

**A História e a Avaliação do Matriciamento em Saúde Mental no Município
de Canoas, o Ponto de Vista das Equipes de Apoio Matricial e de Referência**

Sara Cristina dos Santos Cougo

Monografia apresentada como exigência parcial do Curso de Práticas Pedagógicas
em Serviços de Saúde sob a orientação de Renata Pekelman

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Porto Alegre, Abril de 2013.

RESUMO:

A Reforma Psiquiátrica brasileira propõe mudanças no cuidado das pessoas com sofrimento psíquico a partir da desinstitucionalização e a criação dos serviços substitutivos como retaguarda assistencial. No que se refere à formação profissional, a política de Educação Permanente em Saúde, surge como proposta político-pedagógica para colocar o cotidiano do trabalho – ou da formação – em constante análise, construindo espaços coletivos para a reflexão e avaliação. O presente trabalho apresenta o Apoio Matricial em Saúde Mental, um instrumento de Educação Permanente, ocorrido junto as Unidades Básicas de Saúde (UBS) no município de Canoas no ano de 2011. Os resultados deste processo estão apresentados através de uma avaliação realizada junto às equipes de referência que responderam um questionário elaborado pela coordenação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, que atuou em parceria com os matriciadores. Respondido em dois momentos: julho e dezembro/2011, o instrumento revela o entendimento dos trabalhadores da atenção básica sobre a resolutividade do matriciamento, bem como se a metodologia empregada pela equipe de apoiadores foi adequada. Foi utilizada, ainda, como instrumento de avaliação, discussões realizadas entre os matriciadores através da análise dos registros dos encontros de matriciamento. A análise desses instrumentos apontam para a importância do apoio matricial na saúde mental e, embora tenham sido constatados problemas durante o processo, fica evidente que o cuidado digno aos portadores de sofrimento psíquico, com a construção da rede de serviços apropriada, passa pela efetivação de ações de Educação Permanente.

Palavras-chaves: Apoio Matricial. Educação Permanente, Processos de Trabalho

I. Introdução:

No município de Canoas, os primeiros movimentos da saúde mental ocorreram na década de 80 com a criação do Programa de Atendimento Psico-pedagógico e em Saúde Mental (PAMPS) um serviço que prestava atendimento a crianças e adolescentes. O PAMPS deu origem à rede de saúde mental que hoje compõe o município e conta com os seguintes serviços: dois CAPS II, dois CAPS ad, um CAPS i, um Ambulatório de Saúde Mental do Idoso, a Unidade de Atendimento a Crianças e Adolescentes Vítimas de violência -UACAV- e o Centro Especializado em Psicoterapia da Infância e Adolescência - CEPIA.

Acompanhando o processo da Reforma Psiquiátrica, a Diretoria de Políticas e Ações em Saúde Mental, ligada a Secretaria Municipal de Saúde do município, também firmou convênios com Comunidades Terapêuticas, Serviços de Residenciais Terapêuticos, hospital geral com leitos psiquiátricos entre outros. Além disso, os usuários que superam a crise, passam, de forma mais articulada, a ser encaminhados dos CAPS para a Atenção Básica, na lógica do cuidado contínuo e integral, junto ao território.

Contudo, o acolhimento destes usuários pela AB, seja recebendo encaminhamento dos CAPS ou mesmo como porta de entrada, apresenta um estrangulamento, visto que nem sempre este nível de atenção tem condições técnicas para atender as pessoas com sofrimento psíquico. A formação acadêmica tradicional ainda tem colocado no mercado de trabalho profissionais com pouco conhecimento sobre os usuários da saúde mental e, sobretudo, da Política Nacional de Saúde Mental, dificultando, desse modo, a inclusão de ações de saúde mental no território que só ocorrerá se for acompanhada de um processo de educação permanente para os profissionais envolvidos com a assistência.

Apresentar o apoio matricial (AM) em saúde mental como uma ação de Educação Permanente é o objeto e a proposta desta pesquisa. Desvelar o entendimento das equipes de matriciadores e de referência sobre o AM e os efeitos causados pelo mesmo, permitirão que se compreenda o processo e se façam as mudanças necessárias, no sentido de que sejam criados espaços para reflexão dos trabalhadores de saúde do município. Além disso, a proposta desta pesquisa é justificada pela estreita relação que o matriciamento tem com as práticas de ensino aprendizagem, que é o objeto do curso de Práticas Pedagógicas em Saúde Pública.

O trabalho será apresentado da seguinte forma: No primeiro momento promove-se uma revisão teórica sobre o matriciamento, com foco em sua conceituação como um processo de compartilhamento de saberes, situado na lógica da Educação Permanente. Posteriormente, será feito o percurso da pesquisa, a descrição e a análise da avaliação sob o ponto de vista das equipes de referência, através da abordagem qualitativa que consta no questionário e, ainda, a narrativa deste processo de educação permanente em saúde mental sob o olhar dos matriciadores. Finalmente, considerações finais são apontadas não pretendendo ser conclusivas, mas estando direcionadas para a implantação de um processo de EP voltado para os profissionais de saúde.

