

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL E
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

JORGE FERNANDO BORGES DE MORAES

**APOIO MATRICIAL ENTRE A REDE DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL E A REDE DE ENSINO:
AVALIAÇÃO DE UMA EXPERIÊNCIA EM CONSTRUÇÃO**

FLORIANÓPOLIS

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL E
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

JORGE FERNANDO BORGES DE MORAES

**APOIO MATRICIAL ENTRE A REDE DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL E A REDE DE ENSINO:
AVALIAÇÃO DE UMA EXPERIÊNCIA EM CONSTRUÇÃO**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do Grau de Mestre no Mestrado Profissional de Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Universidade Federal de Santa Catarina, sob a orientação da Profa. Dra. Daniela Ribeiro Schneider.

FLORIANÓPOLIS

2014

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Moraes, Jorge Fernando Borges de
Apoio Matricial entre a Rede de Atenção Psicossocial e a
Rede de Ensino: : Avaliação de uma experiência em construção
/ Jorge Fernando Borges de Moraes ; orientador, Daniela
Ribeiro Schneider - Florianópolis, SC, 2014.
126 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade
Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde.
Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção
Psicossocial.

Inclui referências

1. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. 2. Apoio
matricial. 3. Saúde Mental. 4. Intersetorialidade. 5.
Educação Permanente.. I. Schneider, Daniela Ribeiro . II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-
Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. III. Título.

AGRADECIMENTOS

*“é preciso saber quando uma etapa chega ao final.
Se insistirmos em permanecer nela mais do que o tempo necessário,
perdemos a alegria e o sentido das outras etapas que precisamos viver”.*

(Fernando Pessoa)

Agradeço aos meus pais (em lembrança e saudade).

A minha família, Tatyana e Vinicius pela força e compreensão.

A minha orientadora, Daniela Ribeiro Schneider, que sempre esteve ao meu lado, me apoiando e dividindo seu conhecimento.

A banca, por se disponibilizar a participar da avaliação e contribuir com este estudo.

Aos professores que auxiliaram nesta caminhada.

As minhas irmãs e familiares.

A sogra e seu esposo que foram parceiros nesta caminhada.

Aos profissionais que possibilitaram a realização desta pesquisa.

Ao Mestrado Profissionalizante em Saúde Mental e à Universidade Federal de Santa Catarina pela oportunidade.

As minhas colegas de turma, pelo carinho, amizade e apoio.

Aos meus colegas de trabalho que contribuíram para a realização deste estudo.

Obrigado!

RESUMO

Este estudo discutiu os desdobramentos da implantação do apoio matricial entre o CAPS i e a Rede Escolar Municipal para as práticas de atenção e cuidados de crianças e adolescentes de um município de médio porte de Santa Catarina. A pesquisa foi desenvolvida em caráter avaliativo, com corte transversal, com delineamento de métodos mistos e análise dos dados seguindo a triangulação de métodos, com a análise de instrumentos de características qualitativas e quantitativas. O universo dos participantes foi composto por profissionais que estavam participando do projeto de apoio matricial em estudo. Para o método de pesquisa quantitativa, participaram 56 profissionais que responderam um questionário autoaplicável, com questões de escala estilo likert de cinco pontos. Também foi solicitado aos participantes que descrevessem até três aspectos positivos e três negativos do apoio matricial. Para a coleta dos dados qualitativos foi utilizado à técnica de grupo focal, utilizando como critério de inclusões profissionais que participaram do apoio matricial por tempo mínimo de 06 meses no ano de 2013, contando com a presença de 07 pessoas, em dois encontros. O índice de avaliação mais alto do questionário autoaplicável na avaliação dos profissionais sobre o apoio matricial referiu-se à continuidade do dispositivo, que obteve média de 4,41, com desvio padrão de 0,53 chegando ao índice de 98% de concordância de que “o matriciamento entre a Rede de Saúde e de Educação é uma estratégia que deve ser continuada entre os serviços”, a segunda questão mais positiva revela que “o apoio matricial favoreceu um espaço interativo de troca de experiências entre saúde e educação”, viabilizando a efetividade de uma ação intersetorial e a constituição de rede. Em contraponto na avaliação dos profissionais envolvidos no apoio matricial, houve ponderações e críticas, sendo o índice mais baixo relacionado ao uso de medicamentos. O resultado da média foi 3,27, desvio padrão 0,73, alcançando um índice de 61% de indiferentes e/ou discordantes sobre a “intervenção do matriciamento na diminuição do uso excessivo de medicamentos psicotrópicos”. Portanto destaca-se que o apoio matricial, teve contribuição não tão expressiva neste aspecto, sendo este um dos desafios a ser enfrentado na continuidade do apoio matricial. Por fim, o dispositivo apoio matricial, aplicado na Rede de Atenção Psicossocial de Blumenau, demonstrou ser um instrumento importante para o desenvolvimento das relações intersetoriais entre a Rede de Educação e a Rede de Saúde.

Palavra chave: apoio matricial- saúde mental- intersetorialidade-
educação permanente.

ABSTRACT

This study discussed the implementation of the matrix support between CAPS i and Municipal Schools to the developments on the attention and care practice to children and adolescents from a medium-sized county of Santa Catarina. This research was developed in an evaluative character, with cross-sectional design with mixed methods and data analysis following the data triangulation, with analysis of qualitative and quantitative feature tools. The universe of participants was composed of professionals who were participating in an ongoing matrix support project study. For the method of quantitative research, 56 professionals who participated answered a self-applied questionnaire with Likert scale style questions of five points. The participants were also asked to describe up to three positives and three negatives aspects of the matrix support. The focus group technique was used to collect the qualitative data, using as an inclusion criterion professionals who had participated in the matrix support for at least 06 months in 2013, with the presence of 07 people, in two meetings. The highest self-applied questionnaire evaluation index of the professionals on the matrix support referred on the device continuity, which had an average of 4.41, with a standard deviation of 0.53 reaching 98% agreement index that "the matrix between the Health and Education Network is a strategy that should be continued between the services, "the second most positive question reveals that "the matrix support favored an interactive space to exchange experiences between health and education", enabling the effectiveness of interdepartmental action and network constitution. In contrast to the evaluation of the professionals involved in the matrix support, there were weights and criticism, being the lowest index of the questions which were related to medicine use. The average result was 3.27, standard deviation 0.73, reaching a rate of 61% of indifferent and /or discordant on the "matrix intervention on reducing the psychotropic drugs overuse", thus it is emphasized that the matrix support was not a significant contribution in this respect. Being this one of the challenges to be faced on the of matrix support continuity. Finally, the matrix support device applied on the for Psychosocial Care Network in Blumenau, has demonstrated to be an important instrument for the development of interdepartmental relations between the Education and Health Network.

Key-words: mental health - matrix support – interdepartmentalism - ongoing education.

LISTA DE TABELAS

- Tabela (1). Distribuição da média, desvio padrão e frequência absoluta por item e geral do questionário autoaplicável sobre avaliação dos profissionais acerca do apoio matricial.....72
- Tabela (2). Categorias dos aspectos positivos das questões abertas do questionário de avaliação do apoio matricial.....77
- Tabela (3). Categorias dos aspectos negativos das questões abertas do questionário de avaliação do apoio matricial.....79
- Tabela (4). Apresentação das categorias e subcategorias qualitativas dos grupos focais referente à avaliação do apoio matricial.....80

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura (1). Rede de Atenção Psicossocial..... | 62 |
| Figura (2). Avaliação dos profissionais envolvidos no apoio matricial quanto a sua continuidade (em porcentagem)..... | 73 |
| Figura (3). Avaliação dos profissionais envolvidos no apoio matricial sobre a ocorrência de um espaço interativo e de troca de experiências (em porcentagem)..... | 74 |
| Figura (4) Avaliação dos profissionais envolvidos no apoio matricial acerca de mudanças na prática cotidiana (em porcentagem)..... | 74 |
| Figura (5). Avaliação dos profissionais envolvidos no apoio matricial sobre o uso de medicamentos psicotrópicos com crianças e adolescentes (em porcentagem)..... | 75 |
| Figura (6). Avaliação dos profissionais envolvidos no apoio matricial quanto às mudanças nas ações em atenção psicossocial com crianças e adolescentes (em porcentagem)..... | 76 |
| Figura (7). Avaliação dos profissionais envolvidos no apoio matricial quanto à ampliação das relações intersetoriais (em porcentagem)..... | 76 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB- Atenção Básica

ACS- Agente Comunitário de Saúde

BPC- Programa de Prestação Continuada

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

CAPS i- Centro de Atenção Psicossocial Infante juvenil

CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool Crack e outras Drogas

CEI- Centro de Educação Infantil

CERESTE - Centro de Referência de Saúde do Trabalhador

CID 10- Código Internacional de doenças

CRAS- Centro de Referência da Assistência Social

CREAS- Centro de Referência Especializado de Assistência Social

DSM IV- Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

EJA- Ensino de Jovens e Adultos

ESF- Estratégia Saúde da Família

IDEB- Índice de Desenvolvimento da Educação Básica

NASF- Núcleos de Apoio à Saúde da Família

NOAS- Norma Operacional de Assistência à Saúde

ONG- Organização Não Governamental

PIB- Produto Interno Bruto

PDE- Plano de Desenvolvimento da Educação

PNE- Plano Nacional de Educação

PSE- Programa Saúde na Escola

RAPS- Rede de Atenção Psicossocial

PVC- Programa de Volta para Casa

RAS- Rede de Atenção à Saúde

SAS- Serviço de Avaliação em Saúde Mental

SIAB- Sistema de Informações da Atenção Básica

SUAS- Sistema Único de Assistência Social

SUS- Sistema Único de Saúde

TDAH- Transtorno de Déficit de atenção e Hiperatividade

Sumário

| | |
|---|-----------|
| AGRADECIMENTOS..... | 5 |
| RESUMO..... | 7 |
| ABSTRACT..... | 9 |
| LISTA DE TABELAS..... | 11 |
| LISTA DE FIGURAS..... | 13 |
| LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS..... | 15 |
| 1. INTRODUÇÃO..... | 19 |
| 2. OBJETIVOS..... | 23 |
| 2.1 Objetivo Geral:..... | 23 |
| 2.2 Objetivos Específicos:..... | 23 |
| 3. HISTÓRICO DE UMA EXPERIÊNCIA DE APOIO MATRICIAL..... | 24 |
| 3.2 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTUDO | 31 |
| 4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA..... | 37 |
| 4.1 Política de Saúde Mental..... | 37 |
| 4.2 Redes de Atenção em Saúde | 41 |
| 4.3 Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) | 44 |
| 4.4 Apoio Matricial | 49 |
| 4.5 Redes de Educação..... | 51 |
| 4.5.1 Rede Municipal de Educação..... | 57 |
| 4.6 Intersetorialidade..... | 59 |
| 4.7 As Dificuldades de Aprendizagem e os Distúrbios de Comportamento na Infância e Adolescência e sua Medicalização ... | 64 |
| 5. MÉTODO..... | 68 |

| | |
|--|-----|
| 5.1 Delineamentos da Pesquisa..... | 68 |
| 5.2 Participantes..... | 69 |
| 5.3 Instrumentos e Procedimentos Utilizados..... | 69 |
| 5.4 Tratamento dos Dados | 70 |
| 5.5 Procedimentos Éticos..... | 71 |
| 6. DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS..... | 72 |
| 6.1 DADOS QUANTITATIVOS | 72 |
| 6.2 DADOS QUALITATIVOS | 77 |
| 6.2.2 Resultados do Grupo Focal..... | 80 |
| 7. DISCUSSÃO..... | 95 |
| Cuidado à saúde dos profissionais | 106 |
| 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 108 |
| 9. REFERÊNCIAS..... | 113 |
| ANEXOS..... | 120 |
| Anexo 01..... | 120 |
| Anexo 02..... | 123 |
| Anexo 03..... | 126 |

1. INTRODUÇÃO

O Campo da saúde mental tem sofrido profundas e importantes transformações no sentido de implantar um novo modelo de atenção às pessoas em sofrimento psíquico, diferenciando-se do modelo asilar, institucionalizante, centrado exclusivamente em instituições hospitalares (manicomiais), modelo este que imperou absoluto por longo período em muitos países inclusive no Brasil.

Segundo Taylor (1992) os paciente internados nestas instituições sofriam violências físicas, mentais, sexuais, enfrentavam péssimas condições de higiene e conservação dos manicômios, eram trancafiados em “verdadeiras prisões” sendo tratados como coisas, levando a sua despersonalização e exclusão da cidadania.

Depois de intensificadas manifestações populares sociais e, dos trabalhadores em saúde mental, foi promulgada a Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental no país.

A rede de serviços substitutivos tem com um dos seus dispositivos principais os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), normatizados pela portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002, além dos serviços de residência terapêutica, programa de volta pra casa, projetos de atenção à crise e urgências dirigidas para criação de leitos em hospitais gerais, de onde o usuário deve retornar após estabilização e remissão da crise aos CAPS. Em consonância com a Reforma Psiquiátrica, definiu-se com isso, uma estratégia gradual de redução de leitos em hospitais psiquiátricos.

