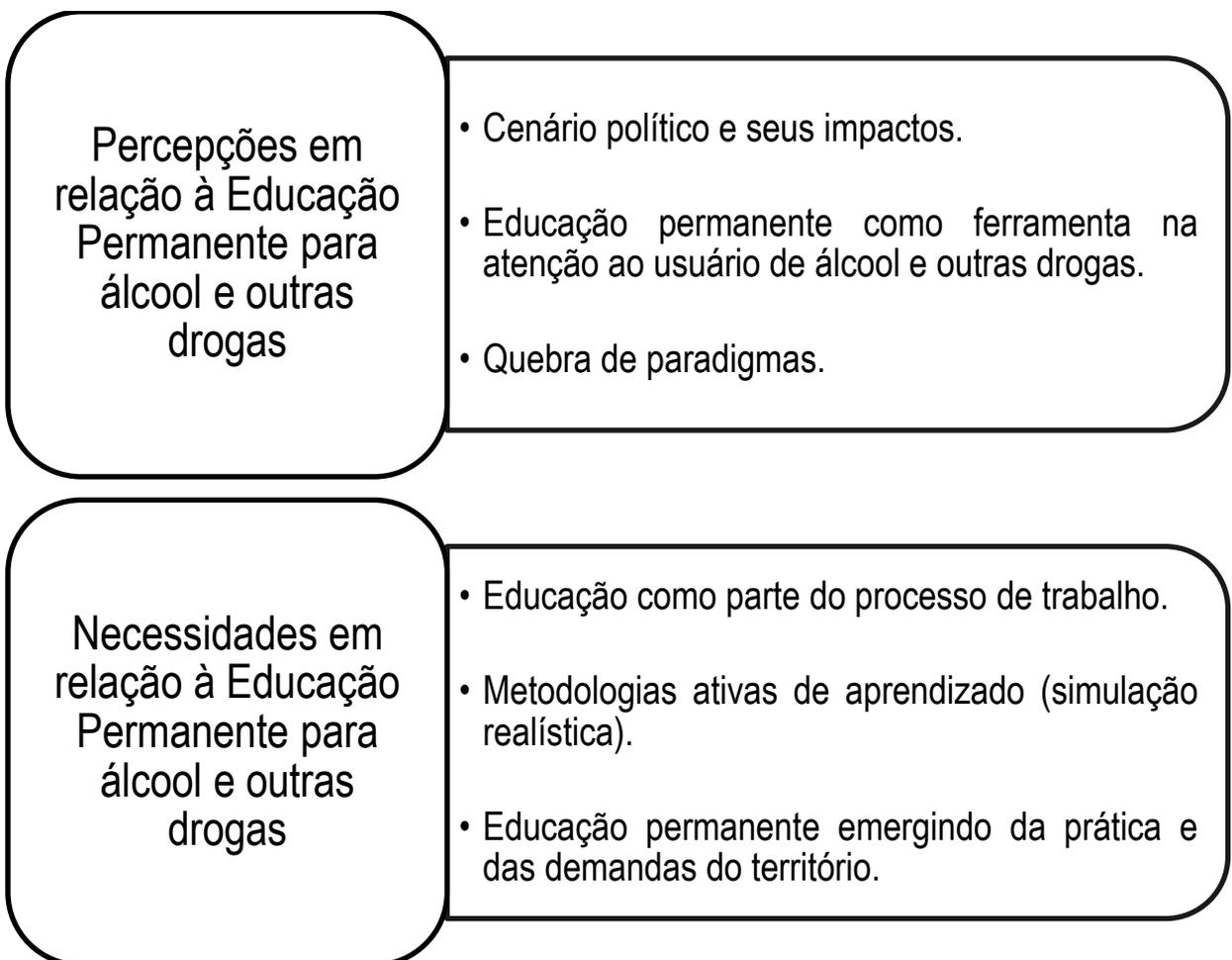
Nesse grupo, o tempo de trabalho no cargo evidencia a baixa rotatividade dos profissionais, o que pode estar relacionado ao território de atuação, livre de conflitos armados e extrema vulnerabilidade, tão comum no cenário municipal. Visto a necessidade de vinculação e a construção de laços de confiança no trabalho do ACS com a comunidade, esse é um ponto positivo para o desenvolvimento das suas atividades.

A carga horária semanal de trabalho dos ACS no município do Rio de Janeiro é de 40 horas semanais, cumprindo o que está estabelecido para realização de suas atribuições (PNAB, 2017). Entretanto, no contexto do território pode haver uma sobrecarga de trabalho extra não reconhecida, pois, pela proximidade com a comunidade, o ACS é procurado em horários não convencionais, como durante a noite, domingos e feriados (SOUZA, 2011). O tempo dedicado à comunidade nessas situações não é computado como carga horária de trabalho, mas pesa sobre o trabalhador, que acaba estendendo sua atividade laboral para além dos limites estabelecidos, comprometendo seu horário de descanso e sua vida pessoal.

6.2 O TEMA E SUAS CATEGORIAS

Realizamos a leitura minuciosa das entrevistas transcritas para o estabelecimento do corpus de análise e composição do material em temas de relevância de estudo, identificamos os núcleos de sentidos condizentes às categorias temáticas, assim, segue demonstrado na Figura 3.

Figura 3. Análise da presença das categorias temáticas dentro dos objetivos do estudo. Rio de Janeiro. 2019.



6.2.1 CATEGORIA 1: PERCEPÇÕES EM RELAÇÃO À EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Esta categoria apresenta os relatos das percepções gerais dos participantes sobre a Educação Permanente em Saúde para usuários de álcool e outras drogas, estando dividida nas seguintes subcategorias: Cenário político e seus impactos; Educação Permanente como ferramenta na atenção ao usuário de álcool e outras drogas e Quebra de paradigmas.

6.2.1.1 SUBCATEGORIA 1: CENÁRIO POLÍTICO E SEUS IMPACTOS

Nessa subcategoria temática, os participantes construíram relatos sobre como o cenário político trouxe defasagem para processo de Educação Permanente em Saúde.

Observa-se, que para os participantes, a mudança da gestão do município ocasionou inúmeros desligamentos de profissionais da saúde e, principalmente, de ACS, ocasionando sentimento de angústia naqueles que tiveram colegas desligados do trabalho e apreensão dos demais por medo do desemprego.

“Eu estou aqui há quase 8 anos, e eu lembro bem que quando comecei essa coisa da educação era mais frequente. No início era toda quinta-feira, no espaço da reunião tinha alguma coisa relacionada ao que estava acontecendo, ou na reunião de micro equipe com a enfermeira, o médico e até o NASF. Isso mudou muito. Desde 2017, quando a gestão mudou as coisas mudaram muito. Parece que aquele ciclo de crescer, acabou, agora é só diminuir, diminuir, diminuir, não acho que vai ficar bom. O que funcionava, não funciona mais.” (ACS 06)

No discurso abaixo, o participante aponta o enfermeiro como responsável pela educação permanente, porém tem sido prejudicado nessa atuação devido a superlotação do serviço, que reflete, conseqüentemente, na sobrecarga de trabalho.

ACS 11: “Meu aviso prévio termina em 4 dias, de um lado eu me sinto aliviada por não passar pelo que vem pela frente. Por que olhar para o que tivemos e ver como estamos hoje é angustiante. O papel do ACS vai ser distorcido, quem ficar não vai conseguir fazer vigilância do território, identificar as demandas do território e trazer para a equipe. Qual o sentido? Está tudo sendo destruído aos poucos. Bem, desta vez nem foi tão aos poucos, 8 Agentes Comunitários de Saúde foram desligados juntos. Isso foi um golpe duro na saúde da família. Como aprimorar alguma coisa? Você acha que o enfermeiro vai ter tempo de fazer alguma coisa, de montar um material para educação permanente? Se ele conseguir fazer uma reunião de equipe, ele vai merecer um prêmio”.

A educação permanente perdeu espaço dentro das ESFs, uma vez que o atual cenário político, dos últimos 3 anos, marcado por baixo investimento no setor de saúde, tem descaracterizado as ESFs tornando um espaço de diagnóstico e tratamento de usuários que buscam assistência para suas necessidades, devido a superlotação dos demais níveis de atenção à saúde.

“Na minha ignorância, eu acho que não existe uma organização possível dentro do caos que a saúde do Rio está, acho que na verdade a ideia é essa, desestabilizar tudo e acabar com o SUS, quem puder pagar, paga um plano de saúde, quem não pode paga consulta popular de 40 reais, quem nem isso pode, vai pra UPA se ainda existir, ou vai para os hospitais e já viu, vai virar o caos. Essa política conseguiu destruir em dois anos, o que eu vi crescer desde 2012. Sendo honesto, não tem mais educação permanente, se sabe, se não sabe, não vai aprender, pelo menos não agora. (ACS 10)

“Eu fico pensando em como vai ser, porque tem casos que se não fosse o Agentes Comunitários de Saúde no território, ele continuaria do jeito que está. Tem casos, que vão deixar de ser abordados, por que você não tem NASF, medico em greve, de 24 seremos 8 Agentes Comunitários de Saúde, pra que eu vou levantar uma lebre, se não tenho o que fazer? Eu só vou me angustiar mais. Estou sofrendo com isso, por que você sabe qual o seu papel, e não sei se vou conseguir ser os olhos da equipe no território, tudo isso é culpa da política, bem eu acho”. (ACS 04)

“Eu estou na unidade desde a inauguração, entrei em 2012, todos estavam motivados, querendo aprender, fazer dessa unidade um modelo, hoje tudo que queremos é manter nosso emprego, esperar que nosso colega não seja desligado, como pensar em mais alguma coisa com tudo isso acontecendo? Eu acho que esse processo da saúde deixou tudo muito confuso, não tem mais educação (permanente). Aqui está tipo UPA, chegou um passando mal, atende esse, chegou um com Câncer vamos fazer o SISREG desse, não tem acompanhamento. Antes eu via os que estavam com acompanhamento faltando, ai marcava todo mundo, agora já desmarcou toda a agenda. O grupo prioritário está ficando cada vez mais defasado. No meio desse caos se tivermos médico e enfermeiro para atender, já vai ser um sonho. Os profissionais que ficarem vão ficar exaustos, a qualidade de tudo vai cair e no fim, ainda seremos cobrados pelos diabéticos que amputaram, pelas gestantes que morreram. Será que ninguém vê que isso não vai dar certo? (ACS 01)