II. Objetivos geral e específicos:

Objetivo geral:

- Analisar o processo de trabalho da equipe de matriciadores e a contribuição do apoio matricial em saúde mental sob a perspectiva das equipes de referência

Objetivos específicos:

- Descrever o histórico da construção da rede de apoio matricial em Saúde Mental nas Unidades Básicas de Saúde;
- Analisar a ação do apoio matricial na resolutividade dos casos de saúde mental
- Avaliar a adequação da metodologia aplicada no matriciamento

III. Fundamentação teórica:

Algumas correntes de pensadores defendem que a Reforma Psiquiátrica brasileira surge da luta e da coragem daqueles que conheceram de perto os maus tratos e a segregação que ocorriam nos hospitais psiquiátricos, não sendo desencadeada a partir de pressupostos teóricos. Diante disso, a criação das redes substitutivas também ocorreu sem referenciais teóricos sendo, basicamente, pautada na luta política defendida pelos movimentos sociais.

Por outro lado, Basaglia, um dos precursores da Reforma Psiquiátrica Italiana, que norteou a Reforma no Brasil, diz que a existência da doença mental não foi negada, e tampouco, o movimento foi desprovido de consistência científica. O que Basaglia defende é a superação da conduta típica da psiquiatria, buscando subverter o vício dos intelectuais de falar em nome dos outros, colocando a doença entre parênteses, dando voz aos usuários, familiares e não especialistas. Dessa forma, a relação terapêutica ocorre em um espaço onde as respostas não são pré fabricadas e o que se busca é um processo libertário.

Aliando ambos os entendimentos, acreditamos que a Reforma Psiquiátrica Brasileira foi, por um lado, um movimento de ruptura com o modelo asilar de tratamento, buscando novas formas de cuidado e, por isso, ideológico; e, ao mesmo tempo teve um referencial teórico, defendendo uma relação terapêutica pautada no diálogo e no respeito ao outro.

A composição destes movimentos é quem constitui a história de lutas e de criação das políticas de saúde mental no Brasil, pautada por mobilizações, rupturas e reconstruções iniciadas nos anos 70, defendendo uma mudança nos modelos de atenção e gestão nas práticas da saúde, tendo os trabalhadores e usuários dos serviços como protagonistas nos processos de gestão e produção de tecnologia de cuidado.

O primeiro momento da Reforma psiquiátrica ocorre entre os anos de 1978 a 1991, com a crítica ao modelo hospitalocêntrico que exclui e não trata, juntamente com as denúncias de abuso do poder médico. O ápice deste período ocorre em 1987, com a realização do II Encontro do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, onde foi criada a palavra de ordem “Por uma sociedade sem manicômios”, abrindo caminho para o nascimento do movimento da luta anti-manicomial. Também neste ano aconteceu a I Conferência Nacional de Saúde Mental como desdobramento da 8ª Conferência de Saúde, cujas deliberações apontaram para a mudança do modelo psiquiátrico e o fim da construção de manicômios. Desde então, intervenções vêm sendo feitas no sentido de construir uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico.

Este movimento continuou seus avanços, agregando novos atores, sobretudo familiares e usuários – tornando-se assim, a partir dos anos 1990, um verdadeiro movimento social. Sua força, aliada à de outros parceiros, pressionou o Estado Brasileiro para a implementação de políticas públicas de Saúde Mental que representaram ganhos importantes (CAMPOS, 1998).

No segundo período (1992 a 2000) ocorre a ampliação dos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos: os CAPS e NAPS. Em 1993 ocorre a II Segunda Conferência de Saúde Mental, com a participação de um grande número de usuários.

O terceiro momento compreende os anos 2001-2005 com a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica - Lei 10.216 – que garante a extinção progressiva dos manicômios, impulsionada pelo programa “De Volta Pra Casa”, que caracteriza-se pela construção da rede de atenção substitutiva.

Amarante, também ao falar sobre a Reforma Psiquiátrica, diz que a desinstitucionalização na saúde mental deve ser entendido como desconstrução de saberes, discursos e práticas psiquiátricas que sustentam a loucura, reduzindo-a ao signo da doença mental e que reforçam a instituição hospitalar como a principal referência da atenção à saúde mental. Nesse sentido, a desinstitucionalização traz novos paradigmas na construção de redes substitutivas do modelo hospitalocêntrico, propondo novas práticas através da criação dos Centros de Atenção Psicossocial, da formação de recursos humanos multiprofissional em saúde mental, dos residenciais terapêuticos, do matriciamento, entendido como uma estratégia de interlocução com a rede, entre outros.

Dessa forma, o trabalho em saúde também exige a desinstitucionalização dos profissionais em saúde e, segundo Rolnik, exige uma mudança em nosso modo de subjetivação, uma abertura para o estranho em nós, que é mais do que o simples respeito democrático pelo outro em seus direitos e deveres, pois é um desejo de se deixar afetar pelo outro, é um amor pela alteridade, pelo devir e pela incerteza criadora.

