



10º Congresso de Pesquisa

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA PROPOSTA METODOLÓGICA

Autor(es)

TELMA REGINA DE P SOUZA

Co-Autor(es)

EDSON OLIVARI DE CASTRO
GISLEINE VAZ SCAVACINI DE FREITAS
TATIANA SLONCZEWSKI CASELLI MESSIAS

Apoio Financeiro

FAP/UNIMEP

1. Introdução

No Projeto de Educação Permanente (EP) em Saúde Mental na Atenção Básica, destacamos que o cuidado com os profissionais da rede de atendimento à saúde é um enorme desafio, pois, especialmente na saúde mental, os profissionais manifestam grande sofrimento produzido nos serviços que realizam. Essa foi a preocupação que permeou o trabalho realizado junto aos profissionais que participaram da primeira fase do Projeto em 2010 - provenientes de 22 dos 26 municípios abrangidos pelo Departamento Regional de Saúde (DRS X). A valorização dos profissionais e de suas práticas, almejada nas Diretrizes da Educação Permanente, implica em contextualizar as respostas desses profissionais frente às demandas da realidade, da cultura local e da gestão em saúde. Buscamos essa contextualização por meio das Oficinas que problematizaram temas que envolvem cotidianamente as práticas de cuidado, especialmente na atenção básica e na saúde mental, compreendida principalmente na perspectiva da integralidade e não da especialidade. A ênfase na Atenção Básica considerou que nesse nível de atenção os profissionais da saúde estão mais próximos da comunidade e seu papel não está centrado na dimensão curativa e sim na promocional e preventiva, o que exige desses profissionais grande sensibilidade para acolher o usuário, identificar seu sofrimento e intervir à serviço de sua autonomia e não de sua dependência da assistência. Na aproximação do Curso de Psicologia dos Serviços na cidade de Piracicaba pudemos identificar como muito das demandas para a saúde mental são “falsas” demandas, pois são necessidades que não requerem a intervenção de uma especialidade, mas sim o acolhimento, a escuta, o reconhecimento do sofrimento, assim como requerem a vivência do pertencimento familiar e comunitário, pertencimento ou sentimento de pertencimento limitado, na atualidade, por práticas de exclusão cotidiana a que indivíduos e grupos são submetidos na família, na escola, no mundo do trabalho e nos espaços de lazer. O encaminhamento dessas demandas para os equipamentos e profissionais de saúde mental, além de não garantir resolutividade à demanda, também dificulta a eficiência e a eficácia nos serviços da saúde mental, visto que sempre será insuficiente o número de equipamentos e profissionais para a enorme demanda criada no próprio serviço de saúde. Com isso, a prática mais comum tem sido a patologização e medicalização do sofrimento dos indivíduos, ou seja, a manutenção de práticas questionáveis no âmbito da Reforma Psiquiátrica.

2. Objetivos

1) Construir diagnósticos micros e macro regionais, com base na sistematização dos dados da primeira fase da metodologia de EP em saúde mental na atenção básica; 2) Avaliar a metodologia de EP apresentada em relação aos seus impactos nos serviços realizados nas unidades de saúde envolvidas no Projeto.

3. Desenvolvimento

Para atingir tais objetivos, trabalhamos com uma metodologia que priorizou o diálogo entre os participantes. O Projeto foi planejado em três fases: I – Encontros temáticos, como um momento de exposição de ideias (aulas), outro de debates (Oficinas) e um terceiro momento de síntese (plenária); II – Monitoramento das ações dos participantes a partir da construção de um Plano Municipal de Saúde Mental na Atenção Básica e III – Seminário avaliativo das ações que deveriam envolver outros profissionais de cada município. Fase I : Foi o momento fundamental do encontro, no qual se promoveu uma comunicação aberta dos participantes buscando romper com a educação centrada no educador e na transmissão vertical de conhecimentos. Incentivamos o compartilhamento de responsabilidades, como trazer problemas, pensar em soluções e planejar ações integradas que pudessem promover a corresponsabilidade de todos os atores envolvidos nos cuidados à saúde, incluindo o usuário que deve assumir sua responsabilidade individual na promoção à sua própria saúde e de sua comunidade. Os encontros foram planejados em duas etapas composta de três momentos: Primeira etapa: Técnica Momento I: Socialização do conhecimento consolidado na literatura e em práticas validadas realizada por meio de aulas expositivas sobre a unidade temática do encontro. Segunda etapa: Planejamento estratégico. Momento II: oficinas de trabalho em pequenos grupos que receberam instruções de um facilitador (profissionais de saúde da rede pública) e foram acompanhados por um monitor (alunos do Curso de Psicologia) que registrou em diário de campo as discussões realizadas nos grupos. Cada Oficina focou problemas e possíveis soluções, com o relato das vivências locais (registradas em formulário próprio). Essas oficinas deveriam produzir levantamento diagnóstico sobre as condições de vida da população atendida pelas unidades de Saúde, com indicadores de saúde, das atividades desenvolvidas nos locais, das ações dos profissionais participantes e também deveria produzir propostas concretas de ações planejadas. Momento III: SÍNTESE. Plenária de fechamento com os resultados dos pequenos grupos. Apresentação do resultado dos trabalhos nos pequenos grupos e discussão de todos os presentes para a construção de um diagnóstico mais amplo que identificasse as fragilidades no sistema de saúde e as medidas necessárias para superá-las. Ao final do “Curso”, cada município foi orientado à produzir um Plano Municipal de Saúde Mental na Atenção Básica ? PMSMAB. Essa produção deveria ser realizada coletivamente, envolvendo outros profissionais da saúde dos municípios envolvidos nessa ação. A terceira fase do Projeto ocorreu através de um Seminário que apresentou um texto síntese dos conteúdos produzidos coletivamente nas fases anteriores.

