

DO MESMO BARCO, TECENDO A REDE: UMA EXPERIÊNCIA SERTANEJA DE MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL

The same boat, weaving the net: A backlands experience of matrix support in Mental Health

Anne Crystie da Silva Miranda¹

Ana Karla da Silva Freire²

Minéia da Costa Figueiredo³

Érika Vanêssa Soares Freire⁴

Josicleia Oliveira de Souza⁵

Marcelo Souza Oliveira⁶

Artigo encaminhado:17/10/2019
Artigo aceito para publicação:20/06/2022

RESUMO

Nosso relato compartilha uma experiência sertaneja de ser-fazer educação em Saúde Mental a partir do apoio matricial. Metodologicamente estruturado em cinco oficinas, que se ancoraram na Educação Popular em Saúde e na Educação Permanente como mecanismos técnico-políticos de transformação de saberes e práticas, o matriciamento que realizamos teve a nós, do lugar de residentes em Saúde Mental, como apoiadores e duas equipes de Saúde da Família como referência. A fim de refletir criticamente sobre o cuidado integral efetivo em Saúde Mental, os resultados e discussão de nosso trabalho são apresentados com o auxílio de depoimentos individuais (diários de campo) e

¹Psicóloga e especialista em Saúde Mental pela UNIVASF. Especializanda em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia (UFBA). annecrystie@hotmail.com

² Enfermeira, especialista em Saúde Mental pela Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF). Especialista em Enfermagem do Trabalho pelo Centro Universitário Internacional (UNINTER). Mestranda do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde (PPGCS) da Universidade de Pernambuco (UPE). akarlasf@hotmail.com

³Enfermeira da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Buriti/PI, especialista em Saúde Mental pela Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF) e e em Saúde da Família pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). mineiacostaf@gmail.com

⁴ Psicóloga do Instituto Federal do Sertão Pernambucano (IF SERTÃO-PE), especialista em Saúde da Família pela UNIVASF. Mestranda do Programa de Pós-graduação para Formação de Professores e Práticas Interdisciplinares (PPGFPI) da Universidade de Pernambuco (UPE). erika.vsfreire@yahoo.com.br

⁵ Psicóloga do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras drogas III (CAPS AD III) do município de Juazeiro/BA. especialista em Saúde Mental pela Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF). Mestranda do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Docente do Colegiado de Medicina da Faculdade Estácio de Juazeiro. josi.oliveirasouza@hotmail.com

⁶Psicóloga, especialista em Saúde Mental pela Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF). Residente em Saúde da Família e Vigilância em Saúde da UNIVASF. oliveira.ufrb@gmail.com

coletivos (produção textual em forma de cordel), destacando o nosso olhar como matriciadores e a percepção dos profissionais matriciados acerca das referidas oficinas de matriciamento. Aprendendo e ensinando acerca da função de matriciar, entre as temáticas (des)construídas estão: Educação Popular; Rede de Atenção Psicossocial e pressupostos histórico-políticos; ferramentas de cuidado; além da reflexão vivencial a respeito do cuidado de si por meio da tecnologia da Tenda do Conto. A experiência permitiu tessituras sobre o (des)encontro com o inesperado; o desafio de transformar impotência em potência; a importância do cuidado de si para melhor cuidar do outro e a necessidade de ampliar os repertórios técnicos para que se amplie o cuidado. Consideramos o vivido exitoso na trilha pela consolidação da Reforma Psiquiátrica, do paradigma da Atenção Psicossocial e da Rede de Atenção Psicossocial.

Palavras-chave: Saúde Mental. Atenção Psicossocial. Atenção Básica. Educação em saúde. Matriciamento.

ABSTRACT

Our report shares a backwoods experience of becoming an educator in Mental Health from the matrix support. Methodologically divided into five workshops, which anchored in the Popular Education in Health and Continuing Education as a technical-political transformation of knowledge and practices, the matricial we performed took us from the place of Mental Health residents as supporters and two Family Health teams as a reference. In order to reflect critically on effective full care in mental health, the results and discussion of our work are presented with the aid of individual statements (field diaries) and collective statements (textual production in the form of “twine”; *cordel*), highlighting our view as matrices and the perception of the professionals who were supported about the aforementioned matrix support workshops. Learning and teaching about the matrix support function, among the (un)construted themes are: Popular Education; Psychosocial Care Network and historical and political assumptions; care tools; beyond the experiential reflection on self-care through the Story Tent of technology. The experience has allowed the reading about the

(dis)encounter with the unexpected; the challenge of transforming impotence in power; the importance of self-care for better care to others and the need to expand the technical repertoire so that they expand care. We consider the successful lived on track for consolidation of Psychiatric Reform, the paradigm of Psychosocial Care and Psychosocial Care Network.