E é nesse contexto que é instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde que tem exigido estratégias para a resolução dos problemas de formação de recursos humanos em saúde. Um SUS democrático e equitativo passa, necessariamente, pela formação de profissionais qualificados para trabalharem dentro da lógica da interdisciplinaridade, da integralidade e da clínica ampliada. Lançada pelo Ministério da Saúde através da Portaria 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde possibilita a identificação das necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores da área da saúde e a construção de estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde.

A mesma portaria diz que “a Educação Permanente é aprendizagem no trabalho onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho”. Propõe-se que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades da saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho.

Ceccim e Ferla trazem uma grande contribuição a este debate ao dizerem que a Educação Permanente em Saúde precisa ser entendida, tanto como uma “prática de ensino-aprendizagem”, quanto uma “política de educação em saúde”. Ela se parece também, “com muitas vertentes brasileiras da educação popular em saúde e compartilha muitos dos seus conceitos, mas enquanto a educação popular tem em vista a cidadania, a educação permanente tem em vista o trabalho”.

Os autores dizem, ainda, que na educação permanente em saúde, não existe “aquele que ensina e aquele que aprende”; o que existe, dentro de um processo de educação transformadora é a troca, provocando o estranhamento de saberes, que virão a constituir os novos saberes.

Norteadas pelo conceito da Educação popular, sistematizada por Paulo Freire, a Educação em Saúde surgiu do engajamento dos trabalhadores que, na década de 70, na Reforma Sanitária, começaram a esboçar novas ações de saúde integradas aos movimentos comunitários. Também Eymard Vasconcelos apresenta a sua contribuição a este processo ao trazer o conceito de Educação Popular e Saúde com proposta de um movimento social, onde profissionais, técnicos e professores pesquisadores da área da saúde, com a participação de militantes dos movimentos sociais, passaram a se debruçar sobre o tema, rompendo com as práticas tradicionais de educação em saúde, defendendo o conceito de que o processo de conhecimento é coletivo, ocorrendo a partir da troca de experiências.

Assim, a Educação Permanente passa a ser uma importante ferramenta que pode transformar a sociedade, construindo uma nova relação entre os atores sociais, a partir dos princípios da humanização, de participação e da democratização. E dentre as diversas modalidades de ações em Educação Permanente em Saúde, há o apoio matricial constituindo-se como uma metodologia de trabalho que propõe o acompanhamento especializado às equipes de referência, numa lógica da realização da qualificação do trabalho ao mesmo tempo que oportuniza um processo de diálogo entre os apoiadores matriciais e as equipes de referência.

Proposto por Gastão Campos, o apoio matricial em saúde tem por objetivo assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde, propondo-se a romper com a metodologia de trabalho prevista em sistemas hierarquizados como, por exemplo, os protocolos, as referências e contra referências e os centros de regulação, pretendendo, ao mesmo tempo, dar suporte técnico-pedagógico às equipes de referência, ocorrendo a partir da construção compartilhada entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial.

Figueiredo (2005), diz que

“o apoio matricial da saúde mental, seria este suporte técnico especializado em que, conhecimentos e ações historicamente reconhecidos como inerentes à área ‘psi’, são ofertados aos demais profissionais da saúde mental e à equipe interdisciplinar de saúde na composição de um espaço de troca de saberes, invenções experimentações que auxiliam a equipe a ampliar sua clínica e a sua escuta, a acolher o choro, a dor psíquica, enfim, a lidar com a subjetividade dos usuários”. (Figueiredo, M.D.,2005: 29)

Assim, um dos principais objetivos do apoio matricial é contribuir com a ampliação da clínica, rompendo com a psiquiatrização do sofrimento, levando em conta todos os aspectos da vida dos usuários, e promover a construção coletiva do projeto terapêutico, realizado pelas equipes de referência e de apoio matricial, refutando a idéia de que o cuidado da saúde é monopólio de especialistas.

Merhy, (1997) sobre isso, fala do plano de intercessão, onde designa espaço intercessor como sendo aquele em que apoiador e equipe de referência se colocam em sua inteireza: necessidades, projetos, ansiedades, desejos, medos, potencialidades, num determinado contexto, na potência do trabalho vivo em ato; aquele que vai se dando, que vai se fazendo no próprio ato, por cada um.

Dessa forma, é na atenção básica que a saúde mental vai desenhando o cuidado a partir da inclusão do sujeito no seu território, entendendo que esta é uma clínica complexa, mas possível. E, tecendo essa consideração, iniciamos a reflexão sobre a construção desta pesquisa.