4. Resultado e Discussão

A necessidade de uma rede intersetorial de atenção foi apontada enfaticamente nas Oficinas, por isso buscamos nesse texto identificar sua existência ou ausência, entraves e desafios, os atores e as relações instituídas envolvidas e também apontamos questões que não foram abordadas diretamente nas discussões, como a metodologia para avaliação do trabalho em rede. Para tanto, tomamos de modo especial, mas não exclusivamente, os relatos das oficinas das duas turmas relativas aos temas sobre as Políticas públicas de saúde: a Reforma Psiquiátrica no SUS; sobre o acolhimento e intervenção em crise; sobre as equipes, equipamentos e práticas em saúde mental, e fundamentalmente as discussões sobre Integralidade, rede social e conquista de direitos. A análise foi feita agrupando os municípios por número de habitantes. 1 – Nos 11 municípios com até 20 mil habitantes (Censo de 2010) os dados trazidos para discussão indicam que nesses municípios a situação da saúde mental na atenção básica e a relação com os equipamentos de saúde mental dos municípios adjacentes que os comportam é, pode-se dizer, ainda precária – consorciados ou não, e nesse último caso aparecem dificuldades tanto em relação a transportes, continuidade do cuidado, quanto de mobilização dos profissionais, usuários e familiares, etc. A falta de profissionais (de quase todas as áreas) e de equipamentos (há municípios em que falta até Programa/Estratégia de Saúde da Família (PSF) é um dos motivos mais frequentemente identificados e questões político-administrativas (desde sensibilização dos gestores até a dificuldade de convocação da população para a discussão dos problemas do setor – exigência no cumprimento de leis, etc.) a justificativa maior para que a situação se prolongue. Chama também a

atenção tanto a indicação de que há dificuldades de envolver muitos dos atores (individualmente e muitas vezes por “características pessoais” deles) que efetivamente trabalham nos serviços (direta ou indiretamente) com as orientações teórico-conceituais, técnico-assistenciais, jurídico-políticas e sócio-culturais do SUS e mais especificamente da RP, quanto a culpabilização dos usuários e seus familiares (falta de adesão de uns, falta de apoio de outros) na problemática da criação da rede. Nesse sentido, poder-se-ia dizer que a rede estaria apenas tangenciada, em intenção manifesta pelo que pareceria ser uma minoria de profissionais engajados, que se sente estranha ao quadro geral dos atores envolvidos com as diversas e complexas questões da saúde mental: vez ou outra, então, mais do que apenas o procedimento técnico é realizado e elementos circunvizinhos contatados, ultrapassando a dimensão individualizante do problema 2 – Nos 07 municípios com população entre 20 e 70 mil o que chama a atenção nos dados é o movimento pendular que é realizado no tocante à consideração das dificuldades para a constituição da rede: ora as justificativas recaem em aspectos mais afeitos à lógica que deveria ser superada pela RP (dificuldades de realizar internação de crianças, p. ex.); ora na ausência de relação orgânica entre os equipamentos, falta de matriciamento, p. ex.); ora se identifica a falta de infraestrutura (espaço físico, transporte, recursos humanos, materiais) e problemas operacionais (gestão de pessoas e do ambiente de trabalho), ora se responsabiliza indivíduos (gestores, profissionais, usuários, familiares) que, por características pessoais (e não postura política: p. ex. gostar ou não de estar em contato, ter ou não perfil para o trabalho, falta de disponibilidade – no caso de gestores e profissionais –, e resistência das famílias em relação ao PSF, demora dos usuários em buscar o serviço, por preconceito, não tomar medicação corretamente, etc.) pelas mesmas dificuldades. De todo modo, várias propostas de superação de entraves – excetuando-se aquelas nas quais quem deve se superar são os outros e não os envolvidos – foram discutidas: p. ex. a realização de reuniões frequentes com a equipe de profissionais para maior interação interdisciplinar, implantação de novos equipamentos – centros de convivência, programas de matriciamento – e novas práticas: programas preventivos, de geração de renda, além do estabelecimento de outras parcerias, relação mais próxima com os várias entidades e Conselhos Municipais, etc. Não se poderia dizer, contudo, que não há, minimamente – considerando a presença de diversos serviços –, uma certa rede funcionando, pois várias são as parcerias atuais indicadas entre e com as quais se promovem ações conjuntas (que ultrapassam o encaminhamento mútuo), bem como o reconhecimento das potencialidades e relações possíveis com outros parceiros no território e municípios adjacentes (consoantes ou não).