Keywords: Mental Health. Psychosocial Care. Basic Care. Health education. Matrix support.

1 EDUCAR EM SAÚDE MENTAL

Freire (1996, p. 52) nos provoca a pensar que “ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção”, pois educação é impregnar de sentido a experiência de cada um e faz-se a todo instante. Educar em saúde não escapa a essa compreensão, consistindo em campo de disputa de projetos de sociedade que se atualizam nos modos de criar, reproduzir ou modificar relações sociais. Por assim dizer, na cena ocidental, mostra-se hegemônico o entendimento nocivo de que práticas educativas servem à transmissão de normas e padrões, prescrevendo e instrumentalizando. Todavia, educar é transformar e “não pode dar-se fora da procura, da boniteza e da alegria” (FREIRE, 1996, p. 160).

No intuito de que nós, profissionais da saúde, reflitamos criticamente sobre tensionamentos do cotidiano de trabalho, a Educação Permanente em Saúde (EPS) surge como movimento pedagógico da interface saúde-educação, constituindo-se desafio institucional. Lançada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) na década de 1980, com finalidade de reorientar processos de capacitação dos trabalhadores (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1994 apud PEDUZZI et al., 2009), a EPS organiza-se como contínua, participativa e interprofissional, pautando-se na concepção transformadora e emancipatória de Freire, que privilegia aprendizagem significativa e problematização.

A essência do trabalho é educativa. Devemos compreendê-lo além do sentido instrumental de produção de resultados e ação dirigida a um fim. É necessário enxergar o trabalho em saúde, por exemplo, como espaço de ponderações, diálogos e construção de consensos que possibilitem promover

mudanças para integralidade do cuidado. Destarte, ancorado no princípio da corresponsabilização, o matriciamento ou apoio matricial apresenta-se como arranjo ousado e, por que não, um jeito de fazer educação em saúde. Como tecnologia de gestão, tem dimensão sinérgica ao conceito de EPS (BRASIL, 2010), proporcionando retaguarda especializada que amplia o conceito de saúde-adoecimento e o repertório de cuidado das equipes assistenciais.

Matriciar é uma possibilidade inovadora de produzir saúde em que duas ou mais equipes, em construção compartilhada, criam propostas de intervenção pedagógico-terapêuticas para ressignificar a realidade do trabalho em saúde e da comunidade (CHIAVERINI, 2011). Como ferramenta recém-afirmada na Atenção Básica (AB), dada a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), em 2008, atualizado para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), em 2017, o matriciamento oferta apoio/suporte técnico-pedagógico especializado a equipes de saúde, a fim de qualificar a assistência, valorizando a AB como campo interventivo privilegiado, dado seu caráter territorial (DIMENSTEIN et al., 2009).

No processo de integração da Saúde Mental (SM) à AB no Brasil, o modelo do apoio matricial tem norteado experiências implementadas em diversos municípios. Com sua capacidade resolutiva, recursos e fluxos são racionalizados à medida que se constroem projetos terapêuticos de base territorial, rompendo com a lógica dos encaminhamentos arbitrários. Assim, a educação em SM acontece longitudinalmente no matriciamento, embasando-se nas problemáticas diárias e empregando artifícios diversos (BRASIL, 2011). Em nossas experiências, observamos o potencial que esse instrumento tem para, a partir da AB, fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída nacionalmente em 2011, pela Portaria do Ministério da Saúde de nº 3.088 (BRASIL, 2013).

Como Cougo (2013), acreditamos que o apoio matricial em SM à Saúde da Família (estratégia que organiza a AB no Brasil) colabora com a ampliação da clínica, pondo fim à “psiquiatrização” do sofrimento e valorizando a singularidade das pessoas, além de tecer projetos terapêuticos coletivamente, na interface entre equipes de referência (no caso, as de Saúde da Família) e

equipes de apoio matricial, contrariando a ideia de que o cuidado em saúde é exclusivo de especialistas. Conforme visto em Mendes (2011) e Delfini et al. (2009), nenhum serviço é 100% resolutivo, sendo necessário atuar em rede com outros dispositivos e políticas. Nessa perspectiva, reconhecemos o lugar da AB de ordenadora do cuidado como capcioso, já que, referenciada na comunidade, tem possibilidade de conhecer a história dos territórios e reconhecer particularidades da vida de cada pessoa.

