



16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais
Tema: “40 anos da “Virada” do Serviço Social”
Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019

Eixo: Serviço Social, Fundamentos, Formação e Trabalho Profissional.

Sub-Eixo: Ênfase em Formação Profissional.

**SAÚDE MENTAL E EDUCAÇÃO PERMANENTE: O APOIO MATRICIAL
ENQUANTO INSTRUMENTO PARA A MATERIALIZAÇÃO DA
INTERSETORIALIDADE**

Gicelia Almeida da Silva¹
Francisco Natanael Lopes Ribeiro²

Resumo: Esta exposição compreende um relato de experiência partindo-se das vivências na Política de Saúde Mental. Pretende-se apresentar o apoio matricial, enquanto ferramenta potente para a promoção de cuidado em saúde mental na atenção básica. A experiência ocorreu na cidade de Sobral, entre o período de 2007 e 2019.

Palavras-chave: Matriciamento. Intersetorialidade. Saúde Mental.

Abstract: This exposition includes an experience report based on experiences in Mental Health Policy. It intends to expose the matrix support as a powerful tool for the promotion of mental health care in basic care. The experience occurred in the city of Sobral between 2007 and 2019.

Keywords: Matriciamento. Intersectoriality. Mental Health.

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho compreende de um relato de experiência sobre as vivências profissionais que tivemos entre o período de maio de 2007 e janeiro de 2019. Atuei como assistente social do CAPS AD entre maio de 2007 e julho de 2016 e ainda como residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, no qual é desenvolvido no sistema saúde escola da cidade de Sobral – CE. Este espaço é materializado por gestores, tutores e trabalhadores do sistema municipal de saúde, coordenado pela Escola de Formação em Saúde da família Visconde de Sabóia, detentora de importante expertise no processo formativo do sistema de saúde local e da região norte do Ceará.

O período de atuação na Saúde Mental nos possibilitou acesso às ações de apoio matricial em atenção psicossocial, como ferramenta importante na atenção primária à saúde de Sobral para atendimentos da população que necessita de atenção especializada em saúde mental. Apresentar a história da constituição do apoio matricial, apresentar os canais

¹ Estudante de Pós-Graduação, Universidade Estadual do Ceará, E-mail: gicelia.almeida@hotmail.com.

² Profissional de Serviço Social, Sem Vínculo Profissional, E-mail: gicelia.almeida@hotmail.com.

de comunicação entre as Redes de saúde municipais, dialogar sobre processos de efetivação da linha de cuidado.

Para tanto, estamos pautados pelas vivências pessoais dos autores do trabalho em tela. Profissionais de saúde que fomentaram o processo de cuidado, atuando na Rede de Atenção Integral a Saúde Mental de Sobral (RAISM) ou na Estratégia de Saúde da Família (ESF), enquanto atores protagonistas das transformações.

Nesse sentido, a exposição se dará através do seguinte percurso: conceituaremos Educação Permanente e Apoio Matricial; apresentaremos a Rede municipal de Saúde, com foco na Atenção Primária e na Rede de Atenção Psicossocial; apresentaremos o apoio matricial enquanto tecnologia de atenção à saúde, potente para a produção de sentido, organização de processos de cuidado e fomento da gestão e cogestão da saúde. Por fim, realizaremos considerações que sinalizam a importância de ações com base em produção de tecnologias leves que valorizem os sujeitos em relação.

2 DESENVOLVIMENTO

Ao analisarmos os processos de formação no campo da saúde, temos uma ampliação dos agentes sociais envolvidos, sendo estes: o educando, para quem se conduz os processos, o educador quem conduz os processos formativos, o usuário e o gestor que atuam na cena como atores que recebem e geram processos de formação, assim os agentes sociais se relacionam em uma perspectiva dialética, como em uma dança, eles interagem e integram o campo da saúde (MERHY,).

Temos entre estes agentes sociais uma relação teleológica, na busca por desenvolver processos de cuidado em saúde numa perspectiva ampliada, ou seja, sob uma pluralidade de vieses, dentre estes o biológico, cultural, ético, político entre outros. Ceccim (2004) nomeou esta relação entre os agentes sociais e os processos formadores de quadrilátero de formação, sendo estes o *ensino, gestão, atenção e controle social*.

