

Desafio do ensino em saúde do modelo psicossocial na problemática do uso abusivo de álcool e outras drogas

The challenge of health education of the psychosocial model in the problem of abusive use of alcohol and other drugs

Maria de Nazareth Rodrigues Malcher de Oliveira Silva¹

¹ Universidade de Brasília, Faculdade Ceilândia, Doutora em Psicologia Clínica. malchersilva@unb.br

RESUMO

Este estudo discute o desafio do ensino do modelo psicossocial na problemática do uso abusivo de álcool e outras drogas. Abordagem qualitativa, em documentos governamentais do ensino superior, aprendizagem em serviço e entrevistas com profissionais de três Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, com análise de conteúdos dos dados. Avanços no ensino superior em saúde e na educação permanente em serviço, por meio de políticas públicas. Entretanto, ainda são inexpressivos na realidade dos serviços, com consequências na efetividade do tratamento. Fragilidades na aprendizagem dos profissionais e cenário dos serviços comprometem as tecnologias inovadoras do modelo psicossocial.

Palavras-chave: ensino em saúde; modelo psicossocial; álcool e outras drogas; CAPS AD

ABSTRACT

Study that discusses the learning the psychosocial model of the Centers of Attention Psychosocial Alcohol and Drugs. Qualitative, in government documents of teaching in health and in-service learning, and interviews with professionals, with analyzed the contents and triangulated the results. Presented advances in higher education in health and in continuing education by sectoral policies. However, there is still low incentive in the reality of services and consequences in the effectiveness of care. Weaknesses in the training and setting of services hinders the inclusion of innovative technologies corresponding to mental health policy.

Key-words: learning health; psychosocial model; alcohol and other drugs; CAPS AD

INTRODUÇÃO

A formação em saúde, ao longo do tempo, apresentou mudanças históricas e significativas influenciado por contextos diversos, como o cuidado em saúde mental, que por meio do modelo psicossocial instituído por políticas governamentais atuais, incluiu práticas e estratégias terapêuticas inovadoras no cotidiano dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

O modelo psicossocial em saúde mental foi regulamentado pela Lei 10.216, denominada Política de Saúde Mental¹, com inclusão de intervenções extra-hospitalares na comunidade e com envolvimento intersetorial². Após 20 anos desta Lei o modelo ainda encontra-se em processo de consolidação em todos os estados brasileiros, com baixa cobertura dos dispositivos da RAPS que responda pelas demandas em saúde mental, como na problemática do uso abusivo de álcool e outras drogas³.

A Política Nacional sobre Droga iniciou em 1998 voltada para a redução de demanda de droga, que, mais adiante, em 2006, integrou-se como uma política intersetorial, incorporou ações de descentralização, estreitou laços com a sociedade e a comunidade científica, e focou em um tratamento integral e de inserção social de pessoas em uso problemático de álcool e outras drogas⁴.

Entre os diversos dispositivos que compõem a RAPS da Política Nacional sobre Drogas está o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), que é um serviço substitutivo de atenção especializada em saúde mental para o cuidado ao uso problemático de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)^{3,4}.

O CAPS AD adota o modelo psicossocial, na qual oferece tratamento interdisciplinar com abordagem em redução de danos no território por meio do apoio da RAPS e da rede intersetorial, possibilitando a inserção social. Neste sentido, os profissionais, no cotidiano destes serviços, deveriam apresentar um perfil complexo de competências e habilidades, que incluem, além de conhecimentos científicos oriundos de suas formações de origem, também saberes ligados à gestão do serviço, à produção de evidências, ao trabalho em equipe inter e multiprofissional, à disponibilidade e iniciativa para a atuação em rede intersetorial, e à adoção de novas práticas e estratégias terapêuticas que qualifique a atenção e segurança das pessoas atendidas.

Este perfil de competências e habilidades requeridas pelo modelo psicossocial é considerado um dos nós críticos no cotidiano dos serviços e um desafio na inovação em saúde, pela necessidade de desenvolver novas abordagens e tecnologias em saúde, diferentes

das adotadas anteriormente, que possibilite um cuidado com foco na singularidade dos processos produtivos em saúde e inserção social⁵.