Com o advento italiano da Reforma Psiquiátrica (datado do final da década de 1970) e da Luta Antimanicomial (despontada no Brasil na mesma época), ambos contemporâneos a redemocratização e Reforma Sanitária brasileira vias de transformação da assistência em SM têm sido pensadas e experimentadas, com a causa última de legitimar a condição cidadã das pessoas que atravessam experiências de crise psíquica e/ou são diagnosticadas com transtorno mental, a qual, por demasiado tempo, foi interdita. Para Yasui (2009, p. 3), o paradigma emergente da Atenção Psicossocial (AP):

Refere-se à ousadia de inventar um novo modo de cuidar do sofrimento humano, por meio da criação de espaços de produção de relações sociais pautadas por princípios e valores que buscam reinventar a sociedade, constituindo um novo lugar para o louco. Isto implica em transformar as mentalidades, os hábitos e costumes cotidianos intolerantes em relação ao diferente, buscando constituir uma ética de respeito à diferença.

É nessa dinâmica de reinvenção de paradigma que a SM ocupa lugar de intervenção prioritária também na Estratégia Saúde da Família (ESF), uma vez que suas equipes têm possibilidade de agir na unidade onde são instaladas e também de se inserirem nas famílias que fazem parte da área de abrangência. Por criar vínculos, manter corresponsabilidade com a população e agir sobre fatores de risco aos quais a comunidade está propensa (como os desencadeadores de sofrimentos psíquicos e transtornos mentais), a AB necessita aprimorar-se para receber demandas em SM, compreendendo acolhimento como intervenção potente e território como o acontecimento mais adequado à promoção da saúde e à reabilitação psicossocial.

Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 2595-2420, Florianópolis, v.14, n.40, p.90-107, 2022

Tudo isso se torna possível graças ao indicativo de substituição do modelo hospitalocêntrico asilar pelo de serviços de base territorial, o qual orienta a passagem da loucura constrangida ao manicômio para o encontro entre SM e AB, fruto da Reforma Psiquiátrica (SOUSA; TÓFOLI, 2012). A partir desse novo projeto social, a SM é depreendida como parte do inteiro complexo saúde, devendo a AB ser porta de entrada também para essas necessidades, construindo ações voltadas para o cuidado integral. Vale ressaltar que ESF e AP são proposições que devem atuar conjuntamente, a fim de que seus objetivos sejam alcançados mais facilmente (MIELKE; OLCHOWSKY, 2010).

Considerando esses pressupostos, este trabalho relata uma experiência sertaneja de ser-fazer educação em SM a partir do apoio matricial, tendo a nós, na época, residentes em SM, como equipe apoiadora e duas equipes de uma Unidade de Saúde da Família (USF) como referência, lançando mão, ainda, da participação de uma equipe NASF-AB, de profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II e de uma residente em Saúde da Família. Nessa esteira, a narrativa deste projeto singular de cuidado em saúde-educação se constrói por meio de depoimentos individuais e coletivos em torno da tessitura das redes de serviços de saúde. Orientado pelo apoio matricial, nosso projeto sertanejo realizou oficinas com equipes de Saúde da Família no intuito de provocá-las sobre o cuidado integral efetivo em SM.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

Do tipo relato de experiência, nossa produção compartilha reflexões crítico-afetivas acerca da vivência de cinco oficinas processuais de matriciamento, com duração de três horas cada, facilitadas pela nossa equipe de residentes em SM (psicólogos e enfermeiras), de uma universidade federal localizada na região nordeste. As oficinas aconteciam no espaço físico de uma Unidade de Saúde da Família (USF) e voltavam-se para as duas equipes de Saúde da Família que a compunham (entre enfermeiros, técnico de Enfermagem, dentista, agentes comunitários, auxiliar de saúde bucal e recepcionista), além de contarem com a presença de atores estratégicos do NASF-AB (psicóloga e assistente social), do CAPS II (psicóloga e terapeuta

ocupacional) e de um programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (psicóloga residente). A USF se localizava em um município do sertão do Submédio São Francisco, a qual, no período de intervenção, não desenvolvia atividades educativas, apesar de reservado um turno de sua rotina para tal.