“Educação (permanente)? Prevenção? Agora até o atendimento está confuso, só estamos atendendo prioridade, os profissionais estão em greve. Isso aqui deixou de ser saúde da família já faz algum tempo, não vejo diferença entre nós e a UPA. De certa forma, tudo isso por culpa da gestão que está lá, por que pessoas o escolheram, eu acho que elas tem responsabilidade sim, mas não posso mal tratar ninguém por isso. Mas eu estou sofrendo, eu fui demitida, eu e muitos outros. E se fosse por que não sou uma boa funcionaria, seria mais fácil de entender, mas não, fui demitida, por que “ele” acha que não é necessário. Como não é? Olha quantas história nós temos para contar, imagina os mais de cinco mil ACS que tem no Rio. E olha que nós nem trabalhamos numa região vulnerável,

imagina a equipe do jacarezinho, quantas historias não tem. Isso é um crime “. (ACS 07)

A APS possui o ACS como membro das equipes de ESF, sendo um profissional singular para atenção à saúde da população.

Desde o ano de 2014, o SUS foi atingido pela grave crise política e econômica no Brasil, que coincidiu com a aprovação da Lei Federal 12.994/2014 que institui o piso salarial e obrigatoriedade de contratação por vínculos diretos do ACS, que impactou diretamente nos municípios devido a responsabilidade dos mesmos na contratação.

Diante desse cenário, em 2017 foi instituída uma nova Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), que diferente da PNAB de 2011 (que definia o mínimo de 4 ACS por equipe) não define limite de ACS, passando a se considerar apenas 1 por equipe. E a recomendação passa a ser de que o ACS deve cobrir 100% da população de risco e não 100% da população da ESF (BRASIL, 2017).

A mudança mais grave da PNAB de 2017, e que coloca em risco a eficiência no modelo assistencial da ESF, é que não mais existe a obrigatoriedade do ACS na composição mínima da equipe (BRASIL, 2017).

Todas essas mudanças, estão atreladas ao número de desligamentos de ACS nos municípios de todo o país. No presente estudo, os profissionais demonstram o medo, angústia e incerteza do vínculo trabalhista mediante a perda de colegas de trabalho e o sentimento de isolamento, a partir de uma crise de identidade e busca por novos sentidos para sua profissão, após mudanças abruptas no seu contexto e cotidiano de trabalho.

O contexto da APS do município do Rio de Janeiro é de grave crise, que coloca em risco a assistência à saúde da população e, principalmente, da população que vive em áreas de vulnerabilidade social.

O Projeto de Lei Orçamentária do ano de 2019 previu um corte de 725 milhões para a saúde, que foi argumentado pelos representantes políticos como necessário devido a dificuldades financeiras. O corte orçamentário, acarretou na demissão de 1.400 profissionais dos programas de Saúde da Família.

O desmonte da saúde pública no Rio vai de contrário as propostas políticas realizadas pelos candidatos na última eleição; que se comprometeram em colocar

mais recursos na saúde todos os anos, e que iriam potencializar serviços como Saúde da Família e Clínica da Família.

A alteração a partir do PNAB (2017), que culminou com os cortes orçamentários, foi a operacionalização da ESF com apenas um ACS no processo de trabalho. Dessa forma, atividades como cadastramento, passaram a funcionar de forma passiva, a partir, da procura do usuário ao serviço de saúde.

Além disso, uma proposta de Reorganização dos Serviços de APS realizado pela prefeitura do Rio de Janeiro, propôs a eliminação de 184 equipes de ESF, a partir de cinco critérios: Índice de Desenvolvimento Social (IDS), cobertura de pelo menos 3 mil usuários cadastrados por equipe; produção ambulatorial abaixo de 75% nos últimos dois anos; 40% de retorno da população já atendida e programas de ensino estratégicos, como Residência Médica ou de Enfermagem.

Porém, 26 das 184 equipes cortadas não atendem aos critérios propostos. O que reforça a preocupação com a demissão em massa de trabalhadores, que são chefes de família e dependem do SUS para sobreviver.

Desse modo, os reflexos do desemprego na vida dos Agentes Comunitários de Saúde do presente estudo, pode refletir diretamente na qualidade de vida e bem-estar desses trabalhadores, que estarão susceptíveis a doenças psíquicas como: estresse, síndrome de burnout, depressão, ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático e alcoolismo crônico (DAL PAI et al., 2015).

A partir disso, é possível afirmar que as crises financeiras, fazem com que o Estado se distancie da sua principal função, que é a proteção social, ao dar ênfase na contenção de gastos.

Um estudo objetivou analisar a implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) quanto aos seus temas prioritários e a sua sustentabilidade em tempos de crise. Os autores trouxeram em seus resultados, que a situação do enfrentamento da dependência do álcool, está gravemente ameaçada devido as crises políticas e econômicas, que resultam em investimentos mínimos devido a cortes orçamentários, acarretando em prejuízos a saúde da população (MALTA et al., 2018).

Na sociedade contemporânea, as economias afetadas pela grande recessão de 2007/2008 ainda não se restabeleceram totalmente dos efeitos da crise, seja nos países desenvolvidos ou em desenvolvimento (MENDES; CARNUT, 2018).

Estudos sobre os efeitos da crise econômica sobre as políticas públicas de saúde dos países são amplamente discutidos, e provam que mesmo em países desenvolvidos, o orçamento da saúde não é preservado diante de crises econômicas (MENDES; CARNUT, 2018).

Ao se analisar 27 países europeus, constatou-se que as crises econômicas ocasionaram cortes financeiros e mudanças para as políticas públicas de saúde. Também foi testada a associação entre ideologia dos partidos governantes e os cortes financeiros e não houve significância estatística. Entretanto, foi observado cortes maiores em países que fizeram acordo com o Fundo Monetário Internacional (SCHRAMM et al., 2018).

Um pesquisa realizada na Grécia, verificou que os efeitos da crise econômica e política tiveram forte impacto na força de trabalho dos serviços de saúde, através da redução da carga horária, estagnação salarial e demissão em massa de profissionais (SIMOU et al., 2014).

A literatura também evidencia que países que possuem sistema de seguro privado de saúde, também são afetados pelas crises. Nos Estados Unidos, houve diminuição do acesso aos serviços de saúde em decorrência do desemprego, que levou a abrupta redução do seguro saúde (SCHRAMM et al., 2018).

A crise política e financeira traz preocupações quanto a saúde da população, pois desde 2018, é observado piora dos indicadores básicos de saúde. Houve crescimento dos óbitos infantis, redução das coberturas vacinas de sarampo e pólio e agravamentos dos quadros de Dengue por todo território nacional. Esses indicadores, assim como outros, tendem a piorar com a progressão do sucateamento da saúde (PAES-SOUSA et al., 2018).

Também foi retirada da PNAB de 2017, que parte da carga horária dos profissionais (8 horas semanais) pudesse ser utilizada para atividades de formação da equipe e, ainda, houve menor destaque para a educação permanente para o trabalho (BRASIL, 2017).

6.2.1.2 SUBCATEGORIA 2: EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO FERRAMENTA NA ATENÇÃO AO USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Essa categoria remete aos discursos dos ACS sobre como a EPS foi uma ferramenta essencial para a qualidade da atenção ao usuário de álcool e outras drogas.

Nos relatos dos participantes foi possível evidenciar como a educação permanente contribuiu com a atitude e abordagem do profissional frente ao usuário de álcool e outras drogas, desconstruindo preconceitos, receios e medos.

“Quando eu entrei não tinha noção nenhuma, saí com uma prancheta na mão e umas fichas para preencher, aí vieram as reuniões de equipe e tinha sempre a educação (permanente), e não era só na reunião, até na visita. Naquela época a minha enfermeira ia perguntando o que tínhamos dúvida e ia nos explicando, isso ajudava. De 2 anos para cá o número de usuários de drogas aumentou no nosso território e a educação foi importante nisso, por que pra ser bem sincera, eu tinha medo até de me aproximar, mas quem não teria? Só com muita reunião de educação (permanente) você vai entendendo as coisas.” (ACS 03)

“Acho que ninguém aqui sabia nem por onde começar, na verdade a maioria de nós tinha medo, preconceito, receio, julgamento com quem é usuário. Hoje eu faço muito essa abordagem com as pessoas que moram na rua, eles são mais complexos, porque não é só o uso de alguma substância, até banho nós já articulamos para fortalecer o nosso vínculo com eles e de alguma forma agir com eles e acho que isso só foi possível graças as reuniões de educação (permanente). Essas discussões foram muito importante, essa coisa do preconceito mudou, hoje sou outra ACS e pessoa também!” (ACS 02)

Dois dos participantes cita a abordagem com foco na redução de danos, demonstrando conhecimento sobre as políticas públicas de saúde direcionadas à esse público.