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal

estratégia do processo de reforma psiquiátrica (BRASIL, 2004, p. 09).

Neste modelo substitutivo de atenção, a população deve ter acesso a múltiplas alternativas de tratamento e serviços, organizados em forma de rede, contemplando todos os níveis de atenção à saúde. A Estratégia da Saúde da Família é a principal estratégia de descentralização da assistência e a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), onde deve ser realizado os cuidados iniciais, tendo o suporte complementar das demais equipes de apoio.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi criada pelo Ministério da Saúde, em 1994, com o objetivo de “reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros” (BRASIL, 1997).

Outrossim, o cotidiano das equipes de atenção básica tem implicado a necessidade de lidar com problemas da área da “saúde mental”. Segundo alguns levantamentos, 56% das equipes de saúde da família referiram realizar “alguma ação de saúde mental” (BRASIL, 2003). Sendo assim, por sua proximidade com famílias e comunidades, as equipes da atenção básica passaram a serem considerados recursos estratégicos para o enfrentamento de agravos vinculados ao sofrimento psíquico e ao uso abusivo de álcool e outras drogas.

No entanto, estudos mostram a existência de dificuldades em efetuar as intervenções de saúde mental na atenção básica, relacionadas à falta de preparo das equipes para o acolhimento e intervenção no campo do sofrimento psíquico, à falta de estrutura dos serviços e dificuldades de fluxo para a rede de atenção psicossocial (SCHNEIDER; LIMA, 2011). Com isso, dificulta-se o acesso dos usuários à rede especializada.

Dentre as várias dificuldades mencionadas estão à intervenção interdisciplinar e intersetorial, os problemas de comunicação e articulação com a rede de saúde como um todo, necessidade de ampliar o trabalho articulado com a comunidade. Aparecem também à incompreensão do papel do CAPS na rede de atenção, tanto pelos profissionais envolvidos com a rede, quanto pelos usuários, ocasionando encaminhamentos equivocados que implicam grande demanda de atendimentos que não deveriam ser dirigidos para esse

serviço, gerando estresse e conflitos entre as equipes, desmotivação e perda da qualidade da intervenção.

Segundo Campos (1992) frequentemente, alguns dispositivos têm sido convocados para atenuar os efeitos desagregadores e alienantes da lógica organizacional, quando, na verdade, se trataria de alterar o ordenamento destas organizações, quer em sua dimensão gerencial, gestão colegiada, na de atenção à saúde, e/ou reforma do modelo de atenção.

Para enfrentar, possibilitar e ampliar as ações de interlocução da temática saúde mental na atenção básica surge como uma das propostas a essas dificuldades o dispositivo apoio matricial. A metodologia de trabalho do apoio matricial, “objetiva assegurar uma segurança especializada às equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. [...]. O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico pedagógico às equipes de referência”, procura estabelecer um espaço para comunicação ativa e para a troca de conhecimento entre os profissionais da rede de saúde ou de educação e os apoiadores advindos de equipes especializadas em saúde mental. Visa efetivar a clínica ampliada, pautada na integração dialógica entre distintas especialidades e profissões (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Para Campos; Dominitti (2007), o termo apoio matricial implica a noção de matriz, que pretende indicar a necessidade de uma mudança radical de posição do especialista em relação ao profissional que demanda seu apoio, rompendo com a lógica vertical dos relacionamentos interprofissionais, típicos dos sistemas de saúde, buscando estabelecer relações horizontalizadas. Já o primeiro termo – apoio – sugere uma maneira de operar essa relação horizontal, não mais com base na autoridade, mas com base em procedimentos dialógicos.

Para o estabelecimento do apoio matricial normalmente são combinados encontros periódicos e regulares entre equipe de referência e apoiador matricial. Nesses encontros, objetiva-se estudar casos ou problemas de saúde selecionados pela equipe de referência, propondo modos de atenção adequados à especificidade de cada caso, ao elaborar projetos terapêuticos individuais, assim como, acordar linhas de intervenção interconectadas para os vários profissionais envolvidos (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Os autores ainda recomendam reservar algum tempo para diálogo sobre temas clínicos, de saúde coletiva ou de gestão do sistema de saúde.

As ações são realizadas, assim, no sentido de aproximação e responsabilização com a atenção básica, que através do matriciamento, projeta a realização de ações planejadas e pactuadas dos serviços de saúde mental, unidades básicas de saúde e, também ações intersetoriais, como por exemplo, as escolas.

Diante das discussões e o entendimento da importância em constituir uma rede de atenção ampla, que possibilitasse o desenvolvimento de cuidados integrais e acesso dos usuários nos diversos níveis de atenção à saúde, em 23 de dezembro de 2011 – foi regulamentada a portaria nº 3.088 – que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, incluindo outras portarias complementares.

Através da RAPS - do reconhecimento e da regulamentação da atenção básica como serviço integrante e essencial para a organização da rede de atenção às pessoas com necessidades de atenção psicossocial, pode-se entender como uma das contribuições mais importante em prol da consolidação das políticas públicas e de inclusão.

A portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011, apresenta diversos serviços e características, possibilitando acesso aos usuários em todos os níveis de atenção à saúde, desde as ESF, CAPS em suas diversas modalidades (CAPS I, I, II, AD, III, AD III), Residenciais e de Acolhimento Noturno, Unidades Especializadas em Hospitais Gerais, permeados por Programas e Políticas: De Volta Para Casa, Redução de Danos, Consultórios na Rua, Unidade de Acolhimento Adulto e Infantil, Associações, Apoio Matricial entre outras ações, com ênfase nas discussões intersetoriais.

Segundo Chiaverini (2011), no processo de integração da saúde à atenção primária na realidade brasileira, esse novo modelo tem sido norteador das experiências implementadas em diversos municípios, ao longo dos últimos anos. Esse apoio matricial, formulado por Gastão Wagner Campos (1999) tem estruturado em nosso país um tipo de cuidado colaborativo entre a saúde mental e a atenção primária.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral:

Avaliar a implantação do apoio matricial entre o CAPS i e a Rede Escolar sustentada em ações intersetoriais de cuidado às crianças e adolescentes de um município de médio porte de Santa Catarina.

2.2 Objetivos Específicos:

- a) Verificar a avaliação dos profissionais do apoio matricial sobre o fluxo e as demandas advindas da rede escolar para a atenção psicossocial e as ações implementadas de atenção às crianças e adolescentes;
- b) Descrever os desdobramentos das ações em atenção psicossocial relacionadas às crianças e adolescentes após a implantação do apoio matricial para os setores de saúde e educação;
- c) Identificar a ocorrência de mudanças na percepção dos profissionais da Rede Escolar em relação às concepções sobre saúde mental, os chamados “transtornos mentais” e a compreensão dos problemas de aprendizagem e comportamento dos educandos;
- d) Verificar o impacto da proposta do apoio matricial para o estabelecimento da intersectorialidade no município em estudo.

3. HISTÓRICO DE UMA EXPERIÊNCIA DE APOIO MATRICIAL

O Município de Blumenau localiza-se na zona fisiogeográfica do Estado de Santa Catarina, designada como Bacia do Rio Itajaí-Açú, conta com uma população estimada, segundo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2013) de 329.082 mil habitantes.

A rede pública de saúde em Blumenau é formada por 64 equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), 07 ambulatórios gerais, 01 unidade avançada de saúde, 01 policlínica, 01 centro de saúde, 01 CAPS i, CAPSII, 01 CAPS AD, 01 Serviço de avaliação em saúde mental, farmácia da saúde mental, 03 hospitais, 01 unidade de internação psiquiátrica em hospital geral, entre outros serviços especializados de níveis secundários e terciários.

A história da saúde mental em Blumenau reporta-se ao ano de 1988, quando foi criado o Programa “Saúde do Escolar”. Em 1990, devido à demanda, transformou-se num serviço de atendimento a usuários com problemas de uso indevido de álcool.

Em maio de 2002, o CAPS é normatizado como “serviço substitutivo” do tipo CAPS II, tornando-se serviço de referência em saúde mental, porém, devido à falta de uma rede diversificada torna-se um grande ambulatório de saúde mental, um serviço cronicamente “inchado”, com dificuldade em exercer na sua plenitude um trabalho dentro da proposta de CAPS conforme determinam portarias e orientações do Ministério da Saúde. Ainda neste ano houve a inauguração do CAPS i e do CAPS AD.

Nos anos de 2006 a 2008, foram organizadas capacitações com ênfase na saúde mental para profissionais da atenção primária, mas estas ações não contemplavam o gargalo existente entre o distanciamento da constituição de rede de saúde, o que gerava crescentes solicitações e encaminhamentos, muitas vezes precipitadas.

No ano de 2008 permeado pela grande demanda emergida pelas equipes acerca da prática de encaminhamentos, com ênfase no modelo biomédico, inicia-se a proposta de matriciamento com a rede de educação municipal, através de um planejamento de ações e temas pertinentes às demandas, aproximando e desenvolvendo a política da corresponsabilidade, envolvendo os coordenadores pedagógicos das escolas municipais, estaduais e centros de educação infantil. A aposta

nestes profissionais teve um papel estratégico de multiplicador em seus locais de atuação.

A cidade de Blumenau ao deparar-se em 2008 - com uma das principais tragédias naturais, motivando, repensar ações estratégicas que possibilitassem a manutenção da saúde mental da população em geral, evitando agravamento da condição de saúde. O foco das ações era a descentralização dos cuidados, ações integradas tendo como principais parceiros as unidades de saúde, atuando nos territórios, contemplado as pessoas na sua integralidade, com ações voltadas para a atenção psicossocial, crack, álcool e outras drogas. Este contexto favoreceu e convocou o início do trabalho de apoio matricial juntamente com a atenção básica.

A partir de 2009 - organizaram-se equipes volantes, formadas por profissionais dos serviços de referência em Saúde Mental (CAPS i, AD, II), que se deslocavam de forma planejada, até os ESF e escolas municipais, estaduais e CEI (Centro de Educação Infantil), promovendo discussões e ações compartilhadas no campo da Saúde Mental.

Apesar da aproximação, persistia uma lacuna, entre os serviços da atenção primária e os CAPS, no que se refere aos casos com diferentes necessidades e complexidade. Na busca de minimizar esta deficiência identificada, criou-se o Serviço de Avaliação em Saúde Mental, com o intuito de auxiliar a atenção primária, organizar o fluxo de referência e contra referência, desenvolver a educação continuada, possibilitando a otimização dos recursos e do acesso.

Para o desenvolvimento do modelo de atenção proposto pela Reforma Psiquiátrica em desenvolver serviços substitutivos e acesso à população a múltiplas alternativas de tratamento, faz-se necessário que as ESF vislumbrem outras formas de encaminhamentos, além da busca pela atenção especializada e prescrições de medicamentos. Levantamento realizado no município de Blumenau pela Comissão de Farmácia Terapêutica em 2011 identificou que 53% dos medicamentos dispensados pelo SUS, eram psicotrópicos.

A atenção à crise representa um dos aspectos mais difíceis e estratégicos, diferente do modelo clássico da psiquiatria [...]. No contexto da saúde mental e atenção psicossocial, a crise é entendida como uma série de fatores que envolvem terceiros sejam

estes familiares, vizinhos, amigos ou mesmo desconhecidos. (AMARANTE, 2007, p. 81)

[...] a substituição dos cuidados nos hospitais psiquiátricos pelo cuidado comunitário das pessoas que sofrem com transtornos mentais é meta fundamental da organização de serviços de saúde. E a estratégia para atingir essa meta é a intervenção conjunta da equipe especializada em saúde mental e a equipe do ESF. (LANCETTI, 1999, p. 166)

O apoio matricial pressupõe quatro aspectos básicos: trabalho em equipe e noção de referência/contra referência; compromisso de desmedicalizar a vida; promoção de conhecimentos em saúde; empoderamento das pessoas, considerando os sujeitos nos seus contextos, na família e na comunidade (BRAGA *apud* QUEIROS, 2010).

Segundo Chiaverini (2011), matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica.

A proposta de matriciamento vem ao encontro dos anseios das equipes, que desejam organizar um serviço nos moldes das portarias do Ministério da Saúde, construindo estratégias para desvinculação do ambulatório especializado, priorizando um atendimento humanizado de qualidade, compreendendo e incorporando todas as peculiaridades da ação especializada em saúde mental.

Conforme Chiaverini (2011) o apoio matricial constitui-se numa ferramenta de transformação, não só do processo de saúde e doença, mas de toda a realidade dessas equipes e comunidades. Possibilita a discussão para uma ação interdisciplinar, facilita a comunicação e articulação com a rede de saúde, favorece ações intersetoriais, fortalece iniciativas de trabalho articulado com a comunidade, avalia os processos de trabalho da equipe técnica, oportunizando as intervenções humanizadas aos usuários da saúde mental, reconhecendo as diversas complexidades.