A motivação para realização do trabalho partiu do desejo de estender a estratégia do matriciamento a outras equipes de Saúde da Família da rede municipal em questão, visto que, no ano anterior, outras duas experiências exitosas foram facilitadas pela Residência Multiprofissional em Saúde Mental (RMSM) em parceria com o CAPS II. Em relação à unidade que acolheu as oficinas em questão, foi escolhida a partir dos diálogos entre sua gerente (enfermeira) e o NASF-AB que, em consenso, avaliaram que as equipes se beneficiariam, tamanha a necessidade de ampliar seus repertórios de cuidado em prol da efetivação da Reforma Psiquiátrica e da AP, enfatizando o fortalecimento da RAPS local. Com isso, as oficinas iniciaram ao final de maio/2015, encerrando em meados de julho/2015, respeitando periodicidade quinzenal e mantendo frequência de, em média, 20 participantes por encontro.

O desenho metodológico (incluindo instrumentos e materiais utilizados) se orientou pela Educação Popular em Saúde, priorizando troca de saberes e experiências para uma aprendizagem que aprofundasse a compreensão reflexiva da prática concreta em consonância com os objetivos do projeto. Como pedagogia reconhecidamente freireana, a Educação Popular em Saúde apura e sistematiza “modos de sentir, pensar, sonhar, querer, agir e se expressar das pessoas. Deve ser um modo orgânico, participativo e prazeroso de cuidar da saúde e de fazer a gestão dos territórios, por meio dos indivíduos, como sujeitos do seu próprio processo de trabalho” (BRASIL, 2010, p. 18). Cartas, panfletos, cartazes, desenhos, histórias, jogos, Projeto Terapêutico Singular (PTS), músicas, objetos pessoais etc., produzidos durante e/ou trazidos para o matriciamento, foram alguns dos materiais utilizados.

Dentre as temáticas (des)construídas, sempre ancoradas no cotidiano das equipes de referência e seus desafios e potencialidades para o saber-fazer em SM, discutiu-se sobre função de matricular; contribuição da Educação

Popular; RAPS e seus pressupostos histórico-políticos; ferramentas de cuidado, como PTS, visita domiciliar, escuta e acolhimento; além da reflexão vivencial acerca do cuidado de si por meio da tecnologia da Tenda do Conto. A contemplação da experiência aqui relatada partiu da análise de diários de campo que produzimos, apresentando o nosso olhar de residentes apoiadores diante do vivido, e da interpretação de um texto em forma de cordel, escrito por decisão própria e coletivamente pelas equipes de referência, destacando o olhar sobre o processo de aprendizagem experimentado por quem acolheu as oficinas de matriciamento.

3 REFLEXÕES POSSÍVEIS: TECENDO APRENDIZAGENS

Neste tópico, resultados de nossa experiência são condensados e discutidos com o auxílio de excertos dos nossos diários de campo e do cordel na íntegra criado pelas equipes de referência, a partir dos seguintes eixos: O (des)encontro com o inesperado; O desafio de transformar impotência em potência; A importância do cuidado de si para melhor cuidar do outro e A necessidade de ampliar os repertórios técnicos para que se amplie o cuidado. Abaixo, tecemos proposições teórico-práticas sobre dificuldades e possibilidades que compuseram os caminhos de aprendizagem percorridos por quem participou das oficinas de matriciamento, entre apoiadores e apoiados. Em cumprimento aos critérios éticos, nossos nomes não são identificados nos excertos dos diários (chamamo-nos de R1, R2, R3, R4, R5 e R6), bem como os nomes dos componentes das equipes de referência, autores do cordel, são preservados.

3.1 O (des)encontro com o inesperado

Na prática de educar em saúde e para Reforma Psiquiátrica, estamos *“diante sempre do imprevisível, nosso principal objeto de trabalho não só na Psicologia, como também na SM”* (R2). Quando conversamos sobre essa *temática já se faz necessário se propor à imprevisibilidade”* (R3), acreditando que *“com ela surgem diversas possibilidades”* (R3). Promover matriciamento na AB para o cuidado integral em SM, portanto, *“trata de movimentos tensos, que*

refletem sentimento de insegurança diante do não saber, do inesperado, do imprevisto para alguns, mas também de movimentos instigantes, ainda pela insegurança, mas agora com uma pitada de insistência, curiosidade, afeto e empatia” (R3). Em nossa experiência, “encontramos com o inesperado” (R4) e “foi mesmo surpreendente” (R2). “Foi um encontro fenomenológico! Tempo de ficar descalço, sentir os pés no chão e elaborar aquilo que emerge partindo sempre do hoje, daquilo que mobiliza o momento presente” (R2).