O profissional de saúde, considerado um operador do cuidado, deverá ser capacitado para gerenciar, como técnico de referência, os processos de trabalhos e construir uma rotina de práticas e tecnologias em saúde, denominadas de baixa exigência⁴, ou tecnologias leves⁶, compondo uma equipe interdisciplinar que gere articulações intersetoriais territoriais, inserção social e promoção de saúde.

Esta realidade, consequências do avanço tecnológico, da mudança do paradigma do cuidado em saúde mental, da necessidade do trabalho interdisciplinar, da heterogeneidade dos sujeitos, da complexidade do campo em saúde mental para as questões de álcool e outras drogas, e da busca por novas técnicas e tecnologias efetivas no cuidado em saúde; geram demandas e mudanças atuais ocorridas nas políticas públicas a formação dos futuros trabalhadores, pelas Instituições de Ensino Superior (IES) e pela Educação Permanente em Serviço (EPS), baseada na reflexividade, no pensamento complexo e nas inovações clínicas em saúde mental^{5,6}.

No caso das IES, estas não deveriam se apoiar, predominantemente, nas tecnologias duras, mas também considerar as tecnologias leves ou de baixa exigência^{4,5,6,7} e assim estimular competências para compreensão do campo epistemológico do modelo psicossocial em saúde mental e de estratégias terapêuticas norteadoras da política sobre drogas que responda as demandas desta problemática⁸.

O ensino superior em saúde foi influenciado por três ocorrências históricas mundiais: as concepções reducionistas das ciências do século XIX com o surgimento de ciências polidisciplinares; a inclusão de domínios científicos; e a necessidade de entender a realidade complexa, circular, multirreferencial e contextualizada dos processos saúde-doença⁹.

Na política educacional brasileira essas mudanças foram significativas e necessárias para a reorganização nos currículos dos cursos em saúde das IES, como por exemplo, a Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI) e o Programa Universidade para Todos (PROUNI); e a reformulação das Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação da área da Saúde (DCNS), que passaram a exigir uma formação focada em competências generalista, humanizada, reflexiva e crítica para domínios político, técnico, ético e pedagógico, para o enfrentamento de situações reais de vida e do trabalho⁹.

No caso da EPS, considera-se uma estratégia relevante para a continuidade de aprendizagem em serviço dos profissionais. Esta política é regida pela Portaria 1.996 GM/MS de 20/08/200 e uma forma de consolidar o modelo psicossocial, mas que, na prática, ainda se

apresenta inexpressiva, e pouco efetiva nos serviços, pela complexidade da problemática do seu abusivo de álcool e outras drogas e pela articulação da RAPS, porém, ainda assim, necessária em função das lacunas deixadas pelo ensino superior em saúde e as necessidades locais de aprendizagem dos profissionais de saúde¹⁰.

A partir de 2009, diversos documentos governamentais incentivaram à formação das equipes de profissionais, como a Portaria 3.088, que reorientou os dispositivos de cuidado da RAPS incentivando a promoção de estratégias de educação permanente³; ou o *Plano Crack é possível vencer*, ocorrido em 2010, com ações nos eixos: cuidado, prevenção e autoridade, e na qual entre diversos objetivos, incentivou a educação permanente com os profissionais da rede intersetorial, influenciado por organismos nacionais e internacionais pelo avanço no consumo de drogas e vulnerabilidades associadas ao uso abusivo¹².

Alguns autores^{8,14}, em pesquisas desenvolvidas com trabalhadores do setor público, apresentaram críticas sobre as práticas médicas e sobre a formação de profissionais de saúde ainda predominantemente centrada em práticas e saberes tecnicistas e com baixo investimento em conteúdos relacionados aos aspectos psicossociais. Além disto, há problemas nos serviços públicos de saúde com baixa adesão de pacientes aos tratamentos e alta rotatividade dos profissionais nos serviços.

Neste contexto, mostra-se relevante os investimentos governamentais em programas de EPS em saúde mental para problemática do uso abusivo de álcool e outras drogas como uma estratégia diretiva para o desenvolvimento de práticas inovadoras em saúde que busquem entender o contexto e a integralidade, no sentido de transformá-la em efetividade de cuidado em saúde mental^{18,20}.

Diante do cenário descrito, encontra-se o objetivo deste estudo que é de discutir o desafio do ensino em saúde do modelo psicossocial na problemática do uso abusivo de álcool e outras drogas, refletindo sobre as demandas deste modelo e os desafios na aprendizagem dos profissionais.