IV. Descrevendo a trajetória da pesquisa

Em Canoas, o apoio matricial ocorreu durante o ano de 2011 nas 25 (vinte e cinco) Unidades Básicas de Saúde do município, cujos encontros ocorriam, em média, a cada 45 (quarenta e cinco) dias. Durante este período, foram realizadas 139 (cento e trinta e nove) reuniões de matriciamento que contaram com uma equipe de 04 (quatro) técnicos da equipe fixa de apoio matricial: dois médicos, um psicólogo e uma assistente social, e com a participação eventual de psicólogas do CAPS i. Os profissionais matriciadores são técnicos da Saúde Mental que, por afinidade com o tema e acúmulo profissionais, se engajaram nesta proposta. Quanto às equipes de referência, participaram 170 (cento e setenta) profissionais, entre médicos, médicos residentes, enfermeiras e técnicos de enfermagem.

O apoio matricial foi pensado e organizado pela Diretoria de Políticas e Ações em Saúde, através do NASF, e Diretoria de Políticas e Ações em Saúde Mental, através da Unidade de Planejamento e Educação Permanente. O instrumento da pesquisa (questionário estruturado) foi elaborado pela coordenação do NASF, com o objetivo de contribuir para a avaliação do processo, levando em conta a percepção das equipes de referência.

Percurso metodológico:

Minayo diz que “a relação dialética entre teoria e realidade empírica se expressa no fato de que a realidade informa a teoria que por sua vez a antecede, permite percebê-la, formulá-la, dar conta dela, fazendo-a distinta, num processo sem fim de distanciamento e aproximação”. (MINAYO, 2000) A autora nos diz ainda que, primeiramente, um problema tem que ser da vida prática para, somente depois, ser intelectualmente um problema. Isto significa que tanto a escolha de um tema como o conhecimento não emerge espontaneamente.

Foi com esta compreensão que desenvolvemos o presente estudo, fazendo reflexões sobre o apoio matricial em Saúde Mental na Atenção Básica, a partir da avaliação feita pelos segmentos dos trabalhadores do apoio matricial e das equipes de referência, não só buscando respostas, mas também descobrindo novas questões produzidas durante o processo.

A metodologia que utilizamos foi o estudo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa, realizado nas Unidades Básicas de Saúde de Canoas, no ano de 2011. A amostra constituiu-se de questionários respondidos pelos trabalhadores que participaram do matriciamento em saúde mental, ocorrido naquele ano.

A opção pela pesquisa qualitativa baseou-se no entendimento de que esse tipo de abordagem permite um maior aprofundamento das questões que se propõe a estudar, não procurando enumerar e/ou medir os eventos estudados, mas buscando compreender os fenômenos sob a perspectiva dos participantes da situação em estudo. Segundo MINAYO (2002, p.21) a pesquisa qualitativa “trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”.

Silva & Menezes (2000, p. 20), dizem que “a pesquisa qualitativa considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números. A interpretação dos fenômenos e atribuição de significados são básicos no processo qualitativo. Não requer o uso de métodos e técnicas estatísticas. O ambiente natural é a fonte direta para coleta de dados e o pesquisador é o instrumento-chave. O processo e seu significado são os focos principais de abordagem”.

Por fim, gostaríamos de citar Bryman (1989), quando faz um comparativo entre a pesquisa qualitativa e quantitativa, ao dizer que, na primeira, a reflexão teórica do pesquisador ocorre durante ou quase no final do processo de coleta e que a preocupação do pesquisador é o significado que as pessoas dão às coisas, enquanto na pesquisa quantitativa o pesquisador já tem conceitos pré-estruturados sobre a realidade que vai ser seu fruto de pesquisa.

A avaliação do matriciamento, embora tenha ocorrido durante todo o processo, provocou reflexões e produziu avaliações mais aprofundadas somente após a pesquisa, quando pudemos “enxergar” melhor o que o apoio matricial significou para as equipes de referência e o que deveria ser aprimorado. Afinal, o objetivo da pesquisa não era responder aos nossos questionamentos, mas, sobretudo, descobrir outras questões produzidas pelas equipes de referência. Sobre isso, GIL (1991), diz que a pesquisa exploratória, tem a finalidade de desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias para formular abordagens posteriores, proporcionando uma visão geral de um determinado fato.

Coleta de dados

A coleta de dados foi feita através de um questionário estruturado (em anexo) que foi aplicado em dois momentos: julho/11 e dezembro/11. O mesmo apresenta duas questões abertas e duas questões fechadas, que respeitam o ponto de vista dos respondentes, uma vez que não induz as respostas, sendo esta uma das regras básicas para a sua aplicação. O referido questionário foi elaborado pela coordenação do NASF, que o encaminhava para as equipes das UBSs, cuja devolução era espontânea, ou seja, não havia obrigatoriedade em responder, nem um critério determinado quanto á forma de responder (se individual ou em grupo).

Nesta análise tomamos o cuidado de “olhar” o questionário como sendo um processo de reflexão sobre o matriciamento, analisando o mesmo sob a ótica das equipes de referência, buscando identificar a eficiência do apoio matricial, a fim de repensar e propor novas formas de intervenção a partir dos indicadores trazidos nas falas/escritas.

A primeira questão abordava a avaliação do matriciamento quanto à resolutividade na discussão dos casos. Ou seja, se o apoio matricial contribuía plenamente, em parte ou não contribuía para resolver os casos. A segunda questão perguntava se a metodologia aplicada era adequada ou não às necessidades da UBS. Ambas as questões solicitava que explicassem a resposta.