“Experiências muito intensas surgiram; e que tinham tudo a ver com a rede, com os instrumentos de cuidado, com o nosso trabalho de matriciamento” (R2). “Surgiram muitas falas extremamente ricas e que transbordavam a singularidade de cada membro, se atualizando como pessoa naquele momento” (R5). Uma das oficinas, “que tinha um objetivo totalmente diferente” (R1), planejada para tratar de ferramentas de cuidado em saúde e SM, “transformou-se em espaço de desabafo” (R1), produzindo “verdadeiro desencontro” (R5). “Do desencontro nasceu, então, um verdadeiro encontro. A abertura ao novo, possibilitada por nosso manejo como facilitadores, produziu a atualização do grupo ali presente” (R5). Não foi fácil para nós, no lugar de equipe de apoio, nem para outros presentes, mas tudo culminou na certeza de que a “experiência pode não ser aquilo que ‘se passa’, mas o que ‘nos passa’, aquilo que possui sentido para nós, a partir de nossa abertura” (R5).

O tempo inteiro algo dizia *“que a vida é sempre maior que a técnica” (R5). Pautada na Educação Popular e na EPS, esta talvez seja das maiores contribuições que o matriciamento pode proporcionar: fazer perceber que é efervescente a reorientação de trabalhar em saúde a partir dos saberes produzidos no cotidiano dos territórios, nas micropolíticas do cuidado. A técnica é indispensável, entretanto, necessita ser flexível, fluida, para que se molde às singularidades de cada caso e seja reinventada diante da vida pulsante. Assim, o “encontro com o inesperado” (R2) proporcionou “elaboração bastante madura, quer para nós, como matriciadores, quer para a equipe de referência” (R2). “Pensar na força dos encontros, na afetividade, no vínculo e no que foi aprendido com o processo” (R4) fez o “desencontro virar um lindo encontro” (R4).*

3.2 O desafio de transformar impotência em potência

Transversal a tudo que era vivido no matriciamento estava *“um sentimento que, talvez, seja conhecido de todos nós que trabalhamos na saúde: a impotência nossa de cada dia. Diante de tantas dificuldades, da luta diária e de necessidades cotidianas tão emergentes/urgentes, não é fácil estar/ser profissional de saúde quando se há implicação naquilo que se faz”* (R2). Questões como fragilidade das redes de cuidado e serviços, dificuldade de trabalhar em equipe, formação em saúde e, especificamente, desvalorização da SM no âmbito da gestão da assistência envolvem cotidianamente a nós, trabalhadores, e a nossas práticas, dando espaço a um sentimento de “não poder” difícil de lidar. Os profissionais das equipes referenciadas volta e meia mencionavam *“o fato de não encontrar um órgão ou alguém”* (R1) para unir forças em prol do melhor cuidado.

“A aridez dos cenários de atenção no município” (R4) em foco permitiu que os profissionais da Saúde da Família relatassem *“vários casos de referência para a RAPS, mas que, em alguma medida, não foram respondidos como deveriam, por eles próprios na ESF e pelos dispositivos especializados da rede”* (R2). *“A impressão que se teve é que haviam profissionais cansados e que precisavam ser ouvidos, já que existiam muitas insatisfações e falta de parcerias para a resolutividade de muitos casos complexos no território, causando sentimento de impotência entre estes”* (R6). Nesse sentido, *“o que acontece com um cenário da ESF que tem cobertura, há alguns anos, pelo NASF, porém que seus componentes”* (R2) não conseguem se conectar com outros dispositivos capazes de agenciar respostas às demandas?

Em se tratando do trabalho em equipe, vemos *“o quanto é difícil manejar alguns casos sem uma equipe multidisciplinar”* (R6) e como os profissionais se sentem impotentes diante de necessidades que requerem cuidado interdisciplinar. Para Louzada, Bonaldi e Barros (2007), o que realmente importa na equipe é o trabalho coletivo, pois *“nunca se trabalha sozinho. Os sentidos são tecidos nos coletivos. É assim que precisamos pensar os trabalhos das equipes que tenham como marca o reconhecimento da alteridade*

e a participação dos diferentes sujeitos nesse processo” (LOUZADA; BONALDI; BARROS, 2007, p. 48). Para isso, reorientar a formação em saúde, por várias décadas constrangida à hiperespecialização e ao trabalho de categoria, é essencial, a fim de transformar, inclusive, o conceito de que há necessidades de saúde-adoecimento compartimentadas, umas com mais valor que outras, o que muitas vezes negligencia a SM.