Desse modo, cada elemento possui uma função que está interligada e integrada, em prol da efetivação do cuidado em saúde à luz de um conceito ampliado que compreende aspectos éticos, políticos e cultural, na busca pela emancipação da sociedade das “amarras” estabelecidas pelo sistema econômico vigente. Assim, pensar os processos de formação exige a criação de um *modo operandi* que conecte ensino, gestão, atenção e controle social, à luz de um processo para além da atenção à saúde, visto que emancipar sujeitos demanda tempo, pois envolve mudança de processos culturais e implica desenvolver elementos para que os agentes sociais ativem uma visão crítica da realidade (CECCIM, 2004).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Pan Americana da Saúde (OPAS) orientam os modelos de política de saúde entre os seus signatários, para tanto, pactuam os documentos que orientam os cuidados em saúde, tais como a Carta de Caracas, documento que versa sobre o modelo de cuidado em saúde mental e cujo documento o Brasil se comprometeu em 1992. Os artigos 198 a 200 da CF/88 compreendem o marco legal para a garantia da saúde enquanto direito, e a partir constituem-se as normativas para desses dois artigos, desenvolvem-se as políticas. Essas passam a ser pensadas na lógica de um sistema único de saúde, o qual envolve implantação de modelos de gestão (níveis de atenção, descentralização, outros), financiamento e organização de serviços e processos de trabalho.

Neste nicho entra a educação permanente que busca contemplar uma demanda interna ao campo da saúde na perspectiva de compreender processos de promoção, prevenção, cuidados em saúde e ainda ativar cenários políticos de participação social. Portanto, os espaços ocupacionais são também espaços de formação, constituindo uma rede-escola.

Educação permanente em saúde implica processos complexos que atendam a uma diversidade de cenários e sujeitos. Sua lógica compreende o diálogo entre os agentes sociais e a realização de processos formativos desburocratizados, fundamentados pela educação popular e métodos que facilitam processos de comunicação, compartilhamento de casos, vivências coletivas e de emancipação dos agentes.

O Método Paideia, apontado por Gastão (2003) dialoga com essa perspectiva, pois sua proposta horizontalizada busca a construção coletiva a partir de facilitadores ou ativadora, apoiadores institucionais, que se enraízam nos cenários diversos da assistência e da gestão.

A EPS é instituída a partir das Normas Operacionais Básicas, da portaria n 278 /2004 e ainda de um arcabouço teórico amplo. Dentre as experiências de EPS temos os processos locais sob uma relação micro, na qual os processos de trabalho são revisitados no cotidiano dos serviços e ações de saúde e na perspectiva estruturante como as Residências que formam os profissionais de saúde numa perspectiva teórico-prática, que avalia desde posturas profissionais, compreensão de processos, elaboração de ações em serviços de saúde, operacionalização da política, competências ético-políticas e ainda conduz os serviços e ações de saúde a processos revitalizadores (KRUSE, 2003).

2.1 O Apoio Matricial enquanto possibilidades: construção de cuidado

A alta prevalência dos transtornos mentais em contraponto a escassez de serviços especializados é um problema de saúde pública. As avaliações de organismos como a

Organização Mundial de Saúde (OMS) através da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) apontam a necessidade de desenvolvimento dos sistemas de saúde, já que a taxa dos que necessitam e não são tratados é elevada (KOHN, 2004). Sendo assim é defendida uma rede efetiva de cuidados com um conjunto diversificado de serviços que inclua a Atenção Primária à Saúde (APS), em que os serviços de saúde mental garantirão uma boa assistência (POLET, 2004), assim como todos os níveis de atenção à saúde, realizando-se, portanto, o aspecto integral constituído pela lei 8.080/1988, a qual normatiza o Sistema Único de Saúde brasileiro.

As evidências clínicas revelam necessidade de ampliação da cobertura em saúde mental para que se possa atender o aumento de demanda. Tal situação gera a necessidade de uma organização da rede de apoio em saúde mental que qualifica o atendimento, o acompanhamento e o encaminhamento dos casos mais críticos na Atenção Primária a Saúde (APS). Neste sentido o Apoio Matricial surge como dispositivo de intervenção, pautado pela noção de território, intersetorialidade, integralidade, organizado pelo princípio de corresponsabilidade entre equipes de referência e serviços especializados.

O apoio matricial configura-se uma ferramenta de gestão do cuidado em saúde, uma potência para a efetivação das diretrizes de longitudinalidade e continuidade do cuidado na Atenção Básica de saúde (CUNHA, 2011) e para os processos de Educação Permanente da Estratégia de saúde da família (CECCIM e FEUERWERKER, 2004). A ferramenta amplia as possibilidades de cuidado da ESF construindo arranjos de atenção à saúde no território.