A Política Municipal de Saúde Mental desenvolve as ações em consonância com a Política Nacional, ancorada pela Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, pelas portarias n.º 336/GM de 19 de fevereiro de 2002, que define as diretrizes de funcionamento dos CAPS, portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, incluindo outras portarias complementares. Os objetivos buscam descentralizar o atendimento em saúde mental, a construção de redes de cuidados, atenção ao sofrimento psíquico das pessoas, desmistificando estigmas.

A Rede de Atenção Psicossocial com ênfase na atenção secundária em Blumenau está estruturada através dos seguintes serviços e ações:

- CAPS II, CAPS AD (está em processo de qualificação para CAPS AD III) e CAPS i;
- Serviço de Avaliação em Saúde Mental (SAS);
- Farmácia de Saúde Mental;
- 06 Equipes de Apoio Matricial com ações desenvolvidas junto as 64 ESF, 07 Ambulatórios Gerais, 01 Unidade Avançada de Saúde, e o intersetorial;
- Leitos em Hospitais Gerais;
- Projeto de Geração de Renda através da Economia Solidária;
- Leitos em Comunidade Terapêutica;
- Residência Médica em Psiquiatria (parceria da Universidade Regional de Blumenau – FURB com o Hospital Santa Catarina de Blumenau – HSC e a Secretaria Municipal de Saúde – SEMUS);
- Integrante da Câmara Técnica de Saúde Mental da Região da AMMVI (Associação dos Municípios do Médio Vale do Rio Itajaí);
- Grupo Condutor da RAPS Estadual, Colegiado Estadual e Nacional de Saúde Mental;
- Programa de Volta para Casa (PVC);
- Supervisão Clínico-Institucional contemplando todos os CAPS;

- Ações em parceria com a Universidade Regional de Blumenau através do PRÓ e PET- Saúde Mental/Crack, Álcool e outras Drogas;
- Implementação do PSE/SPE - Programa Saúde Escolar via Ministério da Saúde e da Educação - constante aprimoramento e discussão compartilhada sobre a captação de recursos através de portarias e projetos ministeriais,
- Ações intersetoriais com a Educação, Assistência Social, Judiciário e Promotoria pública, universidades;
- Incentivo aos servidores a participarem de capacitações, seminários e congressos, desenvolvimento e apresentação de pesquisas técnico-científicas;
- Articulação com a Enlourecer (Associação de usuários e familiares da saúde mental) que foi contemplada com o Projeto do Programa de Extensão: Incubadora Tecnológica de Cooperativas Populares, da Universidade Regional de Blumenau – ITCP/FURB – do Edital PROPEX 2013-2014 da FURB.

Desta forma, a percepção da necessidade de integração da rede de saúde mental com a rede básica, tem motivado as equipes de saúde mental, buscar parcerias com as unidades de saúde e demais entidades comunitárias, com a finalidade de promover o atendimento conjunto do usuário, particularmente ofertando o apoio matricial.

O principal foco do processo de descentralização em saúde mental é a rede básica, onde muitos dos pacientes encaminhados aos CAPS poderiam ser atendidos no território desde que qualificados.

Apio matricial constitui um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Nesse arranjo, a equipe por ele responsável compartilha alguns casos com a equipe de saúde local. Esse compartilhamento se produz em forma de corresponsabilização pelos casos, que pode se efetivar através de discussões conjuntas de casos, intervenções conjuntas

junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos (BRASIL, 2004, p.80).

Justificando a intencionalidade da construção de rede de cuidados ampliada, de intervenções pactuadas, ações intersetoriais de relevância, observa-se uma população delimitada entre: 29.000 usuários cadastrados em CAPS, sendo cerca de 5.000 relacionados a álcool, crack e outras drogas, 5.000 alunos da educação infantil de 0 a 6 anos, 22.049 alunos da educação fundamental (pré-escola ao nono ano) e, mais de 22.800 professores da educação infantil e fundamental, nos faz refletir que as ações de descentralização precisam ser desenvolvidas ultrapassando as unidades da ESF.

Portanto, diante desta população mencionada, das experiências e iniciativas vivenciadas neste município, das necessidades de transcender as relações setoriais de saúde-doença, se faz necessário implicar novos atores sociais na construção de uma rede de cuidados ampliada no contexto de atender as demandas da saúde mental e atenção psicossocial e, que inclua o professor neste contexto complexo.

As pressões sociais, socioculturais ou institucionais: classes cheias, educadores com salário insuficiente, deficiência na formação e na especialização, falta de tempo e espaços dificultam a implantação de formas de relacionamento na escola que desenvolvam o respeito e atenção mútuos (ROGGE 2006, p. 200).

A modernidade e suas implicações na constituição da sociedade nos colocam diante um novo olhar sobre o educar, onde o educador tem um papel fundamental no desenvolvimento integral da criança e do adolescente, muitas vezes assumindo papéis dos pais. Para tanto, este profissional precisar receber atenção às suas angústias, dificuldades, interpretações deste novo modelo de sociedade, de como lidar com os diversos comportamentos emergentes, como perceber que tais atitudes apresentadas são características do desenvolvimento típico ou atípico do aluno, diante disto qual seria seu papel como educador?

Segundo Rogge (2006), o trabalho pedagógico cansa. A educação muitas vezes implica em estresse para os envolvidos: pais e educadores vão à busca de limites – “O que posso fazer?” Às crianças ao

ultrapassarem os limites, são tentativas (chamar a atenção) de orientação, de confronto com normas e valores vigentes, de experimentação. As ultrapassagens de limites – do ponto de vista das crianças - muitas vezes passos lúdicos e prazerosos; da perspectiva do adulto, significam irritação e estresse.

O professor ideal tem mais “jogo de cintura” e criatividade para gerar uma variedade de alternativas, avaliando qual delas “funcionam melhor” para aquela situação em particular, ou seja, ele tem que modificar as estratégias de ensino, de modo a adequá-las ao estilo de aprendizagem e às necessidades da criança (MATTOS, 2005 P. 96).

Atentos a esta discussão o município tem desenvolvido ações intersetoriais que incluem este universo educacional, através do desenvolvimento do apoio matricial entre o CAPS i e a rede escolar, mas sem se descuidar da integração com a atenção básica.

Na concepção de Lancetti (2006) e Amarante (2007), é no âmbito da saúde da família que podemos alcançar a radicalidade da desinstitucionalização. Para tanto as equipes da saúde da família precisam além de um bom treinamento, é importante que recebam “apoio matricial” para que conduzam os casos de saúde mental de forma mais adequada. A literatura e os trabalhos relacionados ao dispositivo apoio matricial estão geralmente ligados à relação entre saúde mental e rede básica. Mas, também podemos identificar que este dispositivo pode ser uma ferramenta muito útil no desenvolvimento da intersetorialidade e na construção da rede ampliada de atenção psicossocial.

O Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial (2010) destaca: Garantir, para toda rede escolar, a estratégia de educação permanente na temática da saúde mental da infância e adolescência, segundo os princípios e diretrizes da reforma psiquiátrica. - Estabelecer um trabalho efetivo de integração e corresponsabilização entre os profissionais da saúde mental e da educação no que se refere à melhor abordagem das situações problema

surgidas no espaço escolar envolvendo crianças e adolescentes com sofrimento psíquico. - Garantir, através das equipes de saúde mental, a efetiva realização do apoio matricial às escolas, no sentido de evitar a estigmatização dos alunos com transtornos mentais e/ou daqueles com uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Desta forma observando esta problemática o município em estudo vem apostando nesta estratégia do apoio matricial como mecanismo de interlocução das ações de saúde mental nos diversos serviços e setores. Sendo esta interlocução a partir do apoio matricial o objeto de interesse a ser avaliado.

3.2 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTUDO

Devido à importância da temática do apoio matricial e também ser objeto de estudo e avaliação, faz-se oportuno uma breve descrição do desenvolvimento deste dispositivo no transcorrer de sua aplicação.

Em meados do ano de 2008 - a rede de saúde recebeu uma elevada demanda de alunos indicados pelos professores das escolas municipais da cidade em estudo, relacionada à hipótese psicodiagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, cujo propósito era a normatização e o controle de classe dessas crianças em sala de aula, dentre as demandas buscava-se o tratamento medicamentoso.

Para Mattos (2005), lidar com uma criança com TDAH, antes de tudo, o professor precisa conhecer o transtorno e saber diferencia-lo de “má educação”, “indolência” ou “preguiça”, é preciso identificar nestas crianças os demais aspectos envolvidos além do biológico, quais os contextos sociais e psicológicos estão envolvidos, que favorecem determinados comportamentos.

Por outro lado, os médicos se queixavam de excesso de solicitações de prescrição de medicamentos controlados. Diante deste cenário, definiu-se por uma reunião entre a Secretaria Municipal de Saúde e da Educação para debater o assunto, sendo que nesta reunião foi

solicitada a liberação de profissionais da saúde mental para agilizar as avaliações, diagnósticos e tratamentos dos (as) alunos (as).

Nessa época os serviços de saúde mental do município, enfrentavam dificuldades em manter profissionais (médicos) nas próprias unidades especializadas. Não havendo possibilidades para disponibilizar profissionais. Da mesma forma, havia o entendimento das definições de papéis onde a educação teria a função pedagógica e a saúde de prestar o cuidado à saúde.

Também podemos observar que os professores enfrentavam além das dificuldades da função pedagógica em sala de aula, outros complicadores como lidar com as diferenças entre os alunos e, de definir critérios para encaminhar para avaliação nas unidades de saúde, muitas vezes o encaminhamento ocorriam equivocadamente a serviços especializados a exemplo da neuropediatria e CAPS i.

O público alvo do CAPS i é formado por crianças e adolescentes até 18 anos, com transtornos mentais severos e persistentes e que causam limitações graves ou mesmo o impedimento na realização de atividades do cotidiano, seja na capacidade laborativa, escolar ou nas relações sociais e familiares (Brasil, 2004).

Visando superar a visão basicamente medicalizante da abordagem da problemática foi que se elaborou o projeto de matriciamento.

O apoio matricial constitui um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população [...]. Esse compartilhamento se produz em forma de corresponsabilização pelos casos, que pode se efetivar através de discussões e intervenções conjuntas, incluindo as famílias e comunidade (BRASIL, 2004, p.80).

Nesse primeiro ano iniciaram-se os trabalhos de aproximação entre CAPS i e rede de ensino, o dispositivo utilizado foi o apoio matricial, definiu-se uma equipe de referência formada por profissionais do CAPS i (Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil) e demais

escolas da Rede Municipal de Educação e CEI (Centro de Educação Infantil).

Os objetivos traçados eram de construir espaços de orientação e corresponsabilização com os Coordenadores Pedagógicos da Rede Municipal de Educação quanto à atenção aos aspectos psicossociais dos alunos, ampliar as ações intersetoriais entre Secretaria de Saúde (CAPS i) e Secretaria Municipal de Educação, possibilitar espaços de encontro e discussões das temáticas afins. Os encontros não se detinham ao estudo de casos clínicos ou de situações específicas particular, mas sim a oferta de espaços que proporcionassem a ampliação do universo informacional dos atores da política de educação.

Os temas desenvolvidos foram: Políticas de saúde, Saúde Mental, fluxos da rede, transtornos psiquiátricos na infância e adolescência, a medicalização da infância e adolescência, uso e abuso de substâncias psicoativas, intersectorialidade, família, entre outras demandas emergidas durante os encontros. O propósito sempre foi à ampliação da rede e a troca de experiências, implicando os diversos atores sociais na constituição de rede de cuidados, fortalecendo os vínculos familiares, escolares e a atenção básica.

A metodologia foi desenvolvida juntamente com os envolvidos no processo de trabalho, ocorrendo através da elaboração de cronograma anual, com datas previamente definidas, ocorrendo reuniões macro de abertura e encerramento, permitindo uma análise das ações durante o ano e conseqüentemente a elaboração do cronograma para o ano seguinte.

Nos encontros regionais desenvolviam-se em dois momentos em primeiro momento ocorria à explanação de um tema previamente elencado de interesse dos envolvidos e posterior discussões de situações em comum trazidas pelos participantes. Ao final de cada encontro era aplicado um questionário semiestruturado, como meio de análise e estímulo a novas propostas para os encontros próximos.

As atividades iniciaram no ano de 2008 - a princípio o objetivo era realizar encontros com escolas municipais, divididas por regiões e promover discussão de casos em comuns, promover ações intersetoriais, ocasionando a criação de um Fórum Permanente de Atenção à Criança e Adolescente, o tema oportuno destes anos buscou desenvolver o tema: Criança e adolescente em seu desenvolvimento normal. A proposta deste tema era o entendimento dos aspectos normais no

desenvolvimento da criança e do adolescente e, que as diferenças fazem parte do desenvolvimento normal.