Em contrapartida, como via de potência, a própria ferramenta do matriciamento surge como agenciamento possível. *“Na busca pela efetivação e fortalecimento da rede, em especial, a RAPS, matriciar é mesmo uma estratégia potente, que denota, além de seus princípios básicos, corresponsabilização e militância por um modelo de cuidado/assistência genuinamente integral”* (R2). As oficinas que desenvolvemos abriram caminhos *“para que fossem sanadas várias dúvidas”* (R6) e para que os participantes convocassem uns aos outros *“a propor articulações e corresponsabilizações”* (R4). *“É nos encontros que vamos costurando uma proposta de rede”* (R4), que resgatamos nossa potência, valorizando estratégias que criamos e que se escondem diante do desânimo provocado pelo sentimento de não poder. *“Será que o matriciamento, no cenário em questão, se tornaria possível somente por atuação da Residência?”* (R3), indagamo-nos.

3.3 A importância do cuidado de si para melhor cuidar do outro

“Se desconsiderarmos a dimensão humana (em seu sentido amplo) da educação, vamos nos perceber imersos num modelo pautado na razão instrumental, um processo bancário e adoecedor, que impossibilita o processo de atualização da pessoa” (R5). Destarte, vemos *“a saúde do trabalhador como aspecto que interfere diretamente no cuidado”* (R4) e emerge nos processos educativos em saúde. Para cuidar do outro é indispensável que se esteja saudável e disposto. É preciso estar sensível a compreender o outro e ao cuidado a ser prestado. *“As instâncias pessoais não podem ser negadas ou apagadas, pois trabalhar também é fazer uso de si”* (LOUZADA; BONALDI; BARROS, 2007, p. 51). Dentro das oficinas, logo que apresentada a proposta

de conversar sobre SM, as pessoas citaram “a SM do trabalhador de saúde como ponto urgente” (R3).

Nas colocações, percebíamos que os profissionais necessitavam de cuidado, de espaço de fala-escuta para suas angústias. Será que dimensionamos o quanto a ausência desse espaço “*interfere na construção de vínculos, no comprometimento das equipes, na corresponsabilização, nas articulações e no cuidado?*” (R4). “*Tratava-se de mais uma equipe de saúde, ou pelo menos de alguns profissionais, que dedicaram longos anos de vida à construção do Sistema Único de Saúde (SUS), mas que se mostravam cansados, desvalorizados, à margem do esquecimento frente às cobranças de trabalho*” (R3). Um grupo que “*clamava por espaço singular, onde palavras se sobrepujassem a números, ordens ou punições, onde as relações se mostrassem mais estreitas e os vínculos fortalecidos*” (R3). “*O tamanho da responsabilidade do trabalho territorial é grandioso*” (R4) e é por isto que a dimensão afetiva do trabalhador deve ser levada em consideração, principalmente quando se trata do fazer em SM.

Diante dessa complexidade, acreditamos no cuidado de si como modo de fortalecer o trabalho em saúde. “*Poder proporcionar espaço exclusivamente de escuta aos profissionais da equipe de referência (por meio da dinâmica da Tenda do Conto), que seria um espaço de cuidado de si, e não um espaço de cuidado das demandas de trabalho, foi fantástico. Reconhecer que qualquer tipo de trabalho educativo perpassa a vida pessoal do outro, suas experiências mais profundas (que nem sempre se tornam públicas), seus anseios, sem dúvida, é indispensável*” (R2) para discutir as reverberações do trabalho de matriciamento que realizamos. No resgate do real significado do cuidado, torna-se imprescindível e urgente que o homem possua a consciência do que é, das suas potencialidades e fragilidades, e do que realmente quer (AMORIM, 2013). O profissional de saúde deve fazer o exercício da autoanálise e autocrítica, dando sentido ao viver. Para isso, a tecnologia da escuta se mostra uma aposta pertinente.

“*O objetivo maior das oficinas seria oferecer um apoio matricial para o cuidado em SM*” (R5), todavia, em respeito ao movimento do grupo, elas

também se constituíram como espaço de cuidado. “Além de um espaço educativo, foi semeado um espaço de acolhimento e de cura” (R5), o que destaca que “o cuidado não deve ser direcionado somente à família no território mas aos profissionais que também adoecem diante das complexidades, principalmente em SM” (R3). Trabalhar com saúde é algo delicado, já que nem sempre é possível suspender as questões pessoais no ambiente de trabalho ou as questões do trabalho em ambiente pessoal. Muitos dias chegamos em casa carregando problemas do território. Por isso, o cuidado de si, pondo-nos a ocupar o “lugar invertido” (R4) de ser cuidado, é um elemento que faz “o trabalho na AP mais forte, mais satisfatório e mais articulado” (R4).