É importante destacar que, além do questionário, constituiu a análise da pesquisa a observação atenta que fizemos enquanto matriciadora, ou seja, enquanto vivente do processo, e, também, os compartilhamentos ocorridos entre os matriciadores. Entendemos que avaliar um processo de trabalho implica o emprego de vários procedimentos, onde o pesquisador utiliza diversas fontes de informações.

Sobre a observação, Lakatos diz que ela contribui com o pesquisador para “identificar e obter provas a respeito de objetivos sobre os quais os indivíduos não tem consciência, mas que orientam o seu comportamento” (LAKATOS, 1996:79). Ainda sobre isso, realizamos esta observação de forma participante, fazendo parte dos acontecimentos e, por isso, também fazendo o exercício de “nos observar”, onde Cruz e Uirá dizem que a observação participante “consiste numa observação ativa, baseada na participação real do observador na vida da comunidade ou situação determinada, em que o observador se torna um membro ativo do grupo, envolvido em suas práticas diárias” (CRUZ; UIRÁ, 2004, p. 23). Para isso, também utilizei diários de campo escritos durante as reuniões de matriciamento.

Cenário da pesquisa

A pesquisa foi realizada nas Unidades de Saúde de Canoas, nos meses de julho e dezembro de 2011. O município, na ocasião, contava com 14 (catorze) Unidades com Estratégia de Saúde da Família e 08 (oito) Unidades Básicas de Saúde. Proposta pela gestão municipal, a cidade foi dividida em quatro quadrantes: Nordeste, Noroeste, Sudeste e Sudoeste. A ESF está nas regiões Noroeste e Sudoeste onde as equipes prestam atendimento multidisciplinar, incluindo médicos de família, enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentistas, técnicos de saúde bucal, agentes de saúde e auxiliares administrativos. Também seis das Unidades com ESF contam com o NASF. Nas regiões Nordeste e Sudeste o modelo é Unidade Básica de Saúde.

Universo e amostra

Universo de pesquisa ou população, segundo Stevenson (1981), consiste no todo pesquisado, do qual se extrai uma parcela que será examinada e que recebe o nome de amostra.

O universo da nossa pesquisa contempla os trabalhadores de saúde das Unidades Básicas de Saúde, (enfermeiros e médicos) que responderam o questionário sobre o Apoio matricial em saúde mental. Conforme dito anteriormente, a entrega do instrumento da pesquisa não era obrigatório, o que nos leva pensar que os respondentes demonstraram interesse em participar deste processo, importando-se com o mesmo e, portanto, assumindo o papel de protagonistas.

Tratamento de dados

A análise dos dados qualitativos obtidos pelos questionários foi feita através de leitura crítica, onde identificamos os pontos que necessitam de maior atenção por parte dos matriciadores, expressados pela percepção que as equipes de referência tinham do processo e que não haviam manifestado até então. É importante destacar que muitos “sentimentos” revelados nas respostas, não haviam surgido durante o matriciamento. Por meio da análise foi possível reavaliar e constatar a grande contribuição que as equipes de referência poderiam ter dado caso este processo tivesse ocorrido anteriormente.

Junto à análise dos dados obtidos pelas respostas dos questionários, também utilizamos, de forma concomitante, a observação e o diário de campo como instrumentos, onde buscamos o enriquecimento dos detalhes e, conseqüentemente, uma melhor formulação de propostas para aprimorar a ação.

V. RESULTADOS E DISCUSSÃO

1. Relato/narrativa da SM em Canoas – O ponto de vista da equipe de apoio matricial “Como víamos as equipes de referência”

Ao iniciar o apoio matricial, a equipe de matriciadores levou em consideração o instituído pela administração pública que “dividiu” o município em quatro quadrantes, e organizou dois grupos: um que faria o apoio nas regiões Nordeste e Sudeste, com modelo de Unidade Básica de Saúde, e outro grupo, nas regiões Noroeste e Sudoeste, com Estratégia de Saúde da Família.

As primeiras intervenções foram de esclarecimento, por parte dos matriciadores, quanto ao conceito de apoio matricial, informações sobre Política Nacional de Saúde Mental, frequência dos encontros, etc, num modelo mais “informativo” e menos dialógico. Nesse contexto, evidenciou-se que a proposta de um “agir educativo” transformador, não foi organizada de forma coletiva, nem tampouco, institucional.

Eis, então, uma primeira ausência importante por parte dos matriciadores: uma proposta pedagógica pautada na resolução de problemas de saúde, e não na “transmissão de conhecimento”, onde era priorizada a discussão de temas de especialistas. Era necessário romper fronteiras para além da “mera discussão de casos” ou para o “ajuste de medicação”, e gerar nos trabalhadores transformações em suas práticas, propondo um diálogo onde fosse construída, coletivamente, a forma de realizar o matriciamento, discutindo a respeito da política de saúde mental, da atenção básica, o papel de cada um, enfim, problematizando e instituindo um processo de trabalho participativo. Esta seria a primeira tarefa para a implantação do apoio matricial, que não demos conta, naquele momento.