MÉTODO

Este estudo foi de natureza qualitativa e descritiva, realizado em três etapas: (1) o estudo teórico em documentos governamentais sobre ensino superior em saúde, aprendizagem em serviço e atuais incentivos em capacitações em saúde mental no campo do uso problemática de álcool e outras drogas; (2) o estudo empírico, por meio da realização de entrevistas semiestruturadas com os profissionais que trabalham nos CAPS AD sobre as competências necessárias para o desenvolvimento do cuidado em saúde mental, o ensino

superior e a aprendizagem em serviço; e (3) a análise dos conteúdos das etapas anteriores e triangulação dos resultados teóricos e empíricos.

Na pesquisa em sites governamentais foram estudados 20 documentos, como: a Lei nº 9.394 (23/12/1996), a Lei nº 10.172 (09/01/2001), a Lei 10.861 (14/04/2004), a Lei 11.096 (13/01/2005), o Decreto n. 2.207 (15/04/1997), o Decreto nº 5.773 (09/05/2006) o Decreto nº 6096 (24/04/2007), a Resolução CNE/CES nº 3 (07/11/2001), o Parecer CNE/CES nº 1.133 (07/08/2001), o Parecer CNE/CES nº 492 (03/04/2001), o Parecer CNE/CES nº 62 (19/02/2004), o Parecer CNE/CES nº 1.210 (12/09/2001), além de publicações do Ministério da Educação [MEC] (2006, 2007, 2009), Ministério da Saúde [MS] (2004, 2009) e Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais [INEP] (1999, 2006, 2012). Os dados levantados nesta etapa foram organizados em uma planilha de conteúdo e aplicado a análise de conteúdo categorial temática.

O estudo empírico ocorreu em CAPS AD habilitados pelo Ministério da Saúde, selecionados por conveniência, um no Município de São Paulo denominado no estudo de CAPS AD SP, e dois no Distrito Federal (CAPS AD DF 1 e CAPS AD DF 2).

Estes serviços compõem a RAPS e apresentam características distintas. No Distrito Federal apresentou baixa cobertura de 46,6 % em relação ao índice populacional de 100 mil habitantes, e vem desde 2011, em expansão, com abertura destes serviços. Enquanto que no Município de São Paulo o serviço escolhido foi considerado de qualidade e efetividade pelo Ministério da Saúde no tratamento de pessoas com problemas de uso abusivo de álcool e outras drogas, sendo indicado como serviço de referência formativa do Brasil em conjunto com mais de 21 centros de tratamento de diferentes partes do mundo³.

Os três CAPS AD do estudo possuem 160 profissionais. Desse total, participaram das entrevistas 22 profissionais de diversas áreas (26,8%), nos quais sete no CAPS AD DF 1 (32%), oito no CAPS AD DF 2(36%) e sete no CAPS AD SP (32%).

O instrumento de pesquisa utilizado na entrevista foi um roteiro organizado em duas partes, uma com questões fechadas sobre dados sociodemográfico e outra com três questões abertas sobre o processo formativo dos profissionais, o perfil de competências necessárias ao trabalho nos CAPS AD, e as experiências e oportunidades de aprendizagem no serviço.

As entrevistas foram gravadas, posteriormente transcritas integralmente, e submetidas à análise de conteúdo temática categorial. Os dados foram organizados em um arquivo único, com as respostas dos participantes, levantamento de categorias de conteúdo, seleção das unidades de conteúdo definidas, reorganização das categorias, cálculo da frequência de evocações por categorias de conteúdo e identificação das falas mais representativas das

mesmas, apresentadas descritivamente triangulando os dados, e ilustrado com vinhetas extraídas do corpus de análise, na qual serão citadas com pseudônimo de “profissionais” para preservar a identificação dos participantes.

Os resultados levantados nos dados do estudo teórico e empírico apresentaram temáticas descritivas: (1) do processo evolutivo histórico da educação superior em saúde; e (2) da análise dos conteúdos das entrevistas dos 22 profissionais.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde, Universidade de Brasília (CEP/FS/UnB) sob o N° 551.779, e todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente o perfil sociodemográfico dos participantes foi de prevalência de profissionais do sexo feminino (84%), com graduações diversas, como Pedagogia e Educador Físico, categorias únicas apenas no CAPS AD SP; além de Medicina, especialistas em Clínica Geral e Psiquiatria, Psicologia, Técnico de Enfermagem, Enfermagem e Serviço Social. Participaram também da entrevista os três gerentes do serviço, na qual apenas no CAPS AD SP é um profissional da área administrativa.