3.4 A necessidade de ampliar os repertórios técnicos para que se amplie o cuidado

“O que aqui vamos falar
É sobre transtorno mental
Os cuidados com o corpo e a mente
Que seja de forma integral.
Que seja de forma integral
As redes de atenção
Fazendo valer os direitos
Para cada cidadão
Na busca de solução.
As redes de atenção
Integram o sistema SUS
Buscando novo horizonte
Reintegrando as pessoas
Em busca de uma nova luz.
As RAPS por sua vez
Conhece suas dimensões
O que precisa é agilidade
Em tomar as decisões
Gerando e transformando
Lugares e relações.
Entendemos que o PTS
É um projeto singular
De propostas de condutas
De uma equipe interdisciplinar.
Diagnosticar e traçar metas são passos iniciais
Porém às vezes a demora é tanta
Que se perde até os ideais.
O terceiro momento é: as responsabilidades dividir
Negociando propostas
Reavaliando os casos
Para depois refletir.
Tudo isso é muito bom

*Se for colocado em ação
Que todos pensem e refletiam
E coloque o pé no chão
E que todos possam entender
O que significa ATENÇÃO!
A todos os residentes
Queremos agradecer
Em nome de toda a equipe
Pois vivenciamos momentos
Que jamais iremos esquecer.”*

Esta elaboração poética de autoria das equipes de referência nos transmite o significado das oficinas para elas. “*A profundidade alcançada em cada verso sintetizou o que foi tratado desde o primeiro encontro*” (R5). “*Em um conjunto de verdadeiros protagonistas, prontos a aprender com a prática viva*” (R3), experimentamos o quanto a educação em saúde é ferramenta potente para ampliação dos modos de cuidar, já que promove troca de saberes, multiplicando-os na elaboração que cada um faz do vivido. Apesar de muitos ainda a considerarem prática simplória, educar em saúde possui complexidade imensa, pois tem poder de transvalorar não apenas o significado do processo saúde-doença como também de transformar a todos que se permitem participar. A necessidade de os profissionais lapidarem suas técnicas em prol de um cuidado cada vez mais efetivo passa fundamentalmente por um processo educativo sensível.

Ao ler um cordel sobre uma proposta sistemática de matriciamento que se restringiu a cinco oficinas e perceber o quanto de conhecimento técnico foi produzido ou o quanto de ideias foi deslocado na direção de fortalecer o protagonismo para um SUS e uma AP com mais qualidade, torna-se difícil conceber que, no início, “*ninguém soube responder o significado da sigla RAPS*” (R1), demonstrando desconhecer “*os dispositivos presentes no município de atuação*” (R1). Muitas dúvidas foram apresentadas sobre o “*funcionamento de alguns serviços e de como encaminhar alguns casos de demandas em SM*” (R6), retomando, inclusive, a figura do manicômio (uma vez abandonada pelo movimento de Reforma Psiquiátrica) como referência de cuidado. Vários profissionais não concebiam pontos de atenção que faziam parte de suas rotinas como componentes da RAPS. Parecia tudo novo.

Discutimos acerca de “encaminhamentos, tipo de tratamento disponibilizado no CAPS e suas dinâmicas, como agir na crise, quebra de tabus e preconceitos, [...] residências terapêuticas, consultórios na rua” (R6) etc., o que, diante dos resultados, enfatiza “a necessidade dos profissionais se aperfeiçoarem no encontro com o campo ‘inter’ e no intuito de suspender suas vivências para criar outras possibilidades de intervenção quando não mais são encontradas nesse cotidiano fragilizado” (R3). Estudos demonstram que parcela significativa das pessoas atendidas na AB possuem transtornos mentais, sendo que de 33% a 56% daqueles que são assistidos neste nível podem exibir sintomas de transtornos mentais comuns (BRASIL, 2010). Epidemiologicamente, essas informações reafirmam a necessidade do trabalho matricial, de “falar em rede nos dispositivos da rede” (R2), dada a contribuição do matriciamento para que os profissionais se reconheçam construtores da RAPS.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS: SEMPRE ENFRETE/EM FRENTE

Fazer matriciamento é sempre fazer o novo e fazer de novo, conciliando algumas doses de frustrações com o sabor do desafio (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2009, p. 47).