Mediante o entendimento e envolvimento das Secretarias de Saúde e da Secretaria da Educação, foi possível perceber que o apoio matricial era um caminho para o fortalecimento da intersetorialidade, permanecendo nas equipes o desejo de continuidade das ações.

Em 2009/2010 - os objetivos foram à ampliação das articulações dos serviços de saúde, da educação e demais políticas sociais. Os resultados alcançados foram identificados a partir de encontros ampliados, das discussões e da maior articulação entre SEMED (Secretaria Municipal de Educação) e SEMUS (Secretaria Municipal de Saúde) através das ações específicas junto ao CAPS i, que passaram a desenvolver trabalhos em parceria, no ano de 2010 - foi incluída a participação das Escolas Estaduais e CEI (Centros de educação Infantil).

Neste ano (2010) ocorreu o início do Programa Saúde na Escola (PSE), instituído pela Portaria Interministerial nº 6.286 de 05 de dezembro de 2007. Esta ação interministerial entre Ministério da Educação e Ministério da Saúde, cuja proposta visava à aproximação das ações de cuidados, identificar e priorizar a assistência às crianças e adolescentes em situações vulneráveis. Os princípios organizativos eram a promoção da atenção integral à saúde, integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, envolvendo as equipes de saúde da família e da educação básica; constituição de territórios de responsabilidade entre escolas estaduais, municipais e equipes de Saúde da Família. O projeto se pautava em quatro eixos principais para avaliação das condições de saúde, sendo: Avaliação clínica e psicossocial; avaliação nutricional; avaliação da saúde bucal e atualização do calendário vacinal.

Em 2011 - os objetivos foram em prol da continuidade das ações de apoio matricial e fortalecimento das relações com foco na troca de experiências, angústias, corresponsabilização e a garantia de espaço para a manutenção da educação continuada abordando os temas referentes à atenção psicossocial. Participaram coordenadores pedagógicos das escolas municipais, dos Centros de Educação Infantil e assistentes técnicos pedagógicos das escolas estaduais.

Em 2012 - os objetivos iniciais buscaram contemplar temas sugeridos em 2011 - pelos participantes, que possibilitassem a ampliação do conhecimento e das possibilidades de manejo nas diversas situações no que se refere à saúde mental.

O público participante foi se ampliando no transcorrer dos trabalhos, tendo neste ano cerca de 220 profissionais envolvidos, entre orientadores pedagógicos, assistentes técnico-pedagógicos, diretores, educadores ou representantes de escolas municipais, estaduais e os CEI. Apesar do entendimento e das dificuldades pedagógicas pelo número elevado de participante, o dispositivo teve continuidade favorecendo a disponibilidade e interesse dos envolvidos, porém percebia-se a necessidade de reavaliar o formato dos encontros.

Ainda neste ano, mediante demandas de profissionais que atuam em instituição de cunho de “abrigamento” de crianças e adolescentes institucionalizados, definiu-se pela ampliação da cobertura dos serviços a serem envolvidos no apoio matricial.

Como premissa no início do ano, foi realizada juntamente com a Rede de Educação a revisão dos objetivos pré-definidos para o ano de 2013 - buscando atingir um universo das demais instituições educacionais, entre escolas municipais, estaduais e CEI. Permeados pela necessidade de reformulação das ações em função das características do grupo, do número elevado de participantes agregados por encontros e, temendo a perda da objetividade, definiu-se pela reestruturação organizativa, em consonância com as propostas ministeriais, e ainda objetivando uma futura fusão dos serviços de apoio matriciais foi realizada a delimitação das ações por territórios.

A metodologia aplicada ocorreu a partir da divisão do território em quatro macrorregiões, formando equipes com público e disposição de serviços públicos mais homogêneos. Os matriciadores de referência são profissionais do CAPS i (médico, enfermeira, assistente social e fonoaudióloga) divididos em duas equipes, sendo realizado nas terças e quintas-feiras, com frequência mensal para cada equipe do CAPS i.

Optou-se pela construção das macrorregiões, diante das possibilidades, com maior semelhança a territorialização do apoio matricial a exemplo do apoio realizado entre a saúde mental e a atenção básica do município, bem como a manutenção dos apoiadores que foram definidos pelas suas referências regionais. Desta forma, foram mantidos os profissionais que já realizam o matriciamento da saúde nas mesmas

regiões por já conhecerem as características regionais da ESF e os dispositivos de RAPS nestes territórios.

A organização das demandas ocorre a partir dos assuntos elencados pela região, tendo um coordenador de referência por região. Os matriciadores atuam como facilitadores nas discussões, oferecendo ao matriciamento um caráter de roda de conversa, promoção de conhecimento técnico - científico e prático, provocando às discussões ampliadas de condutas, planos, manejos e posturas dos participantes.

A proposta do apoio matricial amplia-se além dos encontros formais, pois este dispositivo de apoio matricial propicia a construção de redes, onde a rede escolar pode buscar auxílio nas unidades de atenção básica, unidades estas também rebem o apoio matricial. As relações tendem a se estreitar, outros canais de comunicação também são possíveis e disponibilizados, seja por telefone e/ou meio eletrônico (e-mail apoioeducação@blumenau.sc.gov.br).

Os comentários e sugestões levantados através da aplicação dos questionários pelos matriciadores aos participantes ao término das atividades foram que: As ações possibilitaram repensar práticas, trocas de ideias, de informações, novas experiências, permitindo a apropriação do papel da escola como ator nos processos de saúde doença através das experiências vivenciadas nas unidades educacionais e pelas discussões intersetoriais envolvendo as Secretarias de Saúde, Educação e, Assistência Social.

Mediante esta contextualização, o problema de pesquisa sobre o qual nos debruçaremos é o seguinte:

Avaliar os desdobramentos sobre a prática de atenção às crianças e adolescentes de um município de médio porte de Santa Catarina a partir da implantação do apoio matricial entre o CAPS i e a Rede Escolar municipal?

4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 Política de Saúde Mental

A Política Nacional da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) tem desenvolvido ações, ancorada pela Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001 (que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental no país), apoiada por um conjunto de portarias e decretos anteriores e posteriores à lei, dentre estas destaco a portaria n.º 336 de 19 de fevereiro de 2002 - que define as diretrizes de funcionamento dos CAPS; a portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 - que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Os objetivos apoiados nas diretrizes do SUS buscam: descentralizar o atendimento em saúde mental, realizar a construção de redes de cuidados, atenção ao sofrimento psíquico e desmistificar estigmas.

Quando o sujeito entra numa instituição total, perde todo o apoio psicossocial. Conforme Goffman (1974) inicia-se o que o autor chama de mortificação do “eu”, processo pelo qual o sujeito perde a sua individualidade, afastado de todo objeto que tem ligação a algum sentimento pessoal, designado a viver com coisas estranhas. O “eu” é violado no momento em que há uma fronteira entre o ser e sua relação com o ambiente. A partir da internação o sujeito é desamparado pela sociedade e perde o vínculo com as pessoas que estavam próximas, muitas vezes foram destituídos pelos familiares, passam a pertencer aquele lugar. Pela necessidade de reversão deste modelo, os movimentos sociais tomaram força a favor da reforma psiquiátrica, muito tem se avançado, na proposta dos modelos substitutivos ao asilar.

Segundo Oliveira (2009) a lógica antimanicominal não se relaciona apenas ao estado de confinamento de pacientes psiquiátricos, trata-se de uma série de posturas, olhares, maneiras de encarar o usuário dos serviços públicos ou privados de saúde mental, sob a influência desta lógica, assume-se que o paciente psiquiátrico é, por natureza, improdutivo, perigoso e incurável. Dentre outros aspectos, a exemplo da produtividade, produz-se uma ideia de dependência que aliada à da

incurabilidade, determina a eterna tutela e a perene impossibilidade de autonomia, reforçando a necessidade de exclusão.

Desinstitucionalização é uma palavra frequentemente confundida com desospitalização. Portanto, desinstitucionalizar é alterar estes padrões e buscar novas maneiras de ser, reinventar novas formas de viver e, no âmbito do cuidado com a saúde mental, criar abordagens, praticar novos olhares, inventar a mudança para influir de forma positiva na determinação social do processo saúde doença (ROTELLI apud OLIVEIRA, 2009, p. 58).

Diante do modelo institucionalizante, segundo Amarante (2007), trabalhadores da saúde mental, motivados por movimentos sociais de lutas contra os manicômios ocorridas na Europa e, com bases na Psiquiatria Democrática, crítica do manicômio, originada na Itália, iniciada por Franco Basaglia, acabam por criar o movimento nacional, que propõe um novo modelo de atenção à saúde mental dos brasileiros. A consolidação desse movimento dá-se durante o II Congresso Brasileiro do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental realizado no ano de 1987, cujo lema era: por uma sociedade sem manicômio.

O novo modelo foi influenciado também pelo Movimento da Reforma Sanitária, que resultou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus princípios de universalidade, integralidade e equidade. A Reforma Psiquiátrica baseia-se, assim, na articulação de uma rede de serviços substitutivos, descentralizados, que considerem o sujeito de forma integral, exigindo, desta forma, profissionais com capacidade crítica e de problematização das demandas mediante este novo paradigma.

Ainda na década de 1980, experiências municipais iniciaram a desinstitucionalização de moradores de manicômios criando serviços de atenção psicossocial para realizar a reinserção de usuários em seus territórios existenciais. Foram fechados hospitais psiquiátricos à medida que se expandiam serviços diversificados de cuidado tanto longitudinal quanto intensivo para os períodos de crise.

A atenção aos portadores de transtornos mentais passa a ter como objetivo o pleno exercício de sua cidadania, e não somente o controle de sua sintomatologia. Isso implica em organizar serviços abertos, com a participação ativa dos usuários e formando redes com outras políticas públicas: educação, moradia, trabalho, cultura etc. (BRASIL, 2013, p. 21).

Depois de intensificadas manifestações populares sociais e, dos trabalhadores em saúde mental, foi promulgada a Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental no país.

Embasados no desejo de desinstitucionalizar os internos – moradores dos hospitais psiquiátricos propõe-se uma rede de serviços substitutivos de âmbito ambulatorial a exemplo dos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), serviço de residência terapêutica, programa de volta pra casa, define-se uma estratégia gradual de redução de leitos psiquiátricos, não mais permitindo criação de leitos ou novos hospitais psiquiátricos, desta forma os hospitais gerais deveriam disponibilizar leitos para internações breves, com retorno após estabilização da crise aos CAPS. (SCHNEIDER, 2013, p. 25).

A partir da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, são definidos modalidade de internações hospitalares, primando pela internação breve, resguardar os direitos das pessoas com transtornos psíquicos, seus familiares e trabalhadores da saúde. A internação psiquiátrica poderá ser definida como: 1 – Voluntária (quando a pessoa aceita a internação). 2 – Involuntária (quando a pessoa não aceita, mas é então conduzida até o hospital por familiar/responsável) para efeito de monitoramento as internações com características de involuntariedade deve ser notificado ao Ministério Público Estadual em até 72 horas após internação. 3 – Voluntária que se torna involuntária (quando o paciente decide interromper o tratamento) uma vez que identificado riscos para si, familiares ou terceiros esta internação poderá ser modificada para internação involuntária. 4 - Compulsória (quando há determinação judicial), neste caso são considerados os riscos ao paciente e terceiros e os familiares, pessoas próximas ou profissionais, não conseguem motivá-lo ao tratamento devido sua condição de adoecimento.

Um dos principais dispositivos da rede de atenção são os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), normatizados pela portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002, que propõe acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração e ser ordenador da demanda. Além dos serviços de residência terapêutica, programa de volta pra casa, projetos de atenção à crise e urgências dirigidas para criação de leitos em hospitais gerais, com retorno após estabilização da crise aos CAPS. Define-se, com isso, uma estratégia gradual de redução de leitos em hospitais psiquiátricos. Sendo assim, os CAPS são

instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. A característica principal desses serviços é sua integração no território, buscando desenvolver ações de inserção de seus usuários em um ambiente social e cultural concreto, o espaço da vida quotidiana nas cidades. Os CAPS constituíram-se, desta forma, na principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica (BRASIL, 2004, p. 09).

Os CAPS fazem parte da democratização do país, principalmente pela inclusão da voz e da vontade dos enfermos mentais, como diferentes e iguais perante a lei. Os CAPS tem sua prática fundamentada numa política de âmbito nacional, que tem como importante referência a o movimento nacional e internacional para a extinção da hegemonia dos asilos nos cuidados às pessoas portadoras de transtornos e doenças mentais (MINAYO, 2006, p. 16).