“As nossas discussões ajudam muito, por exemplo, eu tenho um caso complexo, de abuso de longa data e ele já é idoso, já foi atropelado, usa bengala, mas ele continua usando muita cocaína, aí com a discussão eu soube melhor como lidar com tudo isso. Nem é pra ele parar, mas pra essa coisa da redução de danos, isso eu aprendi na discussão do caso no caps. Aí eu entendi o que era. Por isso que esses casos mais complexos tem que ser motivo de discussão na unidade e não só na equipe”. (ACS 04)

“Como as coisas que eram discutidas eram todas voltadas para nossa prática, eu acredito que ajudam bastante. Por exemplo eu não sabia como apoiar alguém que bebia muito, hoje já sei. Hoje eu entendo, quer dizer nem sabia o que era redução de danos, essas coisas do dia a dia, fui aprendendo aqui. Eu já aprendi muita coisa, muita coisa mesmo, mas ainda

falta muita coisa. Por que vão sempre surgir casos novos, com uma situação que você nunca pegou. (ACS 07)

Dois Agentes Comunitários de Saúde complementam a discussão citando a articulação da ESF com outros serviços de saúde como o CAPS-AD e até mesmo comunidades como o AA (Alcoólicos Anônimos) e NA (Narcóticos Anônimos).

“Tinha também uma educação que acontecia uma vez no mês só de saúde mental, que podia ser psiquiatria, até de drogas e tal. Aí vinham profissionais pra discutir um ou dois casos que a equipe trazia. Isso ajudava bastante, por que apareciam saídas que nós ainda não tínhamos pensado e com isso nós íamos conhecendo outros profissionais, do CAPS EAT, do CAPS de álcool e drogas. Quando aparecia um caso, aí eu já sabia para onde mandar, se fosse saúde mental era o EAT se fosse de álcool ou outras drogas era o CAPS Raul seixas”. (ACS 06)

“Pra mim, no início foi difícil abordar esses casos. Muitas vezes nós sabíamos que a pessoa usava droga ou bebia muito, mas ela negava, quando era droga nem deixava entrar. Depois dessas reuniões de educação (permanente), eu lembro bem, que foi falado que ao invés de abordar a droga ou o álcool, poderíamos abordar outra coisa, tipo se fosse mulher falar do preventivo e ganhar confiança até chegar na droga, enfim... Isso mudou a minha forma de trabalhar. E assim eu fui conseguindo, hoje tenho usuários no CAPS Raul Seixas, até no AA (alcoólicos anônimos). Acho que essa conversa com os Agentes Comunitários de Saúde ajudou muito, pelo menos comigo fez toda a diferença”. (ACS 12)

E uma ACS, relata a experiência de como a educação permanente em saúde apontou estratégias, para que os usuários de álcool e outras drogas tivessem segurança para procurar a USF, a partir de uma atividade de educação em saúde realizada na área de abrangência.

“Eu, sendo bem sincera, tinha medo. Mas acho que...o desconhecido traz medo mesmo. Quando a gerente nova chegou, acho que ela já tinha esse trabalho na outra clínica, aí ela chamou todos os ACS e fez...acho que foi educação permanente, por que ela viu que nós não fazíamos, e fez uma conversa com todos. Lembro que mostrou uns dados, e depois fizemos uma ação na praça. Nós não tínhamos nenhum caso de álcool e drogas e depois disso, os casos começaram a aparecer, bem...falando agora, acho que nós começamos a ver os casos, acho que eles já existiam, acho que foi a educação que fez isso...risos”. (ACS 14)

A política de saúde para assistência à pessoa com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas está concentrada na operacionalização das rede de atenção psicossocial. Essa rede é construída com foco na descentralização dos pontos de acolhimento e assistência a pessoas que possuem necessidades de

atendimento por uso de álcool e outras drogas. Portanto, a ESF é o local que possui maior capacidade e condições identificar esse público através dos ACS, realizar o acolhimento e encaminhamento para os demais serviços especializados, o que demonstra a sua importância dentro da rede assistencial. Porém, essa ação conjunta e aproximação com os demais serviços da rede ainda se mostra um desafio a ser superado em muitos locais (GRYSCHER, 2015).

Apesar dos discursos desse estudo evidenciarem a existência da articulação entre ESF e serviços específicos para atenção ao dependente químico como o CAPS-AD, essa não é uma realidade que pode ser generalizada. Refutando o achado, uma pesquisa realizada em Minas Gerais, com o objetivo de investigar a assistência integrada ao dependente químico pelo CAPS e as equipes de ESFs, concluiu em seus resultados que 57,9% dos pacientes não foram atendidos de forma integrada pelo CAPS e pelas ESFs. Esse dado reforça que dentro da rede de atenção psicossocial é de extrema importância a articulação do cuidado junto a ESFs, sendo o ACS o profissional incumbido de constatar se existe a relação e como está a referência e contra referência entre os serviços (PIRES et al., 2016).

Ainda sobre a importância das ações conjuntas dos serviços de atenção à saúde mental e ESFs, sabe-se que usuários de álcool e outras drogas estão susceptíveis transmissão de infecções sexualmente transmissíveis e a desenvolver doenças crônicas que podem ocasionar mais prejuízos ao bem-estar do paciente. Portanto, é preciso que os profissionais organizem estratégias efetivas para abordagem, promoção à saúde e prevenção de riscos e agravos desse grupo.

Os Agentes Comunitários de Saúde entrevistados demonstraram domínio sobre as políticas públicas de saúde voltadas para álcool e outras drogas, tendo citado a política de Redução de Danos.

A redução de danos diz respeito a adoção de medidas antecedentes ao início e/ou agravamento da situação, que objetiva eliminar ou diminuir as chances de ocorrência de danos individuais e coletivos (MACIEL; VARGAS, 2015).

A primeira prática oficial de política de redução de danos é datada em 1926, na Inglaterra, quando a partir do Relatório Rolleston, foi recomendado que médicos prescrevessem heroína e morfina para pacientes sem condições de interromper o uso das substâncias, para que assim conquistassem estabilidade para viver com a dependência (FONSECA, 2012).

Foi somente no ano de 1980 que a redução de danos foi adotada como estratégia para os sistemas de saúde. No Brasil, a redução de danos foi incluída no âmbito do SUS após a implantação da Política de Atenção Integral à Usuário de Álcool e outras Drogas, no ano de 2003. Essa política preconiza que as estratégias de redução de danos devem ser realizadas em conjunto com os CAPS e com a ESF (COELHO; SOARES, 2014).

Um estudo de revisão com o objetivo de sistematizar as experiências de redução de danos no Brasil e no mundo, ressaltou em seus achados que a técnica de redução de danos mais utilizada são os kits de redução de danos. Os kits tem como propósito contribuir com o conhecimento do usuário sobre o seu auto cuidado em saúde, sendo que normalmente, os kits são compostos por folhetos informativos, preservativos e lubrificantes e são distribuídos em espaços de cuidado ou em ações de educação em saúde (BORGES; DALLA VECCHIA, 2018).

No presente estudo, uma ACS cita a realização de uma ação educativa no bairro - em que foi utilizado a estratégia dos kits - e que teve reflexos positivos na aproximação entre usuários de álcool e outras drogas e ESF.

O local em que será ofertada a estratégias de redução de danos é um ponto essencial para efetividade das ações. Estudos realizados no âmbito internacional, descrevem que o mapeamento do território é essencial para delimitar a população alvo, as áreas de concentração de usuários, as substâncias mais consumidas e a melhor forma de abordagem dos usuários (KARAMOUNZIAN et al., 2014).

Conforme já exposto na subcategoria de "cenários políticos", a mudança no PNAB e a redução do número de Agentes Comunitários de Saúde nas ESFs do Rio de Janeiro, terão impacto significativo para a política de redução de danos no âmbito da APS, dificilmente será possível realizar ações conjuntas entre os serviços de saúde mental e a APS. O Agentes Comunitários de Saúde é o "olhar" sobre a comunidade, e o profissional mais competente para reconhecer e mapear as mudanças no território da área de abrangência. Construir ações educativas eficientes que reforce a estratégias de redução de danos será um grande desafio para os profissionais das ESFs sem a quantidade necessária de Agentes Comunitários de Saúde.

Se tratando da Educação Permanente em Saúde, sabe-se que o ACS é um interlocutor entre a população e o serviço de saúde e responsável por desenvolver

ações educativas para a promoção à saúde e prevenção de agravos (COELHO et al., 2018).

Porém a literatura aponta que a Educação Permanente em Saúde ainda é um desafio para o ACS. Uma pesquisa realizada com o objetivo de compreender a atuação do ACS no cuidado a usuários de álcool e outras drogas, destacou em seus resultados que os profissionais não tem conhecimento satisfatório sobre a Rede de Atenção Psicossocial (o que refuta achados do presente estudo) e que a Educação Permanente em Saúde é o instrumento mais potente para a mudança dessa realidade (ASSIS et al., 2016).

6.2.1.3 SUBCATEGORIA 3: QUEBRA DE PARADIGMAS

Essa subcategoria traz os discursos sobre a desconstrução de paradigmas durante o processo de Educação Permanente em Saúde.

Um dos participantes conta como a Educação Permanente em Saúde auxiliou até mesmo na resolução de conflitos pessoais com familiares dependentes de álcool, a partir da compreensão da dependência química como uma doença.

“Eu nunca tive contato com quem usa drogas, mas com álcool sim, meu pai na verdade, e eu tinha muita dificuldade de lidar com tudo aquilo. Achava que era falta de vergonha na cara, era uma mistura sabe, sentia raiva, desprezo, culpa, arrependimento por ter ido buscar no bar, não é fácil não. Hoje entendo que ele é doente e precisa de tratamento. E isso só foi possível depois que tivemos essa conversa, essa educação (permanente) que tinha aqui na clínica. Ter me aproximado disso tudo, me ajudou enquanto pessoa, hoje vejo meu pai com outros olhos.” (ACS 02)

Outros participantes, citam que a quebra de preconceitos, contribuiu com a aproximação entre ACS e usuário e com a construção de um elo entre ESF e usuário dependente.