Os participantes cumprem uma jornada semanal de 20 ou 40 horas, possuem vínculo do tipo estatutário, a exceção do CAPS AD SP, que possui, em seu quadro de pessoal, cinco funcionários com contratos celetistas. O tempo de trabalho dos profissionais nos três CAPS AD é de três a quatro anos de serviço na área (69%).

A etapa do estudo teórico possibilitou conhecer o panorama da educação superior em saúde com mudanças influenciadas por contextos sociais e políticos nacionais e internacionais. Inicialmente é importante destacar o incentivo para pluricelulares de ensino-pesquisa-extensão para o domínio e cultivo do saber humano, produção científica, mas com prevalência de instituições privadas (64%) em relação às públicas, com desigualdade regional, na área de humanas e concentração na pós-graduação^{2, 16, 17}.

Além disso, com base nas necessidades e desafios do século XXI, mudanças ocorreram com o processo de renovação das diretrizes curriculares dos cursos de saúde, permanente avaliação dos currículos, mas principalmente, o plano de reestruturação e expansão das universidades federais, com metas de melhorias gradual diversas para qualidade do ensino superior das IES^{15, 16, 17}.

É importante ressaltar que o panorama da educação superior em saúde ocorreu em paralelo ao momento histórico da instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), na qual entre diversas diretrizes, o cuidado ampliado em saúde, e que oportunizou maior investimento no contexto universitário, por meio da integração curricular, da diversidade de cenários de aprendizagem e da oportunidade na formação permanente do profissional^{2, 16}.

Apesar das transformações no ensino superior em saúde observa-se um desafio na inclusão de abordagens pedagógicas diferenciadas, não fragmentadas, que permitam desenvolver o perfil e as competências descritas nas Diretrizes Curriculares Nacionais (CLN) dos cursos da saúde, e assim, responder as demandas dos serviços, como os CAPS AD.

O desafio nas inovações em saúde, como no cuidado ao uso abusivo de álcool e outras drogas, ainda não refletem no cotidiano dos serviços, como apresentado nos resultados das entrevistas dos profissionais dos CAPS AD, na qual apresentou três categorias temáticas, com a frequência das evocações, denominadas: (1) trajetória de formação profissional com 45 evocações; (4) competências para atuar no CAPS AD, com 42 evocações; e (5) educação permanente e aprendizagem em serviço com 95 evocações.

Sobre o percurso formativo nas IES os participantes relataram ausência de temáticas contemporâneas nas disciplinas, como por exemplo, o uso abusivo de álcool e outras drogas. Por este motivo, buscaram aprendizagem em educação continuada e permanente que possibilitassem o desenvolvimento de sua atuação no serviço. Entretanto, relataram dificuldades na participação de cursos ou outro evento acadêmico, por motivos financeiros, indisponibilidade de tempo e dificuldade de liberação do serviço.

Um conteúdo comum dos profissionais nas entrevistas referiu na admissão ao CAPS AD, na qual ocorreu por meio de contrato ou concurso público, mas no momento da admissão, mesmo que a seleção não especificasse o campo de atuação, não oportunizaram a escolha da área e nem do serviço, além de desconsiderarem as experiências anteriores. Além disso, na admissão, sete afirmaram desejo de mudar para outra área/serviço, inexperiência em saúde mental e desmotivação para atuar com pessoas em uso abusivo de álcool e outras drogas.

Portanto, conforme narrativa a seguir, para alguns participantes esta realidade gerou vivências traumatizantes ao longo da carreira.

[...] eu acho que assim, a gente cai de paraquedas aqui mesmo... que no meu primeiro estágio no CAPS no terceiro ano, eu apanhei do paciente, eu traumatizei assim [...] (Profissional do CAPS AD).