Paulo Freire, sobre isso diz:

“Se, na verdade, o sonho que nos anima é democrático e solidário, não é falando aos outros, de cima para baixo, sobretudo, como se fôssemos os portadores da verdade a ser transmitida ao demais, que aprendemos a escutar, mas é escutando que aprendemos a falar com eles”.

(Pedagogia da Autonomia pág 113).

Ainda diz o mestre Paulo Freire (in: Pedagogia do Oprimido, 2005, p.117) que não é possível investigar o pensar do outro, se não penso; que não posso pensar pelos outros nem para os outros, nem sem ou outros. Isto é, em uma prática pedagógica, a investigação e a educação fazem parte do mesmo processo.

A equipe de apoio matricial não planejou o processo de trabalho e partiu para o campo, executando uma tarefa sem realizar uma discussão coletiva sobre a forma como deveria ocorrer o trabalho. Essa prática, de certa forma, trouxe prejuízos e gerou algumas dificuldades. Em alguns momentos, é possível dizer, encontramos resistências das equipes de referência para realizar as reuniões com a alegação ou de que "tinham agenda", ou de que "não havia casos para discutir". Em outras situações, argumentavam que o matriciamento não era resolutivo.

Por outro lado, estas mesmas equipes de referência não fizeram questionamentos sobre a metodologia aplicada. Estes, quando ocorriam, eram relacionados à "negativa" dos CAPS atender os usuários, e à "impossibilidade" de médicos clínicos cuidarem de usuários da saúde mental na UBS, imprimindo uma prática de "queixas e transferência de responsabilidades". A função do AM que é de ser o regulador de fluxos que promove uma articulação entre os equipamentos de saúde mental e as Unidades Básicas de Saúde (Campos & Domitti, 2007), ficou prejudicada pela precariedade da articulação entre as equipes da saúde mental e AB.

Também é importante avaliarmos de forma mais amíuade a composição das equipes de saúde, para uma melhor compreensão sobre o (des)comprometimento dos trabalhadores nos fazeres. Podemos caracterizar dois tipos de profissionais do SUS: os que já estavam/estão engajados com os pressupostos da Atenção Básica, da Estratégia de Saúde da Família e da Reforma Psiquiátrica, tendo no cotidiano o debate sobre a imprescindibilidade da articulação: ensino, trabalho e cidadania, e trazendo alternativas para romper com as práticas tecnicistas; e o outro grupo que agregou profissionais formados pelos currículos tradicionais, que defendem o distanciamento da população, não tem o exercício de trabalhar coletivamente, e estão nos serviços do SUS em busca de estabilidade propiciada por um mercado em expansão.

Em Canoas, durante o matriciamento em saúde mental, foi possível identificar estes grupos, permitindo-nos afirmar que as equipes com Estratégia de Saúde da Família tinham trabalhadores mais engajados que nas equipes com modelo de Unidade Básica de Saúde.

Para exemplificar, temos as devoluções dos questionários: na primeira avaliação foram entregues 13 (treze) questionários das ESFs, e 05 (cinco) questionários das UBSs. Na segunda avaliação, 16 (dezesesseis) ESFs e 09 (nove) UBSs procederam à entrega.

Aqui levamos em conta o envolvimento dos profissionais, sua disponibilidade para colocar-se como protagonistas (ou não) da ação e seu comprometimento na constituição de um espaço de educação permanente que pode alterar os processos de trabalho, elevando a qualidade de saúde da população. Esta maior disponibilidade em responder ao questionário, apresentada pelas equipes de ESF, revela que este modelo tem se constituído em um espaço propulsor de discussão, de criação e construção de práticas transformadoras, que visa a reorganização da atenção básica no país.

O Ministério da Saúde diz que:

A Saúde da Família é uma das principais estratégias, propostas pelo Ministério da Saúde do Brasil, para reorientar o modelo assistencial do Sistema Único de Saúde, a partir da atenção básica (BRASIL, 1997). Ela procura reorganizar os serviços e reorientar as práticas profissionais na lógica da promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação, enfim, da promoção da qualidade de vida da população, constituindo-se em uma proposta com dimensões técnica, política e administrativa inovadoras. Ela pressupõe o princípio da Vigilância à Saúde, a inter e multidisciplinaridade e a integralidade do cuidado sobre a população que reside na área de abrangência de suas unidades de saúde (BRASIL, 1998).

Por outro lado, a pesquisa mostra que, nas UBSs, a percepção das equipes, ou o que é imposto pela prática, é de que cada área de atuação tem suas tarefas específicas, prevalecendo a fragmentação das ações e, conseqüentemente, do cuidado ao usuário, inexistindo, desta forma, a integralidade na assistência à saúde. Neste modelo, as ações em equipe praticamente inexistem, cada técnico atende "sozinho", e, muitas vezes, são instituídas relações hierárquicas, ficando os demais trabalhadores a serviço do médico.