“O legal do agente de saúde, que no lance de visita, principalmente em saúde mental e nos casos de drogas e álcool, é que a gente fica tão perto da família, que muitas vezes na consulta eles não falam nada pro médico e o médico fica vendido, e aí eles veem na gente alguém como se fosse da família, sente confiança e abre o jogo, fala dos problemas que enfrentam. Antes de eu entrar aqui, olhava para as pessoas de álcool e drogas e pensava: é mais um drogado, é um cachaceiro, é um maconheiro Por isso o lance da educação é tão importante. Hoje eu já vejo com outro a olhos”. (ACS 06)

“O olhar do ser humano, infelizmente é esse, mas aqui com essa educação isso foi mudando. Eu já vejo com outros olhos mesmo, eu não consigo ver e não fazer nada. Um exemplo é esses “malucos” de rua, depois daquela (Educação Permanente) que nós tivemos, eu comecei a refletir e muita coisa mudou em mim mesmo. Até quando eu não estou trabalhando, eu olho e fico pensando em que história tem ali debaixo do papelão, incrível como muda”. (ACS 08)

Nos demais relatos, é possível identificar que a Educação Permanente em Saúde fomentou a criação do vínculo, de forma que a ESF se tornou referência tanto para a assistência à saúde como para solicitação de outras demandas.

“Eu percebo que a unidade virou uma referência de cuidado para essas pessoas, um veio e tomou banho, nós conseguimos roupa com o instituto, passou por consulta, aí já comenta, no dia seguinte vem outro. Tem gente que fica lá do outro lado e diz que fica na praça só pra ser atendido aqui, por que gosta do atendimento daqui, sendo que tem outra clínica lá do outro lado. Isso é bom por um lado, mas por outro mostra que ainda tem muito pra melhorar, acho que a educação que nós tivemos tem que ter para os outros Agentes Comunitários de Saúde também, isso transforma, muda nosso jeito de olhar, o meu mudou, eu tinha preconceito mesmo, tinha nojo, não me aproximava, hoje não consigo ver e não fazer nada”. (ACS07)

“A gerente veio com esse olhar de acolher essa população e nos fez pensar em várias coisas, fez sessão de educação com os Agentes Comunitários de Saúde. Eu nunca pensei em trazer um morador de rua para tomar banho aqui antes de ir pra consulta, aí com essas conversas da educação eu fui entendendo que o banho apesar de parecer bobo é importante. Engraçado como eles mudam, mudam assim o comportamento depois que tomam banho. Um deles uma vez falou que agora sim ele era gente. Isso mexeu comigo, e como mexeu, meus preconceitos se foram.” (ACS 11)

Na presente subcategoria, os relatos deram destaque sobre como a educação permanente contribuiu com a construção do vínculo com usuário de álcool e outras drogas, a partir da eliminação de preconceitos e medos. Esse processo fez com que a ESF se tornasse referência para os usuários.

Estudos apontam que as principais práticas de cuidado utilizadas pelos agentes comunitários de saúde são o acolhimento, vínculo e comunicação efetiva com a ESF, usuário e família. Mesmo sendo práticas de tecnologias leves, essas estratégias são eficientes e auxiliam na articulação entre os serviços na busca por satisfazer as necessidades humanas básicas dos usuários (SILVA et al., 2016).

O estigma com dependentes químicos é um problema histórico no Brasil e no mundo. No século XX, campanhas antialcoólicas eram realizadas e associavam a dependência ao crime, destruição da família e atentado a moral e bons costumes.

Esse episódio histórico, também está relacionado ao reconhecimento da dependência química como doença, que também foi citado pelos participantes dessa pesquisa.

A Classificação Internacional de Doenças traz as categorias "Síndrome de dependência do álcool" e "uso nocivo do álcool" para descrever quadros com danos físicos, mentais e sociais relacionados ao consumo de álcool. E para a dependência de drogas traz a categoria "Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substância psicoativa".

Investigação com o objetivo de identificar as representações sociais de profissionais da ESF sobre pacientes alcoolizados, constatou que os usuários eram rotulados como "bêbado miserável", "malcheiroso", "bêbado chato" e que 12% informaram impaciência/intolerância para lidar com esse público (SOUZA et al., 2015).

Nos discursos também se emergiu a confissão do medo, preconceito e vergonha na abordagem ao usuário de álcool e outras drogas. De acordo com a OMS, a atenção ao dependente químico deve ser efetuada com uma comunicação simples e clara, sem demonstrar ansiedade ou medo. Para atingir essa assistência conforme as recomendações, o profissional deve ter um conhecimento mínimo sobre álcool e outras drogas e deve estar isento de preconceitos, o que reforça a importância da Educação Permanente em Saúde (OMS, 2010).

Uma pesquisa realizada, com o objetivo de analisar as atitudes de alunos iniciantes do curso de graduação em enfermagem diante do paciente alcoolista, observou que os estudantes tiveram atitudes de ansiedade, medo da violência, choro e inquietude perante o paciente confirmando os achados do presente estudo (RODRIGUES; SOUZA, 2018).

A literatura esclarece que o preconceito e estigmas relacionados aos usuários de álcool e outras drogas repercute na assistência à saúde e gera formas de tratamento que nem sempre são adequadas para a necessidade do indivíduo.

O estigma a esse perfil de paciente, muitas vezes é responsável pela ineficiência do cuidado. Por receio, o usuário pode omitir sua condição, como forma de prevenir julgamentos dos profissionais da saúde, o que pode trazer consequências para a saúde do paciente que não receberá tratamento adequado e será privado de serviços, como por exemplo, troca de agulhas (FERNANDES; VENTURA, 2018).

Nos relatos dos Agentes Comunitários de Saúde dessa pesquisa, foi possível perceber pelos discursos que os usuários de álcool e outras drogas possuem a ESF como referência para assistência e prestação de serviços. Apesar da fala enaltecer o princípio do vínculo entre profissionais e usuários, é preciso se atentar para que os trabalhadores não caiam na tendência de esperar a demanda espontânea do usuário ou que ele procure a unidade de saúde. Por se tratar de uma população vulnerável a ESF precisa estar alerta as necessidades do usuário, e desconstruir a opinião de que já conhece o que é melhor para ele, uma vez que é preciso considerar o que o usuário deseja.

6.2.2 CATEGORIA 2: NECESSIDADES EM RELAÇÃO À EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Essa categoria corresponde aos relatos dos participantes sobre as necessidades direcionadas a Educação Permanente em Saúde, estando organizada em três subcategorias: Educação como parte do processo de trabalho; Metodologias ativas de aprendizado; Educação permanente emergindo da prática e das demandas do território.

6.2.2.1 SUBCATEGORIA 1: EDUCAÇÃO COMO PARTE DO PROCESSO DE TRABALHO

Nessa subcategoria, os participantes reconhecem que a Educação Permanente em Saúde é um processo contínuo e requer reciclagem ao longo do tempo.

Os ACS pontuam que a educação permanente em saúde auxilia a definir novas maneiras de sensibilizar o público alvo, seja no acolhimento, na abordagem holística e na definição dos grupos de risco e/ou prioritários.

“Acho que esse processo não poderia parar, até por que o cenário muda, de dois anos atrás nós não tínhamos essa população de rua que temos hoje e o cuidado com eles é diferente. Diferente em tudo, porque não adianta marcar consulta para daqui há 4 meses, ele vai esquecer, ele não tem uma geladeira para colar o papel de marcação e lembrar. Isso eu fui entendendo com as conversas da educação (permanente). Acho que a educação tinha que ser igual reunião de equipe, chovendo ou fazendo sol, tem que acontecer, faz parte do processo de trabalho”. (ACS 06)

“Eu acho que a educação (permanente) tem que fazer parte do trabalho, por que os cursos são bons, mas nem tudo serve para todos. Eu já ouvi uma ACS dizer que acompanhava 10 gestantes, no último mês e eu não tive nenhuma. Em compensação, eu tenho quase 50 pessoas em situação de rua, por que a praça é meu território. Eu acho que tem que melhorar, assim como eu que sou ACS não posso dizer que não gosto ou que não tenho jeito para visita a equipe técnica também não pode dizer, como eu já ouvi um dizer: que é enfermeiro e não professor! Por isso acho que a educação tem que fazer parte do processo (de trabalho)”. (ACS 14)

Mais uma vez, os Agentes Comunitários de Saúde indicam o enfermeiro como responsável por operar a educação permanente em saúde, e que a eficiência da mesma está relacionada ao conhecimento teórico-prático, motivação do profissional de enfermagem e metodologia de ensino utilizada (sendo citada as metodologias inovadoras de ensino) para a educação permanente em saúde.

“No início nós tínhamos educação direto, por que como nós vamos à casa de uma pessoa? não é só fazer o cadastro, nós fomos aprendendo a observar o ambiente, a identificar risco, se fosse um idoso, olhar se tem tapete na casa, até como é o banheiro é importante. O que eu penso é que depende do profissional que entra na equipe, se você tem uma enfermeira que tem jeito para ensinar isso acontece bem, mas se ela não gosta, isso não acontece muito. Eu sinto falta de isso acontecer igual pra todo mundo. Eu já fui de 2 equipes aqui, e em cada uma acontece de uma forma”. (ACS 11)

“Eu já fui de outra equipe e isso realmente acontece, a minha enfermeira gosta, ela faz casos, apresentação, tudo para ser mais interessante, senão a gente acaba é dormindo. Mas nem todas são assim, isso eu acho que tem que melhorar. Alguém falou de um guia de educação, eu acho que isso facilitaria, hoje se o profissional da equipe gostar, nossa educação permanente acontecerá bem, mas se ele não gostar isso fica meio a critério dele, ele pode fazer ou não”. (ACS 04)

“Eu já mudei de equipe duas vezes, e agora mudei novamente, hoje percebo que cada equipe faz de uma forma. Na minha primeira equipe, isso não acontecia muito, só quando era em reunião geral, porque minha enfermeira era da comissão de educação permanente, aí ela tinha que fazer para toda a unidade. Na minha segunda equipe, isso já acontecia mais, tanto com a médica quanto com a enfermeira, elas explicavam mais as coisas. A equipe que eu entrei agora está bem, bem, desorganizada, o verdadeiro caos, não consigo dizer como isso vai acontecer.” (ACS 02)

“Eu lembro da reunião geral, a enfermeira e a médica que eram da comissão de educação permanente faziam uma agenda, nós sugeríamos os temas, foram aqueles do calendário da saúde, tipo outubro rosa, novembro azul, dezembro vermelho, e acontecia nas reuniões gerais, tinha na de equipe, só que mais rápida e menos elaborada eu acho. Na da reunião geral, tinha apresentação no data show, era mais ... elaborada. Isso era bom para as visitas e também para as salas de espera. Eu lembro até hoje, quando minha enfermeira falou que eu ia ter que fazer sala de espera, de negro fiquei branco, não sabia nada sobre saúde, o que eu ia falar? Hoje é

mais tranquilo, até para fazer as visitas, já sei o que tenho que observar, perguntar.” (ACS 06)

Quadro 1. Jogral com os principais desejos dos Agentes Comunitários de Saúde em relação a Educação Permanente para usuário de álcool ou outras drogas. Rio de Janeiro. 2019. n= 13.