Conforme Schneider (2013) Através da Política Nacional de Saúde Mental criada a partir da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, o governo brasileiro busca alcançar uma série de objetivos, entre eles: reduzir de forma pactuada e programada os leitos psiquiátricos de baixa qualidade; qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar formada pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG); Incluir as ações da saúde mental na atenção básica; implementar uma política de atenção integral voltada a usuários de álcool e outras drogas; manter um programa permanente de formação de recursos humanos para reforma psiquiátrica; promover direitos de usuários e familiares incentivando a participação no cuidado; garantir tratamento digno e de qualidade ao louco infrator (superar o modelo de assistência centrado no Manicômio Judiciário); avaliar continuamente todos os hospitais psiquiátricos por meio do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares.

Entre os equipamentos substitutivos ao modelo manicomial podemos citar os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência, as Enfermarias de Saúde Mental em Hospitais Gerais, as Oficinas de Geração de Renda, Unidade de Acolhimento, Consultório na Rua, Estratégias de Redução de Danos, Elaboração de Planos Terapêuticos Singulares, entre outros. As unidades básicas de saúde cumprem

também uma importante função na composição dessa rede comunitária de assistência em saúde mental (BRASIL, 2013).

O Ministério da Justiça e Ministério da Saúde tem desenvolvidos ações com certa aproximação temática principalmente sobre os assuntos referentes; Política de Atenção ao Usuário de Álcool e Outras Drogas, mas nem sempre parecem estar em sintonia no que tange decisões e ações referentes p.ex. Qual o lugar da Comunidade Terapêutica na Rede? Hospital de Custódia: Hospital ou Presídio? Por fim estes parecem ser dispositivos ainda remanescentes do modelo manicomial, que menos avançaram na direção da proposta da Reforma Psiquiátrica.

4.2 Redes de Atenção em Saúde

A Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 - (regulamentada pelo Decreto Presidencial nº 7508/2011) que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências; regulam em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados, isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privadas; dentre as disposições gerais destaca-se: a saúde como direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício; assegurando o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação; o dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

As redes são novas formas de organização social, que ganharam força, a partir dos anos 1990, baseadas na cooperação entre unidades dotadas de autonomia. É um sistema organizativo que busca, deliberadamente, no plano de sua institucionalidade, aprofundar e estabelecer padrões estáveis de inter-relações. “Diferentes conceitos coincidem em elementos comuns das redes: relações relativamente estáveis, autonomia inexistência de hierarquia, compartilhamento de objetivos comuns, cooperação, confiança, interdependência e intercâmbio constante e duradouro de recursos” (MENDES, 2011, pag. 78, 79).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Ministério da Saúde, 2010 – portaria nº 4.279, de 30/12/2010).

A portaria n. 4.279/2010 – trata das diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS,) com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência. Embora representativos avanços do SUS, torna-se cada vez mais evidente a dificuldade em superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde, fundamentados nas ações curativas, centrado no cuidado médico, dimensionados através da oferta, modelo este que tem se mostrado insuficiente para dar conta dos desafios sanitários atuais e, insustentável para os enfrentamentos futuros.

Segundo Mendes (2011), o objetivo da Rede de Atenção à Saúde (RAS) é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica. As redes não são, simplesmente, um arranjo poliárquico (hierarquizado) entre diferentes atores dotados de certa autonomia, mas um sistema que busca, deliberadamente, no plano de sua institucionalidade, aprofundar e estabelecer padrões estáveis de inter-relações horizontais, que implicam um contínuo nos diversos níveis de atenção e convocam uma atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas.

Em consonância com a Política Nacional de Atenção Básica (AB), esta se caracteriza como porta de entrada preferencial do SUS, formando um conjunto de ações de Saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Desenvolve-se com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da

vida das pessoas; deve ser o contato preferencial dos usuários e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde.

Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral.

Neste modelo de atenção, a população deve ter acesso a múltiplas alternativas de tratamento e serviços, organizados em forma de rede, contemplando todos os níveis de atenção à saúde; a Estratégia da Saúde da Família é a principal estratégia de descentralização da assistência e a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), onde deve ser realizado os cuidados iniciais, tendo o suporte complementar das demais equipes de referência.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi criada pelo Ministério da Saúde, em 1994, com o objetivo de “reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros” (BRASIL, 1997).

Por outro lado, o cotidiano das equipes de atenção básica tem implicado a necessidade de lidar com problemas da área da “saúde mental”. Um estudo realizado apontou que 56% das equipes de saúde da família realizaram “alguma ação de saúde mental” (BRASIL, 2003). Para tanto, a exemplo do Caderno de Atenção Básica nº 34, aponta para a necessidade de se unir esforços junto aos profissionais para desmistificação, ampliação das ações e do acesso das pessoas em sofrimento psíquico às unidades de atenção básica, facilitando a proximidade dessas equipes com as famílias e a comunidade, sendo consideradas ações estratégicas para o enfrentamento de agravos vinculados ao sofrimento psíquico e ao uso abusivo de álcool e outras drogas, (BRASIL, 2013).

Diante deste contexto, surge como proposta ministerial em 2008 os núcleos de apoio à saúde da família (NASF), que visam ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica (AB), bem como a sua resolutividade, com ênfase na corresponsabilidade.

O NASF não se constitui como serviços com unidades físicas independentes. Devem, a partir das demandas identificadas no trabalho com as equipes e/ou Academia da Saúde, atuar de forma integrada à

Rede de Atenção à Saúde e seus serviços (exemplos: CAPS, CERESTE, ambulatórios especializados etc.) além de outras redes como SUAS, redes sociais e comunitárias (BRASIL, 2013, p. 20).

Outro estudo mostra a existência de dificuldades em efetuar as intervenções de saúde mental na atenção básica, relacionadas à falta de preparo das equipes para o acolhimento e intervenção no campo do sofrimento psíquico, à falta de estrutura dos serviços e dificuldades de fluxo para a rede de atenção psicossocial (SCHNEIDER; LIMA, 2011). Tais dificuldades limitam o acesso dos usuários aos serviços especializados, fortalecendo desta forma a importância das ações intersetoriais, possibilitando uma rede de cuidados.

4.3 Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

A partir da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001 e, embasados num desejo de desinstitucionalizar os internos - moradores dos hospitais psiquiátricos e de criar ações em saúde mental nos territórios próximos ao cotidiano dos sujeitos com sofrimento psíquico, propõe-se uma rede de serviços substitutivos de âmbito ambulatorial a exemplo dos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) normatizados pela Portaria 336 de 19 de fevereiro de 2002, serviço de residência terapêutica, programa de volta pra casa, define-se uma estratégia gradual de redução de leitos psiquiátricos, não mais permitindo criação de leitos ou novos hospitais psiquiátricos, desta forma os hospitais gerais devem disponibilizar leitos para internações breves, com retorno após estabilização da crise ao CAPS.

Na implantação deste modelo de atenção substitutivo, muitas dificuldades têm sido enfrentadas, entre elas a consolidação de intervenções interdisciplinares e intersetoriais, além dos problemas de comunicação e articulação com a rede de saúde como um todo e a falta de trabalho articulado com a comunidade.

Aparece também à incompreensão do papel do CAPS na rede de atenção, tanto pelos profissionais envolvidos com a rede, quanto pelo usuário, ocasionando encaminhamentos equivocados que implicam grande demanda de atendimentos que não deveriam ser dirigidos para esse serviço, gerando estresse e conflitos entre as equipes, desmotivação

e perda da qualidade da intervenção. Essa incompreensão também se dá na relação entre a Rede de Educação e de Saúde.

Cabe ressaltar que espaços de discussão podem ser enriquecidos com a pluralidade de atores e áreas envolvidas. Para tanto, toda a rede mapeada durante o processo de diagnóstico do território (Caps, Nasf, ESF, Cras, Creas, equipamentos de educação, organizações da sociedade civil, entre outros) deve ser incluída nestes espaços coletivos sempre que possível. (BRASIL, 2013, p. 128).

O conceito de ordenamento de rede deve ser fomentado com base em uma horizontalidade, que não se resume à hierarquia de níveis de complexidade de atenção, mas que leve em consideração as relações dos outros pontos de atenção entre si no território e com outros pontos da rede, bem como, a comunidade, as famílias e os indivíduos ligados a essa rede. Nesse sentido reforça-se que, mesmo em territórios com baixa densidade de equipamentos sociais, a construção de uma rede possível, com os atores e instituições que lá estão por si só, já é um fator fundamental que possibilita uma rede de suporte social solidária, inclusiva, corresponsável e protagonista da produção de cuidado e da atenção psicossocial aos usuários no território (BRASIL, 2013).

O modelo substitutivo da saúde mental tem como um dos seus dispositivos principais os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), regulamentados pela portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002 – uma das atribuições deste serviço é: possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) regulamentada pela portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002, e em acordo com a determinação do gestor local. Divergindo da lógica de território, percebe-se que o CAPS estava ocupando uma posição centralizada na atenção as pessoas em sofrimento psíquico, mantendo a lógica de atendimento centralizado muitas vezes institucionalizante.

Assim, no início da implantação da rede de saúde mental, no início dos anos 2000, os atendimentos em CAPS eram a principal referência de tratamento, produzindo, de alguma forma, o entendimento de muitos dos dispositivos, inclusive da atenção básica, entre outros seguimentos, que agora não era mais o tratamento no hospital psiquiátrico, mas no CAPS. Por inúmeras razões estes serviços complementares e territoriais, se sentiram desautorizados a prestar os cuidados às pessoas em sofrimento psíquico, utilizando como via única

de intervenção o encaminhamento ao CAPS; um entendimento equivocado e divergente da lógica do SUS.

Em função das críticas a este modelo, a partir de 2003, a rede de serviços de saúde mental dá início a ações de aproximação com a atenção básica, através de equipes de referência em saúde mental, utilizando como dispositivo de interlocução o apoio matricial, assim como inclusão de indicadores no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB). A partir de 2008, com a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), estruturam-se novos dispositivos que visam fortalecer as ações de saúde mental na atenção básica.

Outros serviços buscam a complementação da atenção em saúde mental, através dos serviços de residência terapêutica, programa de volta pra casa, estratégia gradual de redução de leitos em hospitais psiquiátricos, projetos de atenção à crise e urgências dirigidas para criação de leitos em hospitais gerais, atuando de forma articulada com a rede de saúde, no sentido de garantir o acesso e a continuidade dos cuidados no CAPS de sua referência ou no território com ações compartilhadas com a estratégia da Saúde da Família.

Diante das discussões e o entendimento da importância em constituir uma rede de cuidados ampla, que possibilitasse o desenvolvimento de cuidados integrais e, acesso dos usuários nos diversos níveis de atenção à saúde, em 23 de dezembro de 2011 – foi regulamentada a portaria nº 3.088 – que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, incluindo outras portarias complementares.

Através da RAPS do reconhecimento e da regulamentação da atenção básica como serviço integrante e essencial para a organização de rede de atenção às pessoas com necessidades de atenção psicossocial, pode-se entender como uma das contribuições mais importantes em prol da consolidação das políticas públicas e de inclusão.

I – Atenção Básica em Saúde, incluindo as equipes de Estratégia da Saúde da Família, os Consultórios na Rua, projeto territorial de ações voltadas à atenção psicossocial álcool, crack e outras drogas (antes denominados consultórios de rua ligados aos CAPS); Centros de Convivência e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família;

II – Os dispositivos da Atenção Psicossocial Estratégicos compreendem os Centros de Atenção psicossocial, em suas diversas modalidades (CAPS I; II, II, I, AD, AD III);

III – Atenção de urgências e emergências, suporte do SAMU, Sala de Estabilização, UPA (unidade de pronto atendimento) 24h, Pronto Socorro em Hospitais Gerais. Também prestam atenção às urgências e emergências as unidades básicas de saúde e os CAPS.

IV – Atenção Residencial de Caráter Transitório (unidade de acolhimento adulto e infantil).

V – Atenção Hospitalar, envolvendo enfermarias especializados em hospital geral, de referência as pessoas com sofrimento ou transtornos mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

VI – Estratégias de Desinstitucionalização, que envolvem os Serviços de Residências Terapêuticos e o Programa de Volta para Casa;

VII – O componente Reabilitação Psicossocial da RAPS – é composto por iniciativas de geração de trabalho e renda/ empreendimentos solidários/ cooperativas sociais, associação de usuários e familiares (SCHNEIDER, 2013, P. 35).

São considerados eixos estratégicos para a implementação da Rede de Atenção Psicossocial:

Eixo I: Ampliação do acesso à rede de atenção integral à saúde mental;

Eixo II: Qualificação da rede de atenção integral à saúde mental;

Eixo III: Ações Intersetoriais para reinserção social e reabilitação;

Eixo IV: Ações de prevenção e de redução de danos.

Outras ações tem sido implementadas como a criação dos Grupos Condutores, planos estratégicos de enfrentamento ao uso de álcool, crack e outras drogas e o reconhecimento da intersectorialidade como base.

A partir do aparecimento do crack e de seu impacto social e de mídia a política de Saúde Mental passa ocupar um lugar de grande visibilidade, embora não necessariamente em contexto favorável, mas o que acabou motivando o desenvolvimento de políticas públicas e programas para lidar com estas questões, com enfoque nos usuários de álcool, crack e outras drogas.