Este aspecto apresentado nos resultados corrobora com alguns autores^{6, 8, 13, 18} que referem que as instituições formadoras perpetuam modelos centrados em tecnologias altamente especializadas, disciplinas compartimentalizadas, ausência de práticas educativas para as competências necessárias à compreensão da complexidade humana e, especificamente, no campo das questões de drogas, a ausência desta temática nos currículos ou insuficiência de abordagens no contexto teórico e prático, social²⁰.

No que se refere ao campo do cuidado ao uso abusivo de álcool e outras drogas deve-se considerar o estudo do indivíduo, da substância usada e do contexto de uso, com rotinas de serviço voltadas para a interdisciplinaridade, o território e a inserção social da pessoa^{5,12}, para isso, observa-se o desafio no desenvolvimento de inovações no campo da saúde mental, com estratégias e tecnologias para lidar com as complexas necessidades do serviço e da pessoa que busca o tratamento²⁰.

Na temática competência para atuar no CAPS AD os profissionais destacaram: (1) as atitudes e motivação para o trabalho, como a capacidade de escuta, de colocar-se no lugar do outro, de acolher com boa vontade, de querer ajudar o outro, de respeitar o usuário, e de comprometer-se com o serviço, ser criativo, empático e livre de preconceitos; (2) domínio de técnicas para atuação, como conhecimentos específicos sobre o campo de atuação em drogas, o contexto, atribuições do trabalho e papel do serviço; e (3) gerenciais, com foco no trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar.

Estes conteúdos foram relatados nas entrevistas como distante da realidade dos serviços, que justificaram carência nos serviços da RAPS e da rede intersetorial, problemas de infraestruturas e de recursos humanos, cobertura territorial extensa, sobrecarga de trabalho, carência de recursos humanos, problemas de vínculo profissional com o serviço, estresse e adoecimento. Neste cenário os profissionais fortalecem estritamente práticas biomédicas das instituídas no modelo psicossocial e distancia às estratégias clínicas inovadoras de saúde mental, como ilustrado com uma narrativa.

[...] acontece muito estresse que são muito ligados à sobrecarga né, de uma região extensa, muitos atendimentos, muitas coisas para lidar no decorrer do dia [...] é lógico que se a gente tivesse mais Recursos Humanos, nós estaríamos muito mais no território [...] (Profissional do CAPS AD).

O relatório do Conselho Federal de Psicologia sugere que a atenção psicossocial pela lógica da responsabilização, da integralidade e do compromisso profissional só seria possível se o trabalho preconizado caminhasse *'pari passu'* com a educação permanente, não necessitando de um programa formal e rígido, mas com práticas de aprendizagem em serviço

como discussões, reuniões semanais, estudos de caso e construção coletiva para o desenho do cuidado.

As tecnologias inovadoras em saúde mental reforçam a necessidade de competências específicas para atuar nos CAPS AD e no estudo teórico diversos documentos governamentais^{3,12,19} incentivam a educação permanente como uma estratégia para os profissionais, para a organização da gestão do trabalho, da produção do cuidado, de tecnologias inovadoras de cuidado e de reorganização dos serviços.

O Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) e a World Health Organization (WHO) sugerem a questão da formação e o desenvolvimento da carreira dos profissionais como um dos princípios para o trabalho no tratamento do uso abusivo de álcool e outras drogas e descrevem ações e estratégias como: (1) criação de mecanismos de avaliação das práticas desenvolvidas pelos profissionais; (2) plano de incentivo à carreira, com supervisão, educação, treinamento, cursos rápidos, ou outros formatos de educação (à distância ou pós-graduação); (3) desenvolvimento de supervisão clínica para o cuidado dos profissionais; (4) investimento na formação de profissionais já no início de suas carreiras, fazendo parte dos currículos universitários e da educação continuada, sendo essencial para a alta qualidade do serviço e, além disto, disseminar práticas baseadas em evidências¹⁹.

Nas entrevistas os profissionais destacaram sobre educação permanente e aprendizagem em serviço que apesar das dificuldades, algumas iniciativas de capacitação foram oferecidas pelos Centros de Referências sobre Drogas, organizado pelas IES e o Programa de Educação Tutorial (PET) em Saúde Mental¹². Há um entendimento, tanto da percepção dos profissionais como também dos estudos teóricos, da importância de investimentos governamentais, tanto no ensino em saúde, como na educação permanente em serviço às necessidades de aprendizagem dos profissionais dos CAPS AD.