Participante	Percepções
(ACS0 03)	Espaço para ouvir o agente (escuta qualificada).
(ACS 02)	Condições de trabalho.
(ACS 08)	Valorizar o potencial do agente.
(ACS 06)	Envolvimento da equipe.
(ACS 13)	Melhoria da gestão do município.
(ACS 12)	Manter o ACS na equipe, não sei, mas parece que não vai mais ter ACS nas equipes.
(ACS 01)	Mudança no cenário político.
(ACS 10)	Isso também, e organização do trabalho.
(ACS 07)	Valorizar o ACS.
(ACS 05)	Melhorar a política de saúde.
(ACS 04)	A equipe técnica participar e escutar mais os agentes.
(ACS 11)	Manter os agentes e voltar a fazer educação com a gente.
(ACS 09)	Mudar a gestão, para ter educação permanente.

Sabe-se que a Educação Permanente em Saúde é a produção do conhecimento a partir das vivências e experiências do cotidiano de trabalho. No âmbito da APS articula-se ações, docência e serviços a fim de efetivar estratégias essenciais para transformar o modo de trabalho.

A preparação dos ACS deve garantir conceitos singulares ao seu contexto de trabalho. Dessa modo, as reuniões devem respeitar os valores, costumes e necessidades de cada área de abrangência. A partir dos relatos, percebe-se a importância da Educação Permanente em Saúde na preparação dos ACS para atuarem junto aos usuários de álcool e outras drogas e agir conforme a demanda de cada pessoa.

No âmbito da saúde da família, a enfermagem é responsável por práticas assistências, administrativas e educativas. As ações de cuidado podem ser diretas ou indiretas e individuais ou coletivas (CAÇADOR et al., 2015).

Também se evidencia nos relatos, o reconhecimento do enfermeiro como educador e peça chave para a construção da EPS junto aos Agentes Comunitários de Saúde. Entretanto, observa-se que a sobrecarga de trabalho do enfermeiro e as mudanças no cotidiano de trabalho, oriundas da crise política e econômica, tem impedido que esse profissional aplique a Educação Permanente em Saúde com os demais profissionais da ESF.

Essa sobrecarga de trabalho, apesar de estar relacionada a maior demanda de serviços, também pode estar associada a falta de planejamento e organização eficiente das tarefas pelos profissionais da ESF.

A ineficiência do planejamento, faz com que os profissionais fiquem presos somente a demandas assistenciais, deixando a gestão do trabalho em segundo plano.

Além disso, o enfermeiro é responsável por supervisionar as atividades do Agentes Comunitários de Saúde, e a eficiência das ações dele é reflexo de um trabalho de EPS de excelência da enfermagem.

Conhecer o território e suas demandas de saúde são essenciais para que a enfermagem consiga materializar uma Educação Permanente em Saúde que seja eficaz para os problemas do território e que fomente a vontade de conhecimento e de aplicar a Educação Permanente em Saúde pelos Agentes Comunitários de Saúde (DIAS et al., 2019).

6.2.2.2 SUBCATEGORIA 2: METODOLOGIAS ATIVAS DE APRENDIZADO

Nessa subcategoria, os participantes discursam sobre suas experiências/vivências com as metodologias ativas de aprendizado.

Dentre as metodologias ativas existentes, foi citada a técnica de Performance, por meio do Teatro.

“Uma coisa também era como era feito, nós fazíamos teatro, nos montávamos uma situação e apresentava na reunião para poder conversar sobre isso. Por que aula mesmo, nem sempre ajuda, assim, você acaba se envolvendo e pensando sobre aquilo. O interessante é isso, você participar e aprender. Isso depois facilita meu trabalho”. (ACS 01)

“Depois de uma discussão dessas com teatro, nós fizemos até ação de arrecadação de roupa, de itens para banho, teve usuário que veio a unidade para tomar banho, e antes dessa educação (permanente), nunca que eu ia imaginar que o banho era tão importante e que ia acabar nos ajudando com aquele usuário. Por que aí, quando nós falávamos alguma coisa, ele aceitava melhor, até ir para CAPS. Quando eu participo eu aprendo.” (ACS 03)

Percebe-se que há preferência por esse método em detrimento dos métodos tradicionais.

“É, isso era muito bom, por que ficar sentado com alguém só falando, e as vezes nem é do nosso dia a dia, nem sempre vai absorver, agora com teatro, ou quando nós montávamos alguma coisa, eu acho que era mais produtivo. É, acho que a educação (permanente) tinha que ser sempre assim.” (ACS 05)

Um ACS cita uma experiência com simulação realística.

“No início, eu lembro dos teatros que nós mesmos fazíamos, isso era muito bom. Eu lembro até hoje e isso foi em 2012, lembro dele simulando um paciente com tosse. E aí quem estava assistindo, tinha que falar como ia atender, o que ia fazer, isso era melhor do que uma palestra, que as vezes a gente nem entende. Não sei, mas eu acho que a educação que funciona é essa, eu participando e aprendendo com isso.” (ACS 04)

Metodologias ativas são meios de ensino que usufruem vivências reais ou simuladas, buscando fomentar a solução de problemas do cotidiano social, e que contribuem com a construção de um aprendiz ativo, crítico, reflexivo e ético (MARQUES, 2018).

As metodologias ativas inserem o indivíduo para o meio do processo de ensino e aprendizagem, e o responsabiliza pela sua formação.

Nos relatos os participantes citam a preferência por metodologias ativas quando comparada a metodologias tradicionais.

A metodologia tradicional, também conhecida como pedagogia tradicional ou Escola tradicional; prevaleceu de forma singular até o final do século XIX, tendo como organização o princípio de educação como direito do povo e dever do Estado. Nessa metodologia, a escola se organiza de forma centrada em um professor bem preparado, que transmite o conhecimento que têm para os estudantes que terão que assimilá-lo (SOUZA et al., 2018).

Já a Escola Nova, ou pedagogia ativa, é definida como uma teoria em que os estudantes realizam a própria aprendizagem durante a interação com o educador. Ao professor, cabe a responsabilidade de guiar e acompanhar os estudantes no seu próprio descobrimento e processo de aprendizagem (VASCONCELOS et al., 2016)

A maior crítica à pedagogia tradicional, que é visualizada nos discursos dos sujeitos dessa presente pesquisa, é de que a aprendizagem ocorre de forma passiva, pela memorização e verbalização; o que difere da pedagogia ativa, que é caracterizada pela troca de conhecimentos entre professores e estudantes (FABBRO et al., 2018).

Nos discursos é possível identificar a utilização da metodologia da problematização durante as reuniões de Educação Permanente em Saúde.

A metodologia de problematização, se baseia na pedagogia libertadora de Paulo Freire, no materialismo histórico-dialético e construtivismo de Piaget.

Esse recurso pedagógico é embasado na aptidão do aluno em ser agente ativo do processo de transformação social, por meio da identificação de problemas reais e busca por soluções para os mesmos.

A principal referência para a metodologia da problematização é o método do Arcos de Maguerez. A primeira parte desse método é chamada de observação da realidade, que é quando o estudante visualiza o assunto a ser abordado de forma global, identificando dificuldades e potencialidade para a solução. A segunda parte, diz respeito a identificação dos pontos-chave do problema que podem ser a variável potencial para a solução. A terceira parte é a teorização, onde os aprendizes devem buscar esclarecimento teórico sobre o assunto. A quarta parte é denominada hipóteses de solução, onde os estudantes desenvolvem respostas criativas para o problema. E a quinta e última parte é conhecida como aplicação à realidade, que

ocorre quando as decisões escolhidas serão executadas (BORDENAVE; PEREIRA, 2010).

6.2.2.3 SUBCATEGORIA 3: EDUCAÇÃO PERMANENTE EMERGINDO DA PRÁTICA E DAS DEMANDAS DO TERRITÓRIO

Essa subcategoria diz respeito a importância da Educação Permanente em Saúde como ferramenta para a excelência das práticas cotidianas de trabalho.

Fica evidente, que a partir da Educação Permanente em Saúde os profissionais se empoderam das possíveis estratégias para resolução ou diminuição das demandas do usuário.

“Quando eu comecei aqui, tinham várias reuniões de educação (permanente), por que tudo era novo, tanto para mim quanto para os moradores. Eu ia pro território, para fazer cadastro e voltava cheia de perguntas aí essas reuniões servem para esclarecer. Isso eu acho que tem que voltar a acontecer, senão como eu vou aprender sobre as coisas que aparecem no território?”. (ACS 09)

“Em muitas visitas aparecem coisas que vamos discutindo nas reuniões de educação (permanente). Por que as vezes você vai para fazer um cadastro, e aparece um caso complexo, a pessoa começa a falar, falar, desabafar. A gente assume diversos papéis, dá orientação de nutricionista, de educador físico, vira até psicólogo. E por isso essas reuniões eram importantes. Por que eu não sou da saúde, aí vim trabalhar sem saber de nada, aí fui aprendendo, aprendendo, aprendendo coisas uteis que aparecem no meu território”. (ACS 08)

Além disso, também provam ter um "olhar" holístico quando citam levar até a ESF necessidades dos usuários que ainda são "invisíveis" para os outros profissionais, mostrando portando, que compreendem o "ser-humano" como biopsicossocial.