2.2 A Rede Municipal de Saúde

O Sistema de saúde do município apresenta um importante nível de complexidade. Organiza-se a partir da hierarquização e regionalização da Rede de Saúde, por tanto, compreende dispositivos dos três níveis de atenção: primária, secundária e terciária (MENDES, 2010). Atende seus municípios e ainda é polo Macrorregional de referência para 55 municípios e microrregional para 24 cidades da região norte cearense.

A Atenção primária à saúde é a ordenadora do cuidado em Rede, sendo composta por 65 equipes de saúde, distribuídas em 37 Centros de Saúde da Família, 06 equipes de NASF (ver quadro abaixo) e 46 equipes de saúde bucal, bem como serviços de apoio, os quais se configuram estratégias de enfrentamento baseadas em determinantes sociais. Tais determinantes se configuram da seguinte forma: duas academias da saúde, Atenção Domiciliar (Melhor em Casa); Trevo de quatro folhas *“criado pela Lei municipal 1041 de novembro de 2010, que atua com enfoque familiar oferecendo apoio social a gestantes, mães e crianças menores de dois anos de idade, que se encontram em situação de risco*

clínico e/ou vulnerabilidade social” (Sobral, 2016), dentre outros serviços no âmbito do cuidado em saúde, da atenção hospitalar e da vigilância sanitária.

Em final dos anos de 1990 o município de Sobral iniciou seu movimento de Reforma Psiquiátrica. Em 1997 implanta o Hospital Dia. Suas atividades eram agregadas ao Hospital Casa de Saúde Guararapes (BARROS, 2012) (BARROS e SÁ, 2007). Após a mobilização gerada pelo caso Damião Ximenes Lopes, com a implantação de serviços substitutivos CAPS, Residências Terapêuticas, apoio matricial na Atenção Básica e Unidade Psiquiátrica, sendo então nomeada Rede de Atenção Integral à Saúde Mental, em uma perspectiva dialógica com os princípios da lei 8.080/90 (universalidade, integralidade e equidade da atenção à saúde). Ressalte-se que a Reforma Psiquiátrica em Sobral, confluíu com o movimento nacional, no estado os municípios de Quixada, Icapui, Iguatu e Fortaleza já haviam iniciado seu processo de reforma (SAMPAIO, 2007).

2.3 Apoio matricial em movimento: rede em formação

Este trabalho se propõe a apresentar a evolução de ações de cuidado em saúde mental no território de Sobral. Para tanto, o apoio matricial configura-se como uma ferramenta que vem alcançando importantes resultados de caráter técnico, cultural e político. Para situar os leitores, descreveremos o cenário e os processos de construção do matriciamento. Essa evolução do apoio matricial em Sobral está descrita em atas de reuniões ocorridas no sistema de saúde.

Os profissionais da equipe multiprofissional da Rede de Atenção Integral se deslocavam para as unidades básicas de saúde, com agendamentos prévios. Inicialmente com o objetivo de orientar o cuidado das pessoas com transtorno mental que receberam alta do Hospital Guararapes, até então a única estratégia de cuidado para este segmento. Tinham ainda como orientação que a equipe estivesse presente para que os casos fossem discutidos. Na ocasião eram desenvolvidas estratégias de cuidado para o usuário e os familiares, na busca de acolher não apenas no serviço de saúde, mas na comunidade.

A história do apoio matricial em Sobral inicia-se no ano 2000 quando ocorre a mudança do modelo da atenção psicossocial na cidade, com a superação do modelo hospitalocêntrico, isolador e manicomial, após o fechamento do Hospital Guararapes – único serviço para atendimento aos casos de transtorno mental na cidade. A reestruturação e organização da Atenção Primária em Saúde, com a Estratégia de Saúde da Família também recém-implantada no município (SÁ, 2007), contribuíram para o avanço da implantação do modelo de cuidado em saúde mental, com caráter comunitário.

Assim, com a finalidade de apoiar as equipes da Estratégia de Saúde da Família a receber os egressos do hospital manicomial, em processo de fechamento, os profissionais da atenção psicossocial, entre eles os médicos de psiquiatrias, psicólogos e assistentes sociais, iniciaram o caminho de aproximação da atenção primária.

Os encontros tinham ainda como objetivo, o rompimento de preconceitos da comunidade às pessoas com transtornos mentais, que estavam regressando e sendo reinseridas na família e ainda na comunidade. Ao que confere o usuário/egresso, o apoio matricial se configurou enquanto um espaço “seguro” referencial para que tivessem como cuidar dos medos e ainda identificar as crises eminentes, dado que o sujeito que retorna para o ambiente familiar não deixa o transtorno mental, ele e todos a sua volta precisam reaprender a cuidar e identificar a eminência e os fatores que geram a crise; identificar o ponto de cuidado para a situação de crise e buscar esse cuidado.