Este cenário de pressão social e midiática, ao colocar a Saúde Mental em evidência abre um conjunto de ações contraditórias, a exemplo da criação de portarias para internação de dependentes de crack “por decreto”, a exemplo dos Estados do Rio de Janeiro e São Paulo, que vêm pôr em questão as conquistas e avanços da Reforma Psiquiátrica, na medida em que retomam o recurso da internação como dispositivo central no modelo de atuação.

Por outro lado, apesar de podermos considerar a Reforma Psiquiátrica como um processo ainda recente, muitos avanços no campo da atenção psicossocial foram conquistados, concretizando em nosso país uma rede de atenção pública no campo da saúde mental até pouco tempo não imaginada. De certa forma, há ainda muito a se fazer e se discutir, em um cenário de uma sociedade pós-moderna e, permeada por questões ideológicas e políticas.

Os Centros de Atenção Psicossocial surgem a partir do processo de efetivação da Reforma Psiquiátrica e são entendidos como um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Os CAPS são um lugar de referência e tratamento para sujeitos que sofrem de transtornos mentais, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida (BRASIL, 2004).

Objetivo geral do CAPS i em consonância com a portaria 336/02 é prestar atendimento especializado e qualificado às crianças e adolescentes portadores de transtorno psíquico e/ou com envolvimento severo/ persistente com substâncias psicoativas álcool, crack e outras drogas.

O modelo de atendimento adotado no CAPS i de Blumenau é centrado no usuário, priorizando o atendimento, o estabelecimento de vínculo e intervenções que visem a responsabilização do paciente e de sua família/responsável pelo seu tratamento e prognóstico.

A equipe do CAPS i têm despendido esforços no sentido de trabalhar de forma integrada, focando o atendimento globalizado ao usuário e família e priorizando os casos em que se verifica maior complexidade necessitando de intervenções e atendimento especializado em atenção psicossocial em consonância com a lei 10216/01 e portaria 336/02.

Através do incremento da equipe técnica, desenvolvem ações numa proposta interdisciplinar e intersetoriais, tendo reuniões semanais,

acompanhando o usuário em oficinas, grupos de inserção social, atividades físicas, oficina terapêutica, em psicoterapia individual/grupal, acompanhamento psiquiátrico, atendimentos domiciliares e hospitalares.

As ações visam atender as complexidades das questões do usuário em seu tratamento (biopsicossocial, familiar e institucional), voltadas para a valorização do sujeito enquanto cidadão, qualificando-o para sua autonomização.

A equipe do CAPS i é composta: Coordenadora, médicos psiquiatras, assistente social, psicólogos, terapeuta ocupacional, enfermeiro, fonoaudiólogas, técnico de enfermagem, agentes administrativos, auxiliar de serviços gerais, segurança patrimonial.

4.4 Apoio Matricial

De forma geral, “as coisas” ocorrem não por acaso, mas ocorrem motivadas por uma necessidade e, da necessidade de aproximação dos serviços, das discussões interdisciplinares e Intersetorial, que vise o acesso das pessoas à rede de serviços de saúde, implicada com os pilares do SUS, emerge um dispositivo chamado apoio matricial, cuja premissa propõe a promoção da aproximação e a corresponsabilidade entre os diferentes serviços e setores envolvidos.

Almejando que todos os serviços de saúde trabalhem na lógica do acolhimento dos casos de Saúde Mental no território e que as ações ali desenvolvidas sejam pautadas na integralidade como pretendida pelo SUS, surge um desafio, à dicotomia entre Saúde Mental e Atenção Básica (AB), e para superá-la, Campos (1999) propõe um arranjo organizacional denominado apoio matricial, que pretende criar a possibilidade de uma clínica ampliada e um diálogo entre distintas especialidades e profissões.

Partindo do pressuposto do modelo hegemônico conforme Chiaverini (2011) de encaminhamentos pela atenção primária para as especialistas dos ambulatórios, seja no CAPS ou no Hospital e que muitas vezes a equipe perde a referência deste usuário, diferentemente, a partir do matriciamento, as duas equipes interagem, traçando junto um projeto terapêutico, num apoio que gera novas possibilidades, além de reunirem seus conhecimentos sobre aquele indivíduo, também

fortalecem o vínculo. Dessa forma, a equipe da ESF revela seu conhecimento sobre os hábitos do indivíduo, sua família, sua comunidade, sua rede de apoio social e/ou pessoal. A equipe de matriciadores traz seu conhecimento sobre a saúde mental, suas repercussões na vida do indivíduo. Essa rede de saberes gera a primeira possibilidade de rede, que vincula que corresponsabiliza.

“O Apoio Matricial da saúde mental seria esse suporte técnico especializado, em que conhecimentos e ações, historicamente reconhecidos como inerentes à área ‘psi’, são ofertados aos demais profissionais de saúde mental e a equipe interdisciplinar de saúde na composição de um espaço de troca de saberes, invenções e 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, 2005, p. 29).

O modelo proposto de atenção à população deve oferecer acesso a múltiplas alternativas de tratamento e serviços, organizados em forma de rede, contemplando todos os níveis de atenção à saúde. A Estratégia da Saúde da Família é a principal estratégia de descentralização da assistência e a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), onde deve ser realizado os cuidados iniciais, tendo o suporte complementar das demais equipes de referência.

[...] a substituição dos cuidados nos hospitais psiquiátricos pelo cuidado comunitário das pessoas que sofrem com transtornos mentais é meta fundamental da organização de serviços de saúde. E a estratégia para atingir essa meta é a intervenção conjunta da equipe especializada em saúde mental e a equipe do ESF. (LANCETTI, 1999, p. 166)

O apoio matricial pressupõe quatro aspectos básicos: trabalho em equipe e a noção de referência; compromisso de desmedicalizar a vida, promoção de conhecimento; empoderamento das pessoas, considerando os sujeitos nos seus contextos, na sua família e na sua comunidade.

Segundo Chiaverini (2011), matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica.

Segundo Figueiredo (2005), com essa nova estruturação, as especificidades (saúde mental, coletiva, reabilitação física) ocupam um lugar de apoio, junto às equipes de referência, numa perspectiva de

ampliar a sua clínica, realizar projetos terapêuticos, de forma a facilitar a vinculação e responsabilização, desconstruindo a lógica dos encaminhamentos desnecessários.

Para o estabelecimento do apoio matricial normalmente são combinados encontros periódicos e regulares entre equipe de referência e apoiador matricial. Nesses encontros, objetiva-se estudar casos ou problemas de saúde selecionados pela equipe de referência, propondo modos de atenção adequados à especificidade de cada caso, ao elaborar projetos terapêuticos individuais, assim como, acordar linhas de intervenção interconectadas para os vários profissionais envolvidos (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Os autores ainda recomendam reservar algum tempo para diálogo sobre temas clínicos, de saúde coletiva ou de gestão do sistema de saúde.

O dispositivo desenvolvido através do apoio matricial perpassa as relações exclusivas da saúde, propõe um novo arranjo organizacional atento às necessidades interdisciplinares e intersetoriais a exemplo da relação entre a Atenção Psicossocial e Atenção Básica, desenvolveu-se a proposta de apoio matricial à Rede de Ensino.

4.5 Redes de Educação

A educação é um dos pilares da saúde, e através da leitura das diretrizes da educação pode-se perceber a correlação e as semelhanças em relação às diretrizes da saúde. Da mesma forma saúde e educação tem sido alvo e tema de contínuas solicitações da sociedade em geral. Apesar de muitas modificações em seus cursos, percebe-se a necessidade de políticas públicas capazes de dar respostas a esta sociedade que tem se modificado através dos tempos, afetando e modificando suas bases principiais, dentre elas as alterações nas configurações familiares.

Segundo Jameson (1997) a sociedade tem se modificado através do tempo, em seu modo de viver, morar, se expressar, comunicar-se. Tais transformações são motivadas por diversos fatores, que implicam e modificam a sociedade em seu jeito de pensar, agir, permeados pelos modelos regionais.

A sociedade pós-moderna, tem sofrido muitas transformações desde sua concepção de família: menor número de filhos, produção independente, pai e mãe trabalhando “fora”, crianças sem ou pouca referência dos pais, individualismo, mundo globalizado ativado por um modelo econômico e capitalista.

O pós-modernismo tem revelado um fascínio pela imagem “degradada” do brega, dos seriados de TV, ficção científica, biografia popular, do simulacro, desta forma a sociedade incorpora em sua própria substância cultural, uma certa ruptura. Nesta época emerge um novo tipo de sociedade “sociedade pós-industrial” também conhecida como de consumo, das mídias, da informação, sociedade eletrônica. (JAMESON, 1997, p.29).

A relação da sociedade no pós-industrial favorece o rompimento da coletividade, da família, ao exigir novas formas de sociabilidade e novos papéis das mulheres no mundo do trabalho, saindo do lugar tradicional de cuidado com a família. Muitas dessas mudanças movidas pelos desejos e projetos de vida, em busca de qualidade de vida, projetam a sociedade ao consumismo, a busca do prazer imediato.

Diante da nova experiência de sociedade, sustentada na conexão e interação on line em tempo real, na produção da “necessidade” de manutenção de bens de consumo, na sobrecarga e sobre horas de trabalho, na priorização das atividades profissionais em detrimento das relações afetivas, familiares e educacionais, trazem como o distanciamento dos pais da educação dos filhos, ficando a educação sob a responsabilidade da escola.

Mediante esta nova organização das famílias, da sociedade, se faz necessário transcender as relações setoriais de saúde-doença, implicar novos atores sociais na construção de uma rede de cuidados ampliada no contexto de atender as demandas da saúde mental e atenção psicossocial, que inclua a intersectorialidade com a educação, trazendo o professor como mediador importante neste contexto.

Segundo Rogge (2006), o trabalho pedagógico é exigente. A educação muitas vezes implica em estresse para os envolvidos: pais e educadores vão à busca de limites “o que posso fazer?” Diante desse contexto de família modificada, os papéis tendem a se inverter, divergindo a lógica de complementariedade.

As pressões sociais, socioculturais ou institucionais: classes cheias, educadores com salário insuficiente, professores e pessoal

especializado nas áreas de educação e assistência social, deficiência na formação e na especialização, falta de tempo e espaços dificultam a implantação de formas de relacionamento na escola que desenvolvam o respeito e atenção mútuos (ROGGE 2006, p. 200).

A modernidade e suas implicações na constituição de sociedade, da família desafiam a educação, o educando e o educador.

Ensinar inexistente sem aprender e vice versa e foi socialmente aprendendo, que ao longo dos tempos mulheres e homens perceberam que era possível trabalhar maneiras, caminhos e métodos de ensinar, pois aprender precedeu ensinar ou, em outras palavras, ensinar se diluiu na experiência realmente fundante de aprender. O educador já não é o que apenas educa, mas o que, enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando que, ao ser educado, também educa. Ambos, assim, se tornam sujeitos do processo em que crescem juntos e em que os “argumentos de autoridade” já não valem (FREIRE, 2005, p. 79).

Segundo Rogge (2006), às atitudes e experiências das crianças ao buscarem ultrapassar limites, nas tentativas de chamar a atenção, de buscar orientação, de confrontar normas e valores vigentes, são tomadas, na perspectiva do adulto, como desafiantes, muitas vezes significando irritação e estresse, o que põe em xeque o manejo da classe e exige uma nova interpretação de como lidar com as contradições da relação professor/aluno, ensino/aprendizagem.

A educação, a exemplo da sociedade, tem sido objeto de intensas discussões e transformações, permeados pelo princípio que a criança de hoje será o adulto de amanhã, o futuro, sendo que a educação é base para vislumbrarmos uma sociedade melhor.

Não há transição que não implique um ponto de partida, um processo e um ponto de chegada. Todo o amanhã se cria num ontem, através de um hoje. De modo que o nosso futuro baseia-se no passado e se corporifica no presente. Temos de

As diretrizes e bases da educação nacional foram definidas pela Lei nº 9.394, de dezembro de 1996, que embora tenha sofrido alterações e atualizações, mantém seu escopo inicial. Através dos artigos primeiro e segundo é possível perceber a dimensão e da abrangência dos diversos atores envolvidos para desenvolver um tema e extrema relevância que é a educação.

Art. 1º A educação abrange os processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais.

Art. 2º A educação, dever da família e do Estado, inspirada nos princípios de liberdade e nos ideais de solidariedade humana, tem por finalidade o pleno desenvolvimento do educando, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho.

A educação não se restringe a um único lugar, há um único ator, ela permeia um campo amplo que inclui os pais, a família, a escola, as políticas públicas, a intersetorialidade, o educando e a sociedade em geral.