“Eu entendi que a educação permanente, tem que ser uma demanda da equipe ou do profissional, talvez por isso não possa ser tudo igual, mas talvez se tivesse um guia, não sei, alguma coisa assim, todos poderiam ter a mesma experiência. Tratar de coisas que realmente acontecem no dia a dia das equipes”. (ACS 05)

“Eu percebi que tudo foi um processo, no início íamos as capacitações fora da unidade, com o tempo, nossas duvidas foram surgindo no território e elas foram sendo esclarecidas aqui, não dava para esperar uma capacitação ou um curso para aprender sobre algo que estava no território. Por tem coisas que você vai e fica se perguntando para que isso vai servir. Por isso eu

acho que essas que acontecem na unidade são mais uteis, por que são coisas que vemos no dia a dia, na prática, sabe?”. (ACS 14)

A perspectiva de vivenciar características da existência cotidiana no trabalho do ACS e de sua associação com a atenção ofertada aos usuário de álcool e outras drogas da comunidade, contribuiu com um melhor conhecimento das dificuldades de lidar com o processo de cuidado a uma população vulnerável.

Os participantes discursam que no momento da Visita Domiciliar (VD), se deparam com situações que requerem um "olhar" interdisciplinar e holístico para se suprir as necessidade do indivíduo, e que a educação permanente em saúde é chave para a construção dessa nova forma de vislumbrar os problemas de saúde e sociais. Dentro da perspectiva da educação permanente em saúde, entende-se que o encontro entre profissional e usuário determina na realização de processos nos quais o saber profissional está à disposição do saber empírico do usuário.

A convergência dos discursos, exalta que os Agentes Comunitários de Saúde concordam que as necessidades do território fomentam a operacionalização da educação permanente em saúde. A partir das demandas dos usuários, que são levantadas pelos Agentes Comunitários de Saúde é possível construir as reuniões de educação permanente em saúde e desenvolver práticas educativas a serem aplicadas pelos Agentes Comunitários de Saúde, e que tenham impacto na qualidade de vida, bem-estar e saúde dos usuários de álcool e outras drogas.

A discussão dos entraves sobre a saúde da população assistida, contribui para o desenvolvimento da educação permanente em saúde e de ações a serem replicadas no contexto de trabalho.

A educação permanente em saúde é um atributo de ferramenta de modificação dos serviços de saúde, estimulando o entendimento e visão dos problema de cada profissional da ESF.

A educação é a variável principal para a construção de atitudes eficazes que terão reflexos positivos na busca dos resultados esperados para a população adstrita (MENESES et al., 2019).

7. CONCLUSÃO

A vivência de uma formação com Agentes Comunitários de Saúde, alicerçada na práxis da Educação Popular e Saúde, mostrou-se estratégia político-pedagógica em consonância com o que se pretende alcançar com a Política de Educação Permanente no contexto da Saúde da Família com foco na atenção ao usuário de álcool e outras drogas. Ademais, propiciou condições objetivas de aprendizado significativo, baseadas em discussões coletivas e processos reflexivos de situações concretas emergentes do cotidiano de trabalho.

Por meio da realização do grupo focal, concluiu-se que a percepção dos agentes comunitários de saúde a cerca da educação permanente sobre álcool e outras drogas encontra-se permeada de representações sociais e principalmente pelo cenário político, apesar dos entraves fica claro o anseio da inclusão da educação permanente na agenda como potente ferramenta para o processo de trabalho, proporcionando abordagens adequadas, livres de paradigmas que dificultem as intervenções efetivas.

Reconhecer a fortaleza do encontro, valorizar as trocas de experiências, ampliar a análise crítica dos fatos, sentir-se sujeito do processo de transformação da realidade, permitir-se colocar em pauta situações desafiadoras e dispor-se a delinear propostas de luta e enfrentamento foram algumas das potencialidades evidenciadas por meio da sistematização do processo formativo partilhado.

O poder decisório dos Agentes Comunitários de Saúde na escolha dos problemas trabalhados nas oficinas, além do desvelamento de desafios comuns e possibilidades de superação construídas entre os pares, foram aspectos que favoreceram a desestabilização de um conhecimento tido como consolidado do modo de entendimento, de atuação, de produção de cuidados e das interações estabelecidas no cotidiano. Essa proposta de modos operandi permite romper com uma lógica hegemônica alienadora e convida os sujeitos a se arriscarem em novas maneiras de produzir saúde, de aprender, de refletir sobre a prática.

Esse convite à reconstrução de saberes e práticas no contexto da Saúde da Família se deu com o uso de múltiplas linguagens e com o incentivo à criatividade dos participantes em suas diferentes formas de expressão – dinâmicas, dramatizações, elaboração de textos-síntese, dentre outras.

Cabe destacar, também: esse percurso se tornou possível em razão da experiência anterior da pesquisadora que desenvolveu ações de educação permanente em outro cenário, porém com a temática educação permanente, a qual teve a capacidade de identificar situações-problema latentes do contexto de estudo para o desencadeamento de propostas de pesquisas aplicadas que se façam relevantes, tanto para os sujeitos envolvidos quanto para cenários diversos onde se verifiquem desafios semelhantes.

Durante a análise das falas percebeu-se que as necessidades iam muito além dos limites da educação permanente. Impossível não destacar as necessidades tão afloradas destes profissionais frente à temática, que anseiam por escuta, condições adequadas de trabalho, valorização profissional, manutenção da figura do agente comunitário de saúde dentro do contexto da saúde da família e o que mais saltou nas falas, a mudança do cenário político do município do Rio de Janeiro.

Contudo, nossos objetivos foram atingidos à medida que o estudo permitiu levantar as principais percepções e necessidade dos agentes comunitários em relação à educação permanente para álcool e outras drogas.

Ficou claro que a atenção básica lida com problemas altamente complexos do cotidiano das famílias, dispendo de poucos recursos, em termos de densidade tecnológica, as já conhecidas tecnologias leves, reforçando a necessidade de ações contínuas de apoio e qualificação dos agentes comunitários de saúde. Apontamos ainda a necessidade de propostas de intervenção como a relatada neste estudo, garantindo a continuidade de ações consistentes de educação permanente, não sendo esta pessoa dependente e sim uma premissa de um serviço que busca excelência através da sua prática.

Fica, pois, o convite à elaboração de mais estudos que apliquem os referenciais aqui citados em outros cenários de prática, utilizando-os como potenciais ferramentas de transformação da realidade. Além disso, é recomendável a produção de ensaios analíticos sobre o impacto de processos pedagógicos como o socializado nesse recorte. Neles poder-se-á avaliar se ocorreram mudanças significativas na forma de atuação do ACS junto às famílias acompanhadas, ou se foi possível potencializar seu trabalho como educador popular, como incentivador da organização e participação comunitária, enfim, um sujeito eminentemente “promotor de saúde”.

É premente o reconhecimento do ACS como “sujeito de escolha”, “sujeito da história”, que, ao escolher como bandeiras de luta a saúde, como direito, e a concretude do verdadeiramente proposto na Estratégia Saúde da Família, percebe não ser possível aceitar uma adaptação ao saber hegemônico cartesiano, biomédico e reducionista. É preciso, então, inserir-se numa luta cotidiana para não ser objeto nem objetificar seus semelhantes, porquanto o compromisso consigo e com a humanidade exige responsabilidade e liberdade, em contraposição à pseudoneutralidade e ao determinismo daquele que, ao deter o poder equivocadamente, ainda insiste em querer naturalizar tal ação.

Este estudo almeja contribuir com uma reflexão sobre a importância da educação permanente voltada aos agentes comunitários de saúde que lidam diariamente com as mais diversas e complexas situações no território, sem o devido aporte de ferramentas que os instrumentalizem. Reconhece-se a devida importância desse profissional na ESF, atuando no território com uma visão ampliada sobre atenção ao usuário de álcool e outras drogas.

REFERENCIAS

_____. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004b. GIL, Célia R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 490-498, 2005.

_____. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

BARBOSA, Maria A. et al. Refletindo sobre o desafio da formação do profissional de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 56, n. 5, p. 574-576, 2012.

BARDIN L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Ed. 70; 2011.

BARROS, Daniela França. O Contexto da Formação dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, 2010 Jan-Mar; 19(1): 78-84. .

BORDENAVE, J. D; PEREIRA, A. M. *Estratégias de ensino-aprendizagem*. 30 ed. - Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

BORNSTEIN, V. J.; MATTA, G. C.; DAVID, H. O processo de trabalho do agente comunitário de saúde e sua incidência sobre a mudança do modelo de atenção em saúde. In: MONKEN, M.; DANTAS, A. V. *Estudos de politécnica e saúde*. Rio de Janeiro: Epsjv, 2009. v. 4, p. 191-219.

BORNSTEIN, V. J.; STOTZ, E. N. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão de literatura. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 259-268, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. *Saúde Mental*. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/conheca_raps_rede_atencao_psicossocial.pdf> Acessado em 14/03/2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília. DF: Senado, 2014.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 5 de outubro de 1988.

BRASIL. Decreto n.º 3.189, de 4 de outubro de 1999. Fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS), e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 out. 1999.

BRASIL. Decreto Nº 2.208, de 17 de abril de 1997: regulamenta o § 2º do art. 36 e os arts. 39 a 42 da Lei nº. 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 18 Abr. Seção 1.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. Lei n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da União, Brasília, 23 dez. 1996. Brasil. Seção 1, p. 27.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos / Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Ministério Público. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 60 p.: il. ISBN 978-85-334-2162-2 1. Serviços de saúde mental. 2. Carência psicossocial. 3. Criança. 4. Adolescente. I. Título. II. Conselho Nacional do Ministério Público.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Documentos preparatórios para a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: trabalhadores da saúde e a saúde de todos os brasileiros: práticas de trabalho, gestão, formação e participação. 2. ed. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Educação Permanente em saúde: um movimento instituinte de novas práticas no Ministério da Saúde: agenda 2014. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS) 3. ed. Brasília: 2005.