3 – Nos 02 municípios com população entre 70 e 200 mil habitantes pudemos observar, por exemplo, a indicação de que neles prevaleceria o modelo psicossocial nas ações em saúde mental, embora em alguns equipamentos e algumas situações se reconheçam ainda, e explicitamente, ações mais afeitas ao modelo psiquiátrico: lógica do especialismo, a falta de articulação dos serviços, centralidade no sintoma, frequente recurso ao encaminhamento – dada a insuficiência de serviços e escassez de profissionais –, aumento de demanda por carência de ações de promoção e prevenção, pouca interlocução intra e intersetores, responsabilização da gestão/gestores, culpabilização dos usuários, etc. Com isso se percebe que o trabalho em rede está apenas iniciando-se, enfrentando problemas tanto de ordem estrutural (distribuição de pessoal e adequação das estruturas em função das necessidades) e operacional (pessoal capacitado para responder às necessidades dos usuários e coesão da equipe interdisciplinar), quanto sistêmicos (complementaridade com outros programas e serviços e Parcerias regionais de recursos utilizados) e estratégicos (conteúdo de programa adaptado às necessidades dos usuários e capacidade interna de resolutividade dos problemas). Parece que a estratégia de Apoio Matricial, não só, mas também por esbarrar nas questões de produtividade (pagamento por produção), quase nunca é realizada, e por isso não se logra articular o trabalho a ser executado com compromissos sólidos com o cuidado aos usuários, bem como com ações que visem dar consistência à rede e promover a articulação intersetorial – em que pese recomendações do Ministério da Saúde nesse sentido. Contudo, em todos os casos, verifica-se, por um lado, a nomeação de modos de enfrentamento de alguns desses entraves e, por outro, o reconhecimento das potencialidades relacionais a serem exploradas.

4 – Nos 02 municípios com mais de 200 mil habitantes nota-se, em relação aos equipamentos, o que poderíamos chamar de opacificação da realidade: é frequente a nomeação de serviços que de fato e efetivamente ainda não estão funcionando como tais, quer por abrigarem equipes incompletas, quer por não seguirem instruções básicas do SUS; e ainda a presença de equipamentos de maior complexidade absorvendo demandas daqueles de menor complexidade que são inexistentes ou inoperantes. Nesse sentido é comum encontrarmos apontamentos sobre a falta de resolutividade dos serviços, o que interfere também numa avaliação sobre o funcionamento da rede. De modo geral os dados indicam problemas de ordem estrutural – inadequadas condições de infra-estrutura e recursos materiais e humanos –, enormes dificuldades de natureza operacional – no que diz respeito à gestão de pessoas e do ambiente de trabalho –, insuficiências no que diz respeito à complementaridade com outros programas e serviços e estabelecimento de parcerias para utilização de seus recursos – dimensão sistêmica –, e no que diz respeito aos aspectos estratégicos, falta de adaptação dos programas às necessidades dos usuários e baixa capacidade interna de resolução dos problemas, o que tem gerado, segundo alguns apontamentos, insatisfação dos usuários e pouco alcance dos efeitos previstos nos projetos dos equipamentos – dimensão específica.

5. Considerações Finais

Em relação ao segundo objetivo da pesquisa, focado na metodologia de EP proposta, não temos um resultado conclusivo, em função de fatores como: impossibilidade da equipe proponente do projeto ter contato direto com os territórios e unidades de serviços, pois esta estratégia não está prevista na política de EP na saúde; não entrega do PMSMAB por todos os municípios e alguns terem

apresentado proposta fora do formato proposto no projeto, que deveria ser construído por equipes de saúde e não apenas pelos profissionais que participaram presencialmente da primeira fase; e pela participação parcial dos municípios no Seminário final e no texto síntese produzido na experiência vivida. Esses fatores sugerem que a política de EP, na sua execução, converte-se em educação continuada, ou seja, é mais uniprofissional, que pode servir para uma atualização técnica e reflexiva dos participantes mas não significativa para os serviços de saúde, especialmente considerando-se a necessidade de redes de atenção psicossociais para a atenção à saúde mental.

Referências Bibliográficas

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE e COSEMS-SP, Plano Estadual de EP em Saúde, Documento Norteador. Diretrizes para implementação de Educação Permanente em Saúde no Estado de São Paulo, São Paulo, 2008