Imersos na experiência, percebemos a dificuldade de consagrar o matriciamento como instrumento de educação em saúde, uma vez que nem todos que se apresentarão como nossos companheiros de trabalho compreenderão a importância e a necessidade de se trabalhar com clínica ampliada, principalmente no que se refere ao campo da SM, onde os estigmas sobrevivem e alguns profissionais demonstram resistência em acolher determinadas demandas. Todavia, durante as oficinas, reafirmamos nossas crenças na ESF como estratégica para a AP e rumo à possibilidade de fazer a diferença. Apesar de ainda grande o número de profissionais que não se sentem à vontade com as demandas de SM, o ato de acolher, escutar ou mesmo encaminhar a um serviço especializado de modo corresponsável tem feito cada vez mais parte dos cenários de atenção.

De outra perspectiva, vencemos o desafio que foi não permitir que os profissionais das equipes de referência desacreditassem de suas capacidades de fortalecer a rede. Como residentes, frequentemente, encontramos em nossa própria práxis as mesmas lacunas e obstáculos apontados por quem estávamos apoiando nos encontros de matriciamento. Conforme observado por um dos residentes da equipe, não é fácil evidenciar os aspectos positivos das experiências de trabalho quando sofremos das mesmas dores em relação aos empecilhos”. Aos poucos, aprendemos, no coletivo, que nossa função como matriciadores era também chorar as dores, pois não é sendo impróprios com nossas questões pessoais que agenciaremos outras possibilidades mas, sim, levando o saber de nossas experiências e fazendo-o circular em meio a tantos outros saberes. Só desse modo é que nos mantivemos atentos e fortes nessa infinda batalha pela cidadania em detrimento da lógica manicomial.

É mister que enfrentemos as adversidades que se apresentam nos percursos que levam à consolidação da RAPS e aos movimentos de educação em SM. É imprescindível que sigamos em frente, pois estamos todos, matriciadores e matriciados, no mesmo barco, que é o SUS nosso de cada dia, e tecemos a mesma rede: a rede de cuidado integral à saúde. Saímos da experiência realizados e acompanhados do que uma das residentes citou como um sentimento inominável que se aproxima da motivação, do otimismo, da cura, da esperança, do ser, do indizível. Não se pode calcular os efeitos em cada membro que participou das oficinas, mas temos a certeza de que ninguém que ali passou, passou em branco. .

REFERÊNCIAS

AMORIM, K. P. C. O cuidado de si para o cuidado do outro. **Revista Bioethikos**, v. 7, p. 437-441, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União – Seção I**, Brasília, p. 37, 21 maio 2013.

Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 2595-2420, Florianópolis, v.14, n.40, p.90-107, 2022

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de princípios e diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 152 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 27)

CHIAVERINI, D. H. (Org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236 p.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **A prática da psicologia e o núcleo de apoio à saúde da família**. 1. ed. Brasília: CFP, 2009. 172 p.

COUGO, S. C. S. **A História e a Avaliação do Matriciamento em Saúde Mental no Município**. 2013. 17 f. Monografia (Curso de Práticas Pedagógicas em Serviços de Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2013.

DELFINI, P. S. S. et al. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. **Ciênc. saúde coletiva** [online], v. 14, supl. 1, p. 1483-1492, set.-out., 2009.

DIMENSTEIN, M. et al. O Apoio Matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde soc.** [online], v. 18, n. 1, p. 63-74, 2009.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 17. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996. 166 p. (Coleção Leitura)

LOUZADA, A. P.; BONALDI, C.; BARROS, M. E. B. Integralidade e trabalho em equipe no campo da saúde: entre normas antecedentes e recentradas. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B.; MATTOS, R. (Orgs.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO, 2007. p. 37-52.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online], v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MIELKE, F. B.; OLCHOWSKY, A. Saúde mental na Estratégia Saúde da Família: avaliação de apoio matricial. **Rev. Bras. Enferm**, v. 6, n. 63, p. 900-907, nov.-dez., 2010.

PEDUZZI, M. et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Interface (Botucatu)** [online], v.13, n. 30, p. 121-134, jul.-set., 2009.

SOUSA, M. L. T.; TÓFOLI, L. F. Apoio matricial e integralidade na Atenção Primária à Saúde. **Cad. Bras. Saúde Mental**, v. 6, n. 13, p. 47-70, 2013.

YASUI, S. A atenção psicossocial e os desafios do contemporâneo: um outro mundo é possível. **Cad. Bras. Saúde Mental**, v. 1, n. 1, p. 1-9, jan.-abr., 2009.