BRASIL. Ministério da saúde. Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF, 1997. Disponível em <http://http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf> acessado em 07/12/2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica – Brasília. Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: < http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php?conteudo=agente_comunitario_saude> Acessado em: 22/02/2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília:

Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. E-gestor – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em:

[HTTPS://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/reHistoricoCoberturaAB.xhtml;jsessionid=IQ-37DMJRu-NuBNUNEWmdRVN](https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/reHistoricoCoberturaAB.xhtml;jsessionid=IQ-37DMJRu-NuBNUNEWmdRVN)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Portaria n.º 1298, de 28 de novembro de 2000. Institui a Rede de Escolas Técnicas e Centros Formadores vinculados às instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (RET-SUS). Diário Oficial da União. Brasília, DF, 29 nov. 2000a. Disponível em: Acesso em: 23 dez. 2017.

BRASIL. PORTARIA Nº 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. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em 12/12/2017.

CAMPOS, Francisco E. et al. Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica. Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 53-59, 2001.

CARLINI-COTRIM, B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. *Rev. Saúde Pública, São Paulo*, v. 30, n. 3, p. 285-93, 1996.

CARLINI, E.A.; GALDURÓZ, J.C.F. (Coord.). *II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005*. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID/SENAD, 2006. 468 p.

CARNEIRO JUNIOR, N et AL. Organização de práticas de saúde equânimes em atenção primária em região metropolitana no contexto dos processos de inclusão e exclusão social. *Ver. Saúde e Sociedade, São Paulo*, v. 15, n. 3, 2006.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro*, v.14, n.1, p.41-65, 2004.

CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface (Botucatu)*, v.9, n.16, p.161-8, 2005.

CECCIN, R.B.; FERLA, A.A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. *Trab. Educ. Saúde*, v. 6 n. 3, p. 443-456, nov.2008/fev.2009.

COELHO, J. G.; VASCONCELLOS, L. C. F.; DIAS, E. C. A formação de agentes comunitários de saúde: construção a partir do encontro dos sujeitos. *Trab. educ. saúde*, v. 16, n. 2, p. 583-604. 2018.

COSTA NR, Pinto LF. Avaliação de programa de atenção à saúde: incentivo à oferta de atenção ambulatorial e a experiência da descentralização no Brasil. *Ciência Saúde Coletiva*, v. 7; n. 4; p. 907-923. 2002.

CRESWELL, J.W. *Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed: Bookman, 2010.

CRUZ, M.S. (Org.). *As redes comunitárias e de saúde no atendimento aos*

usuários e dependentes de substâncias psicoativas. 4. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, 2009. SUPERA – Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento.

DALL'AGNOL, C.M; Trench, M. H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisa na enfermagem. Revista Gaúcha de Enfermagem. v.20, n.1, p.5-25, jan,1999.

DIAS, J. A. A. et al. O pensamento crítico como competência para as práticas do enfermeiro na estratégia saúde da família. Revista enfermagem UERJ, v. 26, e30505, 2018.

FERRAZ, L.L. Educação à distância na educação permanente dos profissionais da saúde: revisão. Revista Eletrônica Gestão & Saúde. p. 2118-27, 2013.

FERNANDES, R. H. H.; VENTURA, C. A. A. O auto-estigma dos usuários de álcool e drogas ilícitas e os serviços de saúde: uma revisão integrativa da literatura. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.), v. 14, n. 3, p. 177-184, 2018.

FLEURY, S. M. & OOVERNEY, A. M. Gestão em redes: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007, 204p.

GIL, A.C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GODOY, M.T.H.; MUNARI, D. B. Análise da produção científica sobre a utilização de atividades grupais no trabalho do enfermeiro no Brasil: 1980 a 2003. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 14, n. 5, p. 786-802, 2006.

GOMES, T. B.; VECCHIA, M. D. Estratégias de redução de danos no uso prejudicial de álcool e outras drogas: revisão de literatura. Ciênc. saúde coletiva, v. 23, n. 7, p. 2327-2338, 2018.

GRYSCHER, G.; PINTO, A. A. M. Saúde Mental: como as equipes de Saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica? Ciência saúde coletiva, v. 20, n. 10, p. 3255-3262. 2016.

HARZHEIM, E.; STARFIELD B.; RAJMIL L.; ÁLVAREZ-DARDET, C.; STEIN A.T. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cad. Saúde Publica* 2006; 22(8):1649- 1659

LARANJEIRA et al. II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas - Consumo de álcool no Brasil: tendências entre 2006/ 2012. São Paulo: Inpad, 2013.

LARANJEIRA, R.; ROMANO, M. Consenso brasileiro sobre políticas públicas do álcool. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 26; p.68-77, 2004.

MALTA, D. C. et al. O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise. *Ciência saúde coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1799-1809. 2018 .

MINAYO, M.C.S. (org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 21. ed., Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 30. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

MELO, B. C. A.; ASSUNCAO, J. I. V.; VECCHIA, M. D. Percepções do Cuidado aos Usuários de Drogas por Agentes Comunitários de Saúde. *Psicol. pesq.*, v. 10, n. 2, p. 57-66, dez. 2016.

MENDES, A.; CARNUT, L. Capitalismo contemporâneo em crise e sua forma política: o subfinanciamento e o gerencialismo na saúde pública brasileira. *Saúde soc.*, v. 27, n. 4, p. 1105-1119, 2018.

MOROSINI, M. V. Educação e trabalho em disputa no SUS: a política de formação dos agentes comunitários de saúde. Rio de Janeiro: Epsjv, 2010.

NOGUEIRA, C. M. M.; NOGUEIRA, M. A. A sociologia da educação de Pierre Bourdieu: limites e contribuições. *Educ. Soc.* [online]. 2002, vol.23, n.78, pp.15-35. ISSN 0101-7330.

NOGUEIRA, R. P. O trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dimensão técnica “universalista” e a dimensão social “comunitarista”. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 91-93, 2002. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. O trabalho do agente comunitário de saúde. Brasília, DF; 2000b.

NUNES, T. C. M.; MARTINS, M. I. C.; SÓRIO, R. E. R. Proposições e estratégias de transformação dos recursos humanos em profissionais de saúde comprometidos com um sistema de saúde acessível, qualificado, sensível e humanizado. *Cadernos da Décima Primeira Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, 2000.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Manual mhGAP de Intervenções para Transtornos Mentais, Neurológicos e por Uso de Álcool e outras Drogas para a Rede de Atenção Básica à Saúde. Washington: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2010.

PAES-SOUSA, R; RASELLA, D.; CAREPA-SOUSA, J. Política econômica e saúde pública: equilíbrio fiscal e bem-estar da população. *Saúde debate*, v. 42, n. spe3, p. 172-182, 2018.

PAI, D. D. et al. Violência, burnout e transtornos psíquicos menores no trabalho hospitalar. *Rev. esc. Enferm. USP*, v. 49, n. 3, p. 457-464, 2015.

PAIM, J. S. Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994.

PATTON, M. Q. *Qualitative evaluation and research methods*. 2. ed. Thousand Oaks: Sage; 1990.

PAULINO V.C.P et al. Educação permanente e saúde da família. *Revista de Enfermagem UERJ*, v. 20, n.3, p.312-316, 2012.

PIRES, L. F. B et al. Estratégia saúde da família e assistência ao dependente químico: ações conjuntas ou isoladas? *Rev. Eletr. Enf*, v. 18, p. e1180, 2016.

RESSEL, L. B. et al. Grupo focal como estratégia para coletar dados de pesquisa O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa - 786 - Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2008.

Rio de Janeiro. Plano Estratégico da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro 2009-2012 - pós-2016. O Rio mais integrado e competitivo. Rio de Janeiro: Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro; 2010.

Rio de Janeiro. Plano Municipal de Saúde 2009-2013. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil; 2009.

Rio de Janeiro. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Plano Diretor da Cidade de Saúde. Rio de Janeiro, SMSDC-Rio, 2009 [Acesso: 05 Ago 2013]. Disponível em: http://www.camara.rj.gov.br/planodiretor/pd2009/audiencias_pd/Apresentacao_PD_Saude_SMSDC22-09-09.pdf

SAÚDE DEBATE, Rio de Janeiro , v. 36, n. 95, p. 506-511, Dec. 2012 .A gestão municipal e a garantia do direito à saúde. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042012000400001&lng=en&nrm=iso>. access on 20 May 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042012000400001>.

SCHRAMM, J. M. A.; PAES-SOUSA, R.; MENDES, L. V. P. Políticas de austeridade e seus impactos na saúde: um debate em tempos de crise. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018.

SIMOU, E.; KOUTSOGEORGOU E. Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: a systematic review. Health policy. V. 115, n. 2-3, p. 111-119. 2014.

STEWART, D. W.; SHAMDASANI, P. Focus group research: exploration and discovery. Newbury Park: Sage, 1990.

SOUZA, E. F. D.; SILVA, A. G.; SILVA, A. I. L. F. Metodologias ativas na graduação em enfermagem: um enfoque na atenção ao idoso. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 71, supl. 2, p. 920-924, 2018.

SOUZA, L. G. S.; MENANDRO, M. C. S.; MENANDRO, P. R. O alcoolismo, suas causas e tratamento nas representações sociais de profissionais de Saúde da Família. *Physis* [online]. v. 25, n.4, pp.1335-1360. 2015.

TRAD, L.A.B. et.al. Estudos etnográfico de satisfação do usuário do programa de saúde da família (PSF) na Bahia. *Ciência & Saúde Coletiva* [online], v.7, n3, p 581- 589, 2002.