Os profissionais entrevistados consideram que a aprendizagem deve ser contínua, necessária e estratégica para mudanças benéficas nas atividades dos CAPS AD, e listaram diversas necessidades de atividades de ensino-aprendizagem, nas quais foram organizadas por categorias e suas respectivas atividades importantes para o desenvolvimento do cuidado à problemática do uso abusivo de álcool e outras drogas nos serviços, como: aprendizagem em serviço, educação continuada, atividades de gestão, autoaprendizagem e relacionamento com IES (Figura 1).

Figura 1. Atividades de aprendizagens destacadas pelos profissionais dos CAPS AD como necessárias para o cuidado à problemática do uso abusivo de álcool e outras drogas .

Estas atividades citadas foram justificadas em função: (1) da falta de conhecimentos específicos na área; (2) da dificuldade para lidar com a variabilidade dos casos; (3) da ausência de formação em saúde mental durante a graduação; (4) da falta de oportunidades de aprimoramento e ampliação dos conhecimentos; (6) da necessidade de qualificar o atendimento ao usuário; (7) da necessidade de compartilhar experiências com outros profissionais e serviços; (8) da ausência de oportunidade de capacitação sobre as políticas, as diretrizes e o modelo de cuidado adotado pelo CAPS AD. A seguir duas narrativas que expressam os conteúdos categorizados.

[...] quando essa equipe do CAPS veio para cá e recebeu 50 pessoas mais, que vinham de uma formação hegemônica e hospitalocêntrica ai tivemos conflitos. Isso que faltou e falta treinamentos continuados sobre o que é a saúde mental e quais os objetivos de um CAPS [...] (Profissional do CAPS AD).

[...] eu acho que a formação também, eu acho que a gente precisa muito, sempre está se reciclando, aprendendo coisas novas, tendo olhares diferentes [...] (Profissional do CAPS AD).

Este cenário mostra como uma inadequação de aprendizagens dos profissionais nos CAPS AD e o desafio no investimento de inovações em saúde mental que responda a esta realidade. O Ministério da Saúde⁴ afirma que o profissional de saúde, como um operador do cuidado, deveria, nesse contexto, ser capacitado para analisar os processos de trabalhos e construir uma rotina de práticas e tecnologias em saúde, denominadas de baixa exigência, ou mesmo tecnologias leves⁵, as quais são dependentes do desenvolvimento de habilidades sociais pouco enfocadas na formação universitária em cursos da área da saúde no Brasil.

Neste sentido, os resultados do estudo empírico mostraram uma lacuna quando comparado ao estudo teórico dos documentos governamentais, refletindo sobre a necessidade de investimentos em modelos de educação permanente em serviço como fio condutor do desenvolvimento de práticas que busquem entender a realidade para transformá-la.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo do estudo foi alcançado, pois discutiu o desafio do ensino em saúde do modelo psicossocial na problemática do uso abusivo de álcool e outras drogas, refletindo sobre as demandas deste modelo e os desafios na aprendizagem dos profissionais.

Com isso, descreveu o processo histórico políticos do ensino em saúde e das políticas de formação permanente e a percepção dos profissionais dos CAPS AD sobre as demandas de aprendizagem e desenvolvimento de competências dos profissionais no serviço para a melhoria da atenção em saúde mental frente a esta problemática pública, que é o uso abusivo de álcool e outras drogas.

O estudo teórico e empírico descrevem avanços no ensino superior em saúde, por meio das políticas governamentais de formação com investimentos nas IES, da política da EPS, mas também de planos e políticas setoriais, como o *Plano Crack é Possível Vencer*. Entretanto, esses investimentos mostram-se inexpressivos nos CAPS AD, por problemas de infraestrutura e recursos humanos, mas também pela complexidade do modelo psicossocial no cuidado a pessoa em uso abusivo de álcool e outras drogas com relação à carência formativa desta temática de inclusão das tecnologias inovadoras em saúde mental.

É relevante considerar os relatos dos profissionais sobre a necessidade de melhoria da formação dos profissionais e da aprendizagem nos locais de trabalho, de modo a motivar e estimular reflexões advindas das mudanças no modelo de cuidado em saúde. Portanto, a relação entre formação e a aprendizagem em serviço é relevante para a consolidação do SUS, para a articulação dos serviços de saúde com a rede e para o modelo psicossocial em saúde mental.