Sobre isso, citamos o "sentimento" de alguns médicos (especialmente das UBSs) de que o apoio matricial era um "trabalho a mais", visto que esta modalidade de cuidado implica a participação de todos, rompendo com a hierarquização e com a transferência de responsabilidades. Antes do AM, os casos da saúde mental eram encaminhados para os CAPS através de contato telefônico feito pela enfermeira da Unidade que restringia-se a ler o documento de referência e contra-referência preenchido pelo médico, desconhecendo, muitas vezes, detalhes importantes sobre a história do usuário.

Destacamos, também, nossa percepção quanto à forma como o matriciamento em saúde mental refletiu de forma distinta nas equipes com ESF e nas equipes de UBS, revelando uma maior participação das equipes de referência das ESF, que apresentaram uma compreensão diferenciada sobre a relevância do processo. Os profissionais destas equipes, provavelmente pelo modelo de trabalho, que tem se constituído em um espaço propulsor de discussões e fazeres coletivos no território, tiveram maior disponibilidade. Por outro lado, nas equipes de referência das UBS ainda prevalece o modelo médico centrado e o entendimento de que o especialista é quem deve atender as demandas de saúde mental. A expectativa não concretizada de que os apoiadores atenderiam a demanda através de consultas aos usuários, frustrou alguns profissionais das UBS que passaram a questionar a necessidade do processo.

Por fim, temos claro que o AM, por ser uma estratégia recente, encontra-se em processo de construção, sujeito a dificuldades e erros. No que se refere a Canoas, a experiência que ocorreu no ano de 2011 desencadeou uma reflexão por parte dos matriciadores, possibilitando que novas práticas sejam criadas e inventadas, e colocou em análise nossos fazeres, impedindo a repetição das falhas e a imobilidade que, por vezes, permeia nosso cotidiano. Concluímos a pesquisa com a convicção de que o apoio matricial é um grande avanço no que se refere à qualificação do cuidado ao usuário da saúde mental, desconstruindo os conceitos da exclusão e isolamento, favorecendo a corresponsabilização entre a equipe, família, comunidade, a partir da efetivação do cuidado no território.

2. Análise das avaliações do matriciamento – O ponto de vista das equipes de referência- Como éramos vistos

O apoio matricial teve a participação de noventa (90) trabalhadores, entre médicos, enfermeiros, residentes de Medicina e técnicos de enfermagem; os encontros, em cada UBS, tinha um intervalo de quarenta e cinco (45) dias, totalizando cento e trinta e nove (139) encontros durante o ano.

Na primeira avaliação, ocorrida julho/11, foram entregues 13 questionários da ESF e 05 da UBS. As respostas sobre a resolutividade do matriciamento na discussão dos casos, mostraram que 92% das ESF avaliavam que contribuía para a resolutividade, contra 8% que entendiam que não havia contribuição. Quanto as UBS, 100% avaliavam que contribuía para a resolutividade. Em dezembro/11, 16 ESF e 9 UBS responderam ao mesmo questionário, onde 87% das ESF e 55% das UBS avaliaram que o apoio matricial era resolutivo e, 13% das ESF e 45% das UBS responderam que não era resolutivo, indicando que o matriciamento não estava suprindo as necessidades colocadas pelas equipes.

Algumas justificativas para as respostas sobre a resolutividade foram:

“O matriciamento é altamente produtivo, pois dissolve as dúvidas referentes aos pacientes psiquiátricos”.

“No matriciamento são discutidos vários casos onde são ajustadas as medicações e solucionados alguns problemas do grupo de saúde mental, bem como agendado nos CAPS os casos mais graves”.

Outras respostas, indicavam que a resolutividade era parcial, como, por exemplo:

“Temos dificuldades com casos agudos dos pacientes, e o intervalo entre um matriciamento e outro é grande”.

“ O matriciamento aproxima a Unidade Básica à Saúde Mental facilitando a comunicação e auxiliando a resolução de algumas patologias. Porém ainda não é o sistema ideal, visto que os pacientes com patologias em um nível intermediário, são mantidos na Unidade sem o devido tratamento necessário”.

E, quanto aos profissionais que entendiam que o AM não era resolutivo, as justificativas eram:

“Acredito que não contribui porque o CAPS ficou ainda mais distante dos usuários. Há situações em que os pacientes vem de outro serviço e as informações são poucas, necessitando que seja chamado à Unidade para triagem com as enfermeira, e, às vezes, eles querem falar só com o médico”.

Quanto às respostas se a metodologia do apoio matricial estava adequada, obtivemos as seguintes respostas: em julho/11, 92% das ESF entendiam que a metodologia estava adequada, contra 8% que entendiam que não estava; quanto às UBS, 40% dos respondentes disseram que estava adequada e 60% não responderam. Em dezembro/11 responderam: para 80% da ESF a metodologia estava adequada e para 20% não estava. No que diz respeito às UBS, para 60% a metodologia estava adequada e, para 40%, a metodologia não estava adequada.