UNODC – UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. From Coercion to Cohesion: treating drug dependence through healthcare not punishment. Discussion paper based on a scientific workshop. Viena, 2010.

VASCONCELOS, M. P. N. et al. Curso de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas: considerações acerca das metodologias ativas no processo de ensino-aprendizagem. *Pesquisa Práticas Psicossociais*, v. 11, n. 3, p. 702-715. 2016 .

VEIGA, L.; GONDIM, S. M. G. A utilização de métodos qualitativos na Ciência Política e no Marketing Político. *Opin. Publica, Campinas*, v. 7, n. 1, p. 1-15, 2001.

WATANABE, M.G.C. Mudanças curriculares no curso de Odontologia da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo: um olhar para a aproximação com os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde [Tese]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo, 2007.

WESTPHAL, M. F.; BÓGUS, C. M.; FARIA, M. M. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. *Boletim Oficina Sanitária Pan Americana*, v. 120, n. 6, p. 472-482, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO).Global status report on alcohol and health 2012.Genebra: WHO; 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A- QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICOS

Ficha de Dados Sócio demográficos

Código do participante: _____

Gostaria que me respondesse algumas perguntas sobre você:

Gênero: Masculino Feminino

Idade: _____ anos

Estado civil: Solteiro(a). Casado(a). Separado(a) / divorciado(a) /
desquitado(a). Viúvo(a). União estável

Número de Filhos: _____

Raça/cor: Branco(a). Pardo(a) Negro(a). Amarelo(a). Indígena

Grau de escolaridade:

2º Grau incompleto 2º Grau completo

3º Grau incompleto 3º Grau Completo Qual? _____

Especialização Qual? _____

Tempo de atuação como ACS: _____

Já havia trabalhado na área da Saúde: Sim Não

Trabalha em outros serviços de saúde? Sim Não Público ou privado?

Obrigada pela participação!

APÊNDICE B

ROTEIRO DO GRUPO FOCAL

Roteiro do Grupo Focal: Realizado com os Agentes Comunitários de Saúde

Após explicar a metodologia que será utilizada no grupo, solicitar permissão para gravá-la. Autorizada a gravação, iniciar o grupo.

1º Sessão - Temática: Educação permanente, como ferramenta para o processo de trabalho na atenção ao usuário de álcool e outras drogas.

- a) O que vocês entendem como educação permanente?
- b) Acreditam que ela ocorre na sua unidade? De que forma?
- c) Na sua opinião a educação permanente, é uma ferramenta útil para o seu processo de trabalho na atenção ao usuário de álcool e outras drogas?

2º Sessão - Temática: As temáticas discutidas e aplicação no cotidiano do trabalho na atenção ao usuário de álcool e outras drogas.

- a) De que formas as temáticas da educação permanente são definidas?
- b) Pensando nas temáticas que são discutidas na educação permanente, de forma contribuem para seu cotidiano no trabalho?
- c) Você avalia a necessidade de melhora do conteúdo da educação permanente, para que se tornem mais abrangentes?
- d) Vocês têm facilidade de resolver problemas relacionados aos usuários em uso de álcool e outras drogas?

ANEXOS

ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -
SMS/RJ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Educação Permanente do Agente Comunitário de Saúde na Atenção ao usuário de álcool e outras drogas

Pesquisador: ANA PAULA SANTOS MORATO EMIDIO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 95888718.3.3001.5279

Instituição Proponente: RIO DE JANEIRO SEC MUNICIPAL DE SAUDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.098.553

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de dissertação de Mestrado apresentado à banca do Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro - Instituto De Atenção À Saúde São Francisco De Assis/HESFA, na forma de um estudo exploratório descritivo de abordagem qualitativa segundo Minayo, considerando-se a natureza subjetiva e dinâmica do objeto a ser pesquisado, ou seja, qual a percepção dos Agentes Comunitários de saúde que atuam na atenção primária sobre a contribuição da educação permanente, no seu processo de trabalho na atenção ao usuário de álcool e outras drogas. Este estudo será desenvolvido a partir da coleta de dados utilizando grupo focal, abordando a percepção dos agentes comunitários de saúde sobre a educação permanente na atenção ao usuário de álcool e outras drogas. Os resultados serão discutidos com base nos referenciais da educação permanente como proposta pedagógica crítica.

O projeto foi analisado previamente pelo CEP de origem, qual seja da UFRJ/EEAN/Hospital São Francisco. Foram solicitadas complementações de dados apresentados adequadamente pela pesquisadora e aceitos pelo CEP/EEAN.

Objetivo da Pesquisa:

* Objetivo Primário:

- Verificar a percepção dos Agentes Comunitários de Saúde em relação a educação permanente sobre álcool e outras drogas.

* Objetivos Secundários:

- Identificar o perfil sócio demográfico dos agentes comunitários de saúde de uma unidade de saúde da área programática 3.2;

- Levantar as principais percepções e necessidades dos ACS em relação à educação permanente para álcool e outras drogas, contribuindo para a atenção ao usuário.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

* Riscos:

- A pesquisa oferece riscos mínimos aos seus participantes, tendo como riscos potenciais desta pesquisa estão atrelados ao risco de sentir desconforto ao compartilhar informações pessoais e/ou incômodo de falar. A responsável pela realização do estudo se compromete a zelar pela integridade e o bem-estar dos participantes da pesquisa, proporcionando ambiente tranquilo, assegurando que não haverá divulgação de imagens ou dados que possibilitem identificar os participantes.

* Benefícios:

- Os benefícios relacionados à sua participação nesta pesquisa envolvem a qualificação do processo de educação permanente dos agentes comunitários de saúde na atenção ao usuário de álcool e outras drogas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Mestrado Profissional em atenção básica. Estudo exequível. Aprovado pelo CEP de origem com Parecer Consubstanciado No. 3.060.034, em 05/12/2018.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Esta relatoria, tendo analisado os documentos trazidos pela pesquisadora, assim como o parecer consubstanciado do CEP de origem, EEAN/HESFA/UFRJ, entendeu que a pesquisa atende os termos da Resolução 466/12 do CNS/MS, podendo a aprovação da pesquisa ser reiterada pelo CEP/SMS.

Considerações Finais a critério do CEP:

Sr.(a) Pesquisador(a),

Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP/SMS-RJ como emenda. Deve-se aguardar o parecer favorável do CEP/SMS-RJ antes de efetuar a modificação. Atentar para a necessidade de atualização do cronograma da pesquisa.

Caso ocorra alguma alteração no financiamento do projeto ora apresentado (alteração de patrocinador, modificação no orçamento ou copatrocínio), o pesquisador tem a responsabilidade de submeter uma emenda ao CEP/SMS-RJ solicitando as alterações necessárias. A nova Folha de Rosto a ser gerada deverá ser assinada nos campos pertinentes e entregue a via original no CEP/SMS-RJ.

O CEP/SMS-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas a este CEP/SMS-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Acrescentamos que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (item IV.3 .d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12) e deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.5.d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 20 de Dezembro de 2018

Assinado por:

Salesia Felipe de Oliveira

ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde

Você está sendo convidado (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa intitulada: **Educação Permanente do Agente Comunitário de Saúde na atenção ao usuário de álcool e outras drogas**, que tem como objetivo central: Verificar a percepção dos Agentes Comunitários de Saúde em relação à educação permanente sobre álcool e outras drogas.

Sua participação não é obrigatória e consistirá em participação em grupo focal, e incluirá gravação das falas. Não serão publicados dados ou informações que possibilitem sua identificação, assegurando ao participante a privacidade quanto aos dados coletados. A qualquer momento você pode desistir de participar, retirando seu consentimento. A recusa, desistência ou suspensão da sua participação na pesquisa não acarretará em prejuízo. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração.

Os riscos desta pesquisa são mínimos aos participantes, quanto à exposição de suas percepções. A responsável pela realização do estudo se compromete a minimizar toda e qualquer exposição mantendo um ambiente ético e seguro. Assinando esse consentimento, o (a) senhor (a) não desiste de nenhum de seus direitos. Além disso, o (a) senhor (a) não libera o pesquisador de suas responsabilidades legais e profissionais no caso de alguma situação que lhe prejudique. A sua participação é inteiramente voluntária. Uma vez aceitando participar desta pesquisa, o(a) Ser(a) deverá se sentir livre para abandonar o estudo a qualquer momento do curso deste, sem que isto afete o seu cuidado ou relacionamento futuro com esta instituição. O pesquisador deste estudo também poderá retirá-lo do estudo a qualquer momento, se ele julgar que seja necessário para o seu bem estar.

Se você aceitar participar, estará contribuindo para o estudo que trará a percepção dos agentes comunitários de saúde quanto ao processo de educação permanente com foco no usuário de álcool e outras drogas.

Os dados coletados serão mantidos permanentemente em um banco de dados de pesquisa, com acesso restrito, para utilização em pesquisas futuras.

Você receberá uma via deste termo onde constam os contatos dos Comitês de Ética e do pesquisador responsável, podendo eliminar suas dúvidas sobre a sua participação agora ou a qualquer momento. Caso concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma sua e a outra do pesquisador responsável.

Ana Paula Santos Morato Emídio
Pesquisador responsável
E-mail: Paula.emidiorj@gmail.com
Cel.: 21 987632163

CEP-EEAN/HESFA/UFRJ

Tel.: 21-39380962

E-mail: cepeeahesfa@gmail.com ou cepeeahesfa@eean.ufrj.br

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde
do Rio de Janeiro - Rua: Evaristo da Veiga (Instituição
Coparticipante), 16 - 4º andar - Sala 401 – Centro/Rio de Janeiro –
Tel.: (21) 2215-1485 - CEP: 20031-040 - E-mail:
cepsms@rio.rj.gov.br ou cepsmsrj@yahoo.com.br

Assinatura do participante: _____

Declaro estar ciente do inteiro teor deste Termo de Consentimento e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Recebi uma via assinada deste formulário de consentimento.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 201_.