Ao longo de aproximadamente dez anos a estrutura do apoio matricial seguiu a lógica da centralidade médica com algumas experiências multiprofissional. Esse desenho recebeu a denominação de preceptorial em psiquiatria, que na maioria das vezes se resumia a um ambulatório de psiquiatria. Posteriormente passaram a ocorrer atividades e ações de educação permanente dos profissionais da Estratégia de Saudades da Família, sendo também campo de formação para alunos em graduação e ensino técnico.

Em 2010 ocorre um novo direcionamento da gestão da RAISM – Rede de Atenção Integral a Saúde Mental para mudança do Apoio Matricial. Após um processo coletivo de construção, promovido pela coordenação da RAISM (2010-2012), com discussões coletivas entre a equipe de saúde mental e da atenção primária, foi definido a ampliação da equipe matriciadora. A importância dessa definição compreende em superar o modelo médico-centrado com inserção em caráter institucional do apoio matricial multiprofissional da saúde mental.

Os trabalhadores das diversas categorias como serviço social, educação física, terapia ocupacional, psicologia e enfermagem passaram a ser as referências e intensificar as ações no território, potencializando assim as ações de apoio matricial. A partir de 2014 esse modelo se fortalece nos territórios, sendo importante em períodos de crise do sistema de saúde, dando conta de situações como: redução de trabalhadores médicos; necessidade de diversificar, potencializar e fortalecer ações de saúde mental no território.

As mudanças também acompanham a mudança da lógica do modelo de saúde no município que aderiu às orientações preconizadas pela OMS, no qual os serviços da atenção básica em saúde devem priorizar ações de atenção às doenças crônicas e na lógica do autocuidado apoiado (VILAÇA, 2010).

A mudança de paradigma em relação à atenção a saúde mental na atenção básica exigiu e continua a exigir um esforço gigantesco das equipes matriciadoras, visto que o

modelo biomédico ainda apresenta força, perante a Estratégia da Saúde da Família (QUINDERÉ, 2014). No início da nova configuração do modelo os próprios trabalhadores da RAISM também mostravam resistência, seja pelo receio de enfrentar o novo, de desconhecer o que seria matriciar outra equipe, pelo medo da proposta não ser compreendida e assim ser negada, como também por sentirem pouco capacitados para adentrar num campo tão complexo que é o da saúde mental e saúde coletiva.

Outro ponto que dificulta as ações de matriciamento seja pela equipe matriciadora seja na equipe matriciada é o sucateamento das políticas de saúde, em que a cada momento uma equipe que começa um processo de trabalho é desmontada pela rotatividade dos profissionais a cada seleção pública, a cada concurso, a cada mudança de gestor. Isso acarreta um esforço repetitivo a cada nova mudança de equipe para estar capacitando, sensibilizando e reiniciando as ações nos territórios. Outro fator a ser considerado seria a rotina dos serviços, já enraizada; e o nível de prioridade de cada programa desenvolvido nas unidades básicas de saúde, em que numa escala de prioridade a saúde mental quase sempre não aparecia ou seria uma dos últimos nessa escala, sendo priorizada, por exemplo, a saúde materna infantil, a saúde do idoso, os surtos sazonais como dengue e Zica vírus, entre outros.

O início dos matriciamentos em saúde mental começou pela sensibilização das equipes a serem matriciadas nas Rodas das Gerentes das unidades de saúde, com participação das coordenações da RAISM e dos CAPS que apresentaram a proposta. Nos primeiros contatos esse matriciamento partiu de iniciativas de alguns profissionais da equipe que se interessaram por estar nos territórios. A partir de então iniciou-se o processo desse novo olhar com categorias profissionais que até então não imaginava dar resposta às demandas de saúde mental nos territórios.

Posteriormente com profissionais mais experientes no processo, foram estruturadas equipes matriciadoras que foram distribuídas em três macro áreas de saúde, contendo em cada macro entre seis e dez Unidades Básicas de Saúde. Cada equipe foi montada com a participação das diversas categorias profissionais atuantes nos CAPS, sendo estabelecidas com as gerentes, agendas em que o matriciador estaria semanalmente em uma das unidades de saúde para desenvolvimento de ações.