O Plano Nacional de Educação (PNE) cuja proposta deve vigorar para a década de 2011 a 2020, enviado pelo governo federal ao Congresso em 15 de dezembro de 2010, apresenta dez diretrizes objetivas e vinte metas, seguidas das estratégias específicas de concretização, que premiam iniciativas para todos os níveis, modalidades e etapas educacionais. Estratégias para a inclusão de minorias, como alunos com deficiência, indígenas, quilombolas, estudantes do campo e alunos em regime de liberdade assistida, além de outros desafios.

Através do Plano Nacional de Educação busca-se a universalização e ampliação do acesso, bem como o incentivo à formação inicial e continuada de professores e profissionais da educação em geral, avaliação e acompanhamento periódico e individualizado de todos os envolvidos na educação do país: estudantes, professores, profissionais, gestores e demais.

Entre outras propostas mencionadas no texto estão à busca ativa de pessoas em idade escolar que não estejam matriculadas em instituição de ensino e monitoramento do acesso e da permanência na escola de beneficiários de programas de transferência de renda e do Programa de Prestação Continuada (BPC) destinado a pessoas com deficiência. O documento também prevê a ampliação progressiva do investimento público em educação até atingir o mínimo de 7% do Produto Interno Bruto (PIB) do país, com revisão desse percentual em 2015.

O Programa Mais Educação, instituído pela Portaria Interministerial n.º 17/2007 integra as ações do Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE), como uma estratégia federal para

induzir a ampliação da jornada escolar e a organização curricular, na perspectiva da Educação Integral, que traduz a compreensão do direito de aprender como inerente ao direito à vida, à saúde, à liberdade, ao respeito, à dignidade e à convivência familiar e comunitária e como condição para o próprio desenvolvimento de uma sociedade republicana e democrática.

O Programa Mais Educação, prioriza o atendimento de crianças em escolas de baixo IDEB (Índice de Desenvolvimento da Educação Básica), situadas em capitais, regiões metropolitanas e grandes cidades em territórios marcados por situações de vulnerabilidade social que requerem a convergência prioritária de políticas públicas e educacionais.

Diante deste cenário social e familiar a educação em regime integral passa ser uma das alternativas para o enfrentamento deste novo modelo. A educação integral - ideal, nos remete a legislação educacional brasileira presente; na Constituição Federal; no Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei n.º 9089/1990); Lei de Diretrizes e Bases (Lei n.º 9394/1996), no Plano Nacional de Educação (Lei n.º 10.179/2001), no Fundo Nacional de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério (Lei n.º 11.494/2007) e no Plano de Desenvolvimento da Educação.

O Programa Saúde na Escola (PSE), instituído pela Portaria Interministerial n.º 6.286, de 05 de dezembro de 2007 – Programa interministerial entre Ministério da Educação e Ministério da Saúde visa identificar e priorizar a assistência às crianças e adolescentes em situações vulneráveis. Destacam-se os seguintes princípios organizativos: Atenção integral à saúde; integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e saúde; participação da comunidade escolar, envolvendo as equipes de saúde da família e da educação básica; constituição de territórios de responsabilidade entre escolas estaduais, municipais e equipes de Saúde da Família.

O Programa Saúde na Escola (PSE) contribui para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos à saúde e atenção à saúde, visando o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças, adolescentes e jovens da rede pública de ensino. As ações de educação e saúde devem ocorrer nos Territórios pactuados entre os gestores municipais de educação e de saúde definidos segundo a área de abrangência das Equipes de Saúde da Família (Ministério da Saúde), tornando possível a interação entre os

equipamentos públicos da saúde e da educação (escolas, centros de saúde, áreas de lazer como praças e ginásios esportivos, outros).

A Semana Saúde na Escola; parceria entre os Ministérios da Saúde e da Educação teve início em 2012 com a intenção de ser uma atividade inaugural das ações do PSE. Considerando o contexto de enfrentamento do crescimento epidêmico da obesidade na infância e na adolescência e a repercussão da temática da obesidade no ano de 2012, o tema foi retomado em 2013 acompanhado da temática da saúde ocular. Já para os alunos das séries finais do Ensino Fundamental e o Ensino Médio o tema proposto é a prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas.

É recente o reconhecimento de que crianças e adolescentes apresentam problemas de saúde mental e de que esses problemas podem ser tratados e prevenidos. Em função disso, tem havido esforços no sentido de ampliar o conhecimento sobre tais problemas e sobre suas diversas formas de manifestação, assim como tem sido consenso a necessidade de ser construída uma rede de serviços e de ações, capazes de responder pela complexidade de questões envolvidas na saúde mental infantil e juvenil, de forma que não responsabiliza a criança, mas que permita um olhar ampliado de sua subjetividade e demais variáveis (BRASIL, 2013).

Ao contrário da crença popular, estudos epidemiológicos apontam que problemas de saúde mental em crianças e adolescentes são comuns [...]. Em relação aos tipos de problemas encontrados, verificou-se que os mais comuns são ansiedade (5,2% – 6,2%), problemas de conduta/comportamento (4,4% – 7,0%), hiperatividade (1,5% – 2,7%) e depressão (1,0% – 1,6%). Autismo e problemas correlatos apresentam taxa de prevalência abaixo de 1%. Dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar apontaram que 71,4% dos alunos já havia experimentado bebida alcoólica, sendo que 27,3% referiram consumo regular de álcool e 9,0% problemas com uso de álcool; 8,7% informaram experimentação de outras drogas (BRASIL, 2013, Pag. 103).

Conforme dados citados no Caderno de Atenção Básica (Brasil. 2013, n. 34), traz um panorama epidemiológico que requer um olhar das políticas públicas. Para tanto se faz importante que seja observado o fenômeno envolvido, possibilitando um olhar humanizado, interdisciplinar, intersetorial, considerando a integralidade do sujeito e o contexto coletivo onde este inserido.

A partir de 2013, com a universalização do Programa Saúde na Escola (PSE), todos os Municípios do País estão aptos a participar de suas atividades, incluindo a Semana Saúde na Escola.

Muitos estudiosos e profissionais da saúde pública têm utilizado prioritariamente (no caso da saúde mental infantil e juvenil) a noção de ‘problemas de saúde mental’ no lugar de ‘transtornos mentais’. As classificações atuais (CID 10 e DSM IV), ao agruparem as queixas sob a rubrica de transtornos têm se mostrado insuficientes para fazer frente à diversidade de influências culturais, sociais, familiares e do próprio desenvolvimento infantil. Diante disto ressalta a importância do olhar ampliado, que a hipótese psicodiagnóstico seja algo a acrescentar diante de uma história colhida a partir das variáveis e, que não tenha cunho estigmatizante. A preocupação não está no nome que demos, seja isto ou aquilo, não está no uso racional da medicação, mas sim na medicalização da vida, do social (BRASIL, 2013).

4.5.1 Rede Municipal de Educação

A Rede Municipal de Educação desenvolve suas ações em consonância com as Diretrizes do Ministério da Saúde e Diretrizes Curriculares Municipais para Educação Básica (2012) e tem como uma de suas propostas principais de ir além dos conhecimentos passados em sala de aula, mas de ultrapassar as paredes das escolas e formar verdadeiros cidadãos.

Os programas em desenvolvimento em Blumenau destacam-se: Programa Tá Ligado, Projeto Por Uma Vida sem Drogas, Programa de Saúde na Escola, Programa de Resistência às Drogas e Violência, Formação de Multiplicadores (alunos e família), Gerência de Desporto Escolar com oferta de atividades esportivas, Projeto Escola Aberta, Programa Mais Educação/Educação Integral.

A Rede de ensino divide-se: Alunos da Educação Infantil; Berçário I e II; Maternal I e II com idade de até 03 anos; Jardim I, II e III com idade de 4 a 6 anos num total de 521 turmas e cerca de 10470 alunos, destes 8.918 em tempo integral. Alunos do Ensino Fundamental que compreendem alunos desde a Pré-Escola ao 9ª ano, num universo de 22.049 alunos. Somando-se coordenadores pedagógicos, professores da educação infantil e ensino fundamental um total de 2.821 professores.

Os educandos são atendidos por cinquenta unidades escolares, três unidades de apoio, setenta e sete centros de educação infantil, dez creches domiciliares e convênio com sete ONGs. O quadro de profissionais gira em torno de quatro mil e cem servidores.

A Secretaria de Educação é responsável pelo atendimento de crianças e adolescentes com idade média de zero e 15 anos. Também amparam jovens e adultos que buscam retomar os estudos através do Ensino de Jovens e Adultos (EJA).

Tempos e movimentos educacionais mais recentes priorizam o respeito à diversidade cultural e, portanto, defendem a construção de currículos que ultrapassem as fronteiras da escola, permitam transcender visões restritivas e, conseqüentemente, que possam ir além das grades curriculares e do rol de conteúdos científicos. Essa perspectiva, claramente assumida pelas Diretrizes Curriculares Municipais (2012) de Blumenau, exige compromisso coletivo com a disseminação do conhecimento enquanto bem cultural, socialmente construído, validado pela comunidade acadêmico-científica e irrestritamente compartilhado.

A prática docente reflete um complexo processo de apropriação, que envolve tanto a história individual de cada professor, como a história das práticas sociais educativas. Trata-se, portanto, de um processo de construção seletivo, onde se reproduzem se ratificam ou se rejeitam a tradição e as concepções anteriores, e individual ou coletivamente, se elaboram novas práticas.

Diante de muitos desafios da sociedade contemporânea, a educação emerge como um dos dispositivos capazes de sustentarem um debate político-pedagógico, pautados em diretrizes pela busca do “novo”, novas tecnologias, nova conjuntura, social, familiar e educacional, educar educando numa perspectiva de complementariedade.

A partir do entendimento das definições de papéis em que a educação tem a função pedagógica e a saúde de prestar atenção à saúde; percebe-se que os educadores - professores enfrentam além das dificuldades da função pedagógica em sala de aula, outros complicadores como lidar com as diferenças entre os alunos e, comportamentos adversos, intensifica-se a necessidade de ações de saúde mental voltadas ao aluno, mas também ao educador e, que este possa interpretar o desenvolvimento das crianças e adolescentes considerando os aspectos básicos do desenvolvimento típico ou atípico.

Segundo Amarante (2007) no caso da saúde mental, a complexidade é invertida [...] No nível primário, da rede básica, é que as ações devem ser mais complexas: lidar com a família, com as pessoas em crise, com a vizinhança, com os atores sociais no território em que vivem.

O apoio matricial constitui um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população [...]. Esse compartilhamento se produz em forma de corresponsabilização pelos casos, que pode se efetivar através de discussões e intervenções conjuntas, incluindo as famílias e comunidade (BRASIL, 2004, p.80).

Devido à importância desta temática seguindo a lógica do território, inversões de papéis, constituição da sociedade e fragmentação das famílias, emerge o desafio do desenvolvimento de ações intersetoriais, como possibilidade de atender a tamanha complexidade das relações.

Neste sentido, o dispositivo de apoio matricial, aplicado na Rede de Atenção Psicossocial de Blumenau, pode ser um instrumento importante para o desenvolvimento desta relação intersetorial entre educação e saúde.

4.6 Intersetorialidade

Segundo Morin (2000), rede é sempre algo que une que entrelaça que vincula; trabalhar em rede é tecer possibilidades, oportunidades numa crescente corrente de corresponsabilidade. Pensar em rede intersetorial, é nos depararmos com uma organização mais dilatada, em que outras instituições, públicas ou não, entram no projeto terapêutico do indivíduo dentro de um conceito mais amplo de saúde.

O ser humano é a um só tempo físico, biológico, psíquico, cultural, social, histórico, algo complexo e que a supremacia do conhecimento fragmentado, de acordo com as disciplinas educacionais, impede, frequentemente, de operar o vínculo entre as partes e a totalidade e que deve ser substituído por um modo de conhecimento capaz de apreender os objetos em seu contexto, sua complexidade, seu conjunto (MORIN, 2000, pag.38).

Tendo em vista a complexidade do ser humano, sua singularidade e suas concepções de sociedade e de mundo, implicam as políticas públicas, os serviços e os profissionais desenvolverem ações compartilhadas, de forma que possibilitem a atenção integral ao usuário, atendendo aos princípios do Sistema “Único” de Saúde. Em acordo com Morin (2000), a inteligência parcelada, rompe o complexo do mundo em fragmentos disjuntos, fraciona os problemas, separa o que está unido, torna unidimensional o multidimensional.

O conceito ampliado de saúde e o reconhecimento de uma complexa rede de condicionantes e determinantes sociais da saúde e da qualidade de vida exigem dos profissionais e equipes trabalho articulado com redes/instituições que estão fora do seu próprio setor. A intersetorialidade é essa articulação entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, a fim de abordar um tema ou situação em conjunto. Essa forma de trabalhar, governar e construir políticas públicas favorece a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população (BRASIL, 2009, p. 18).