As equipes também justificaram suas respostas, ao dizer que a metodologia estava adequada:

“Boa resolução dos casos e a discussão dos mesmos solucionados”.

“É adequado visto que os pacientes, após as discussões dos casos, são agendados para o médico da equipe dar continuidade ao tratamento”.

E, não estava adequada, visto que:

“As avaliações eram frágeis e subjetivas”.

A análise destes resultados indica que a forma como foi realizado o apoio matricial apresentou uma redução quanto às expectativas das equipes de referência, especialmente das ESF, reveladas na segunda avaliação, onde prevaleceu a resposta de que o processo não contribuía para a resolutividade dos casos.

Fica, por fim, a convicção da necessidade de rever o processo, tendo clareza de sua importância e possibilidades para a promoção de um cuidado adequado e integral para os usuários da saúde mental.

VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Os dados apresentados na pesquisa indicam que o matriciamento em saúde mental refletiu de forma distinta nas equipes com ESF e nas equipes de UBS, revelando uma maior participação das equipes de referência das ESF, que apresentaram uma compreensão diferenciada sobre a relevância do processo. Os profissionais destas equipes, provavelmente pelo modelo de trabalho, que tem se constituído em um espaço propulsor de discussões e fazeres coletivos no território, tiveram maior disponibilidade. Por outro lado, nas equipes de referência das UBS ainda prevalece o modelo médico centrado e o entendimento de que o especialista é quem deve atender as demandas de saúde mental. A expectativa não concretizada de que os apoiadores atenderiam a demanda através de consultas aos usuários, frustrou alguns profissionais das UBS que passaram a questionar a necessidade do processo.

As dificuldades identificadas apresentam forte relação com o modelo de trabalho pautado nas relações de gestão verticalizadas, onde as equipes “aguardam” as respostas, e não têm o hábito de produzir ações, exceto àquelas que lhe são demandadas pela gestão. Por tratar-se de uma metodologia que exige uma “desacomodação”, rompendo com o instituído, o Apoio Matricial enfrentou resistências por parte de alguns trabalhadores das equipes de referência. Acrescido a isso, era prevalente, especialmente nas equipes sem ESF, o sentimento de que os matriciadores estavam “trazendo mais trabalho para a UBS”, por recusarem-se a atender os usuários, seja no CAPS ou na própria UBS, partindo da lógica de que o psiquiatra deveria avaliar o usuário, antes do médico da equipe.

É importante também considerar a atuação dos matriciadores que, sem um planejamento prévio, contribuiu para esta percepção, uma vez que não construiu coletivamente o processo. Também para os matriciadores a experiência era pioneira sendo passível, portanto, de falhas e erros.

Diante disso, salientamos que, embora necessite modificações, o matriciamento em saúde mental no município de Canoas, foi de grande importância e apresentou avanços significativos, como processo de Educação Permanente. E, como tal, não se apresenta como um fim em si mesmo, mas como um desafio a ser enfrentado cotidianamente e de forma coletiva, na busca de estarmos, sempre, defendendo e colocando em prática os preceitos da Reforma psiquiátrica.

Referências bibliográficas:

AMARANTE, P. (Org.) *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994

AMARANTE, P. *Loucos pela vida – A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.

BARROS, R.D.B. de, Josephson, S.C., Catalán, L.E.G., Mascaranhas, W.F., Santos, A.D. Dos, & Oliveira, F.P, de (2001). A desinstitucionalização da loucura, os estabelecimentos de cuidado e as práticas grupais.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília. Ministério da Saúde, 1997a

CAMPOS, G. V. S., & Domitti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(2), 399-407.

DELGADO, PGG, Schechtman A, Weber R, Amstalden AF, Bonavigo E, Cordeiro F et al. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: Mello MF, Mello AAF, Kohn R (org). *Epidemiologia da saúde mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed;2007. p 39-84.

Departamento de Gestão da Educação na Saúde BRASIL Projeto-Piloto da VERSUS Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde do Brasil. Brasília. 2004.

DIAS, Miriam Thais Guterres. A reforma psiquiátrica brasileira e os direitos dos portadores de transtorno mental: uma análise a partir do serviço residencial terapêutico Morada São Pedro. Tese de doutorado (serviço social). Porto Alegre: PUCRS, 2007

FIGUEIREDO, M.D. Saúde Mental na Atenção Básica: Um estudo hermenêutico – narrativo sobre o Apoio Matricial na rede SUS - Campinas (SP). Dissertação de Mestrado. Campinas, 2005

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

FREIRE, Paulo. Pedagogia do Oprimido. Rio de Janeiro. Paz e Terra. 2005

LAKATOS, Eva Maria & MARCONI, Marina de Andrade. Técnicas de pesquisa. 3ª edição. São Paulo: Editora Atlas, 1996

MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (orgs). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo, Hucitec/Lugar Editorial, 1997. Parte 1, p. 71-112.

__. O Ato de Cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

Revista APS, v.8, n.1, p. 49-60, jan./jun. 2005 10