O novo formato - com profissionais de referência por macro área - estabeleceu uma responsabilização dos casos que surgiam por território. Essa nova organização estabeleceu reorganização de processo de trabalho nos CAPS II e CAPS-AD, em que o usuário que chega ao serviço será direcionado após os atendimentos iniciais ao profissional de referência daquele território, que passará a acompanhar o caso e dimensionar o PTS - Projeto Terapêutico Singular que será seguido pelo usuário no serviço até seu processo de alta.

Uma dificuldade que vem sendo superada no território é o envolvimento da equipe de referência da atenção primária em saúde, que devido ao acúmulo de demandas pouco se envolve e reconhece a importância de se estar à frente das discussões e práticas fomentadas pelos matriciadores. Essa questão vem sendo superada, aos poucos, com o envolvimento e movimentação proporcionada pelas equipes de apoio como NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Residência Multiprofissional em Saúde da Família que tem sido facilitadores de vários processos dentro dos territórios.

3. Conclusões

Consideramos que é necessária a manutenção de um trabalho de sensibilização dos profissionais da atenção básica diante da importância e aplicabilidade do apoio matricial, através de Educação Permanente, visando à construção de uma prática transformadora no cuidado ao usuário de saúde mental. A proposta é que, através do matriciamento, a saúde mental possa ser vista em toda a sua amplitude e complexidade, além de fornecer subsídios para que as equipes da estratégia de saúde da família possam se apropriar e se corresponsabilizar efetivamente pelo cuidado integral aos usuários com sofrimentos decorrentes de transtornos mentais ou do uso abusivo de álcool e drogas.

Percebeu-se que após organizarmos das ações, a abordagem dos casos ficou menos estressante para os profissionais, que passou a perceber o paciente como qualquer outro que vem em busca de atenção às suas necessidades.

Destacamos que os retrocessos e ataques às políticas públicas afetam diretamente o modelo preconizado pelos movimentos de reforma sanitária e psiquiátrica, os quais jamais deixaram de resistir. Em meio às orientações do modelo neoliberal no qual o poder do estado se volta aos aspectos de segurança pública e de regulação aos aspectos econômicos.

Os desafios são inúmeros desde conhecer e reconhecer que os movimentos sociais de luta para a garantia dos direitos sociais estão em risco, dado que está em curso uma “recolonização” das almas e do coração, no qual a lógica da organização empresarial e concorrencial afeta não apenas os espaços institucionais, mas da vida privada, prejudicando assim a mobilização social em prol da defesa do bem comum. E ainda os discursos do Estado que apontam para o enxugamento da máquina pública no campo dos direitos sociais, entregando ao campo empresarial a efetivação dos direitos à vida.

Consideramos ainda importante o avanço da pesquisa no campo da saúde mental, dado que conhecer, analisar e divulgar o saber científico compreende também uma ação política.

REFERENCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático de matriciamento em saúde mental/** Dulce Helena Chiaverini (organizadora). [ET AL.] Brasília, DF: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

Campos GWS. **Um método para análise e cogestão de coletivos.** São Paulo: Hucitec; 2000

Ceccim, Ricardo Burg and Feuerwerker, Laura C. M. **O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social.** *Physis*, Jun 2004, vol.14, no.1, p.41-65. ISSN 0103-7331

CUNHA, Elenice Machado da; GIOVANELLA, Ligia. **Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro.** *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1029-1042, 2011. Disponível em: Acesso em Mar. 2017.

KOHN, R;SAXENA, S;LEVAV, I;SARACENO ,B. **The treatment gap in mental health care.** *Bull World Health Organ.* 2004 Nov; 82(11): 858-866.

MELLO, M., Mello. A., KOHN, R. (2007). **Epidemiologia Da Saúde Mental No Brasil**, (1ª ed.). Porto Alegre: Editora Artmed.

MERHY, Emerson Elias et al. **A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde:** uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*, p. 103 citation_lastpage= 120, 1998.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Minas Gerais, v. 5, n. 15, p.2297-2305, jun. 2010. Disponível em: Acesso em Mar. 2017.

POLET, D.F;HUNGLER, B.P (2004), **Fundamentos Da pesquisa em enfermagem.** Porto Alegre: Artes Médicas.

SÁ, R. A. R.; BARROS, M. M. M.; COSTA, M. S. A. **Saúde mental em Sobral-CE:** atenção com humanização e inclusão social. *Sanare: Revista de Políticas Públicas*, Sobral-CE, v. 6, n. 2, p. 26-33, 2007

Tofoli LF, Fortes S. **Apoio Matricial de Saúde Mental na Atenção Primária no Município de Sobral no Ceará:** relato de experiência. *Sanare.* 2007; 6(2): 34-42. Disponível em: Acesso em Mar. 2017.