As fragilidades da formação, somados à da alta rotatividade dos trabalhadores em projetos institucionais e diversos problemas organizacionais e gerenciais do serviço têm dificultado a adoção de tecnologias inovadora que corresponda ao modelo psicossocial.

Apesar das significativas mudanças na educação superior ainda existe um desafio no desenvolvimento do modelo de cuidado instituído pela Política de Saúde Mental sobre os problemas relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas. A formação em saúde ainda não incorporou os novos valores e princípios, comprometendo o desenvolvimento de competências para práticas que respondam ao modelo psicossocial, gerando, entre outros fatores, a necessidade de maiores investimentos de educação permanente em serviço como uma estratégia para superar essa lacuna.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Projeto de profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem - PROFAE - Certificação de competências em educação profissional: concepção e implementação Em: Humanizar cuidados de saúde: Uma questão de competência. 2001.
2. Brasil. Ministério da Educação. *Plano de Desenvolvimento da Educação: razões, princípios e programas*. 2007. Recuperado em 13 de janeiro de 2014. Em: <http://portal.mec.gov.br> .
3. Brasil. Ministério da Justiça. Legislação e políticas públicas sobre drogas no Brasil. Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. 2011.
4. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Secretaria atenção à saúde. *Série F. Comunicação e educação em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde. 2004.
5. Merhy E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 2005;9(16):161-77.
6. Ceccim R. Educação permanente em saúde. *Interface-comunicação. Saúde, educação*. 2005;9(16):161-77.
7. Amarante, P, Da Cruz. Saúde Mental, formação e crítica. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. 2008.
8. Morin A; Gadoua G & Potvin G. Saber, ciência e ação. Trad. Thiollent, M. São Paulo: Cortez. 2007.
9. Ministério da Educação. *Parâmetros Curriculares Nacionais*. Introdução. 3. ed. Brasília: Secretaria da Educação Fundamental. 2001.

10. Brasil. *Política Nacional de Educação Permanente*. Portaria n. 198/GM/MS Em 13 de fevereiro de 2004. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portariagm198polos.pdf>. Acesso em: 31 abr. 2012.
11. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.088. (2011, 23 de dezembro). 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. Brasil. Ministério da Saúde. 2011. Recuperado em 29 de janeiro de 2013, em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
12. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). Decreto nº 7179 - Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. 2010. Link: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm (acessado em 12/07/2013).
13. Murofuse N; Rizzotto M; Muzzolon A; Nicola A. Diagnóstico da situação dos trabalhadores em saúde e o processo de formação no polo regional de educação permanente em saúde. *Revista Latino americana Enfermagem*. 17(3) maio-junho. 2009. Recuperado em 20 de dezembro de 2012, em WWW.eerp.usp.br/riae.
14. Castro CP; Campos. Apoio institucional paidéia como estratégia para educação permanente em saúde. *Trabalho Educação Saúde*. 2014;12(1):29-50.
15. Sguissard V. Universidade brasileira no século XXI. São Paulo: Cortez. 2009.
16. Brasil. Legislação brasileira sobre educação. *Série Legislação*. Brasília: Câmara dos deputados. Edições Câmara. 2º edição. 358 p. 2013.
17. INEP. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006. Sinopse estatística da educação superior. Brasília, DF. 2012. Acessado em 22 de agosto de 2014, em: <http://portal.inep.gov.br/superior-censosuperior-sinopse>

18. Morin E. A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. (E, Jacobina trad). Rio de Janeiro: Bertrand Brasil. 18º edição. 2010.
19. Escritório das Nações Unidas para crimes e drogas no mundo; Organização Mundial de Saúde. Principles of drug dependence treatment (United Nations publication, Sales No. E.13.XI.6). New York. 2008. Recuperado em 15 de janeiro de 2014, em http://www.who.int/substance_abuse/publications/principles_drug_dependence_treatment.pdf.
20. Parreira C & Silva M. Drogas e vulnerabilidades: contribuições da educação permanente em saúde para qualificação do cuidado. Em: *Desenvolvendo e Articulando o conhecimento para o cuidado das pessoas em sofrimento pelo uso de drogas em contextos de vulnerabilidade*. 1ed. Curitiba PR: CRV. 2015;1:11-22.

Ahead of Print - Accepted Article