O desenvolvimento das ações e serviços de atenção psicossocial, seguindo os princípios da intersetorialidade, segundo Amarante (2007), deve procurar desenvolver ao máximo suas habilidades em atuar no território, que não se reduz ao espaço geográfico. O serviço deve ser considerado tanto mais de base territorial, quanto mais capaz estiver de desenvolver relações com os vários recursos existentes no âmbito de sua comunidade, ao articular os recursos existentes no campo da saúde mental (RAPS) e da atenção básica (ESF, Agentes Comunitários de Saúde). Ganha, com isso, inserção no sistema de saúde em geral, articulando-se em rede.

Morin (2000) descreve a relação triádica indivíduo/sociedade/espécie e reforça o quanto as relações se difundem em uma unidade complexa, sendo que no nível antropológico a sociedade vive para o indivíduo, o qual, por sua vez, vive para a sociedade, sendo que, a sociedade e o indivíduo vivem para a espécie, que, por outro lado, vive para o indivíduo e para a sociedade.

Trabalhar em rede é ampliar possibilidades, aumentando as oportunidades de atuação dos indivíduos, dos profissionais e dos dispositivos de saúde numa corrente crescente de corresponsabilidade. Pensando numa rede mais ampla, nos deparamos com a rede

intersetorial, em que outras instituições, públicas ou não, entram no projeto terapêutico do indivíduo dentro de um conceito mais amplo de saúde.

[...]. Diante de uma história de abuso sexual na infância, por exemplo, é necessária uma rede com o conselho tutelar ou a vara de família. No caso de uma criança que está fora da escola, será preciso um contato com a escola mais próxima e/ou a secretaria de educação. Já um adolescente com risco psicossocial vai necessitar de um contato com uma ONG que possa ajudar com atividades esportivas ou culturais. E uma mulher de meia-idade com depressão precisa retornar à sua igreja para algum grupo que seja adequado à sua realidade. (CHIAVERINI, 2011, pag. 203).

Um dos dispositivos capazes auxiliar o desenvolvimento da intersetorialidade é através do matriciamento que, segundo Chiaverini (2011), promove a discussão de duas ou mais equipes de diferentes setores, traçando juntos uns projetos que vislumbre novas possibilidades de atenção ao sujeito, através da contextualização do indivíduo, seus hábitos, sua família, sua comunidade, sua rede de apoio social e/ou pessoal, o contexto cultural e político em que está inserido. Essa rede de saberes gera a primeira possibilidade de rede, que vincula que responsabiliza.

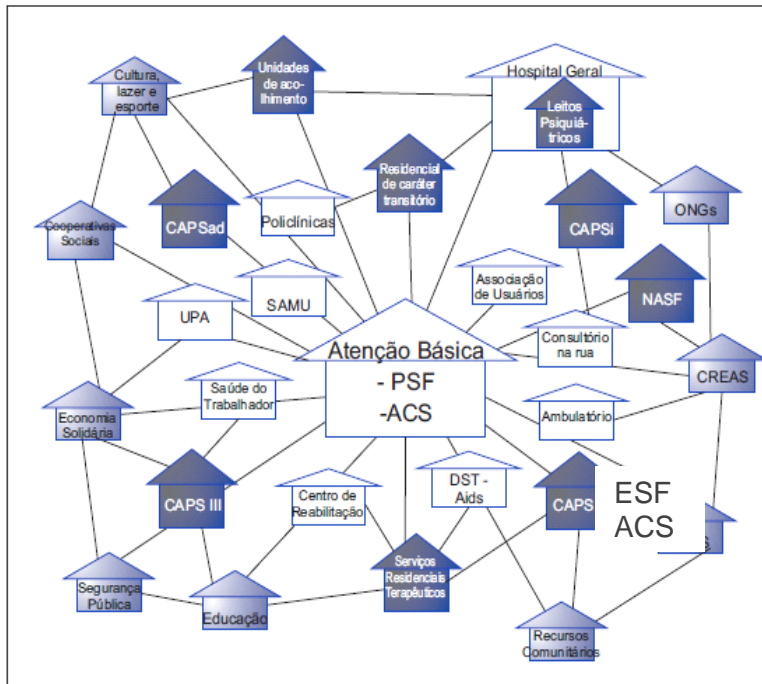
Segundo Massaroli e Saupe (2008), em estudos recentes é possível observar a ampliação deste processo de educação continuada e de trocas em saúde desenvolvidos a partir da intersetorialidade, passando a ser chamado de Educação Permanente em Saúde. Justificando o uso desta terminologia pelo fato de que este processo passou a ser uma política pública formulada para alcançar o desenvolvimento dos sistemas de saúde, reconhecendo que só será possível encontrar trabalhadores que se ajustem as constantes mudanças ocorridas nos complexos sistemas de saúde por meio da aprendizagem significativa, que prevê que o conhecimento deve ser construído, considerando as novidades e o que já se têm como consolidado.

A Educação Permanente em Saúde vem para aprimorar o método educacional em saúde, tendo o processo de trabalho como seu objeto de transformação, com o intuito de melhorar a qualidade dos serviços, visando alcançar equidade no cuidado, tornando-os mais qualificados para o atendimento das

necessidades da população. Com este intuito, a Educação Permanente parte da reflexão sobre a realidade do serviço e das necessidades existentes, para então formular estratégias que ajudem a solucionar estes problemas (MASSAROLI; SAUPE, 2008).

As políticas de saúde mental e atenção psicossocial devem organizar-se em “rede” formando pontos de encontros, de cooperação, de simultaneidade e de iniciativas de atores sociais envolvidos.

MUDANÇA DA CONFIGURAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL



*Figura desenvolvida a partir de CFP, 2011.

Figura 1 – Rede de Atenção Psicossocial (SCHNEIDER, 2013).

A intersetorialidade tem sido objeto de interesse das políticas públicas e em especial a Política Nacional de Saúde Mental, que fomentou através da IV Conferência Nacional de Saúde Mental-

Intersetorial esta temática, ampliando as discussões dos diversos setores das políticas públicas.

O Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial (2010) propõe garantir, para toda rede escolar, a estratégia de educação permanente na temática da saúde mental da infância e adolescência, segundo os princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica, estabelecer um trabalho efetivo de integração e corresponsabilização entre os profissionais da saúde mental e da educação no que se refere à melhor abordagem das situações problema surgidas no espaço escolar envolvendo crianças e adolescentes com sofrimento psíquico; garantir, através das equipes de saúde mental, a efetiva realização do apoio matricial às escolas, no sentido de evitar a estigmatização dos alunos com transtornos mentais e/ou daqueles com uso prejudicial de álcool e outras drogas.

As literaturas e trabalhos publicados relacionados ao dispositivo apoio matricial como estratégia de saúde estão geralmente ligados às relações entre a saúde mental e atenção básica de saúde. Mas, este dispositivo, constitui uma ferramenta de transformação, não só do processo de saúde/doença, mas de toda a realidade das equipes e da comunidade, sendo de grande importância em outras ações a exemplo do desenvolvimento da intersetorialidade e na construção da rede ampliada de atenção psicossocial.

O apoio matricial constitui um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população (...). Esse compartilhamento se produz em forma de corresponsabilização pelos casos, que pode se efetivar através de discussões e intervenções conjuntas, incluindo as famílias e comunidade (BRASIL, 2004, p.80).

O apoio matricial é formado por um conjunto de profissionais que não têm, necessariamente, relação direta e cotidiana com o usuário, mas cujas tarefas são de prestar apoio aos profissionais de educação e equipes de ESF, referencia nas situações discutidas. O apoio matricial apresenta as dimensões de suporte assistencial e técnico-pedagógico para a equipe poder desenvolver ações de saúde/educação de forma consistente. A dimensão assistencial é aquela que vai produzir ação clínica direta com os usuários, e a técnico-pedagógica vai produzir ação de apoio educativo com e para a equipe. Segundo Brasil (2009), essas duas dimensões podem e devem se misturar em diversos momentos.

4.7 As Dificuldades de Aprendizagem e os Distúrbios de Comportamento na Infância e Adolescência e sua Medicalização

Nos dias de hoje, pensar saúde e educação de crianças e adolescentes nos remete às concepções da sociedade pós-moderna, do consumo, das sobre horas de trabalho, das novas configurações familiares. Biddulph e Steve (2010) recordam os anos 1980 e 90, décadas que as mulheres começaram a deixar os papéis domésticos, assumindo espaços no mercado de trabalho, de acordo com as exigências do modelo capitalista.

Diante deste contexto, percebe-se uma lacuna: quem acompanhará a educação de seus filhos?

Uma sociedade orientada pelo consumo pode – dependendo dos valores materiais de seus membros – concretizar muitos desejos de crianças e jovens. É possível usufruir de muita coisa. Mas os relacionamentos e os sentimentos saem perdendo. As compras e o consumo sugerem a realização de todos os sonhos – mas as compras e consumo anulam esforços pessoais. Em algum momento, passam a ser insuficientes (ROGGE, 2006, P. 235).

A presença dos pais, assim como, por outro lado, o distanciamento dos mesmos, é determinante à saúde e educação desses jovens, que podem apresentar comportamentos ambivalentes como: reclamar, brigar com irmãos ou deixar tudo em desordem, de difícil convivência, para tanto é importante que os pais, para o bem das crianças, façam um esforço para buscar o entendimento das questões que estão determinando este comportamento.

Segundo Mello, Mello, Kohn & Cols. (2007), no Brasil, uma grande parte da população de crianças e adolescentes vive em condições adversas e expostos a situações de estresse, que lhes coloca numa situação de vulnerabilidade psicossocial. Portanto, compreender as diversas formas de expressão da criança poderá nos auxiliar entender os aspectos psicossociais envolvidos neste ou aquele comportamento, se tais atitudes são típicas ou atípicas do desenvolvimento da criança. A partir do entendimento poderá ser identificado à intencionalidade ou não de tais comportamentos, oportunizando para pais, adultos, educadores e outros profissionais da saúde na melhor condução dos mesmos, otimizando recursos e dispositivos, sociais, familiares, educacionais e de saúde.

Diante das dificuldades de aprendizagem e de comportamento encontradas na escola, na maioria das vezes, os educandos são encaminhados para avaliações com profissionais especializados, a maioria deles focados no Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), após receberem diagnósticos de transtornos acabam recorrendo à medicação destas crianças. Segundo Andrade e Morais (2006) o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um dos diagnósticos psiquiátricos mais comuns na infância em idade escolar (prevalência de 3 a 5% nessa população), sendo que nos Estados Unidos cerca de 30 a 50% dos encaminhamentos para serviços de saúde são determinados por manifestações sintomáticas do TDAH, trazendo grande impacto à saúde das crianças, seus familiares e sociedade.

Aqui há de se cuidar a tendência a patologizar e medicalizar qualquer comportamento que incomode ou perturbe o espaço social. Diante deste contexto, autores como Moysés e Collares (1994) trazem importantes questionamentos, destacando que os procedimentos ocasionados por um diagnóstico mal definido podem trazer consequências negativas para criança interferindo em suas questões emocionais e, conseqüentemente, em seu desempenho escolar. Diante das reflexões ressalta-se a importância e necessidade de se realizar uma análise crítica de todo o contexto em que a criança está inserida, antes de apresentar um diagnóstico definitivo sobre o aluno, para que esta intervenção possibilite acessos ao invés de estigmas.

A respeito dos psicodiagnósticos de TDAH, Mocelin (2008) destaca que os laudos, não raro, desconsideram o lugar no qual o sintoma está sendo gerado, muitas vezes sem avaliar o contexto escolar e pedagógico. São documentos que não estabelecem pontes com o cotidiano escolar e, portanto, isentam o fazer pedagógico. Sendo assim, desconsideram o processo de produção do sintoma, mostrando uma concepção de sujeito considerado como objeto, onde as diferenças são deixadas de lado, desconsiderando o processo de subjetivação que se constitui nas vivências cotidianas.

É justamente quando as crianças entram na escola, diante de uma instituição que preserva normas e regras, que se percebem os chamados problemas de comportamento que por vezes alegam acarretar dificuldades na aprendizagem. Estas questões não são percebidas pelos familiares ou consideradas como problemas. Em seguida, as dificuldades encontradas no contexto escolar passam a ser identificados

pela instituição como um problema que precisa ser diagnosticado e tratado (OLIVEIRA, 2011, Pag. 3).

Segundo Pereira (2009), a escola é justamente o lugar no qual os sintomas sugestivos do TDAH se tornam mais explícitos, pois as crianças devem obedecer às normas e sua atenção é requerida de maneira mais sistemática e por períodos mais longos. Nesse espaço coletivo, onde se encontra uma riqueza de subjetividades e relações, busca-se normatizar as relações sociais que ali se dão, sustentando-se em medidas de controle que muitas vezes desconsideram contextos e idiosincrasias.

Segundo Moyses e Collares (2012), com o consentimento da sociedade, entre ela a escola, que delega à medicina a tarefa de normatizar, legislar e vigiar o cotidiano surge à medicalização da vida, sustentando-se em um processo que transforma e reduz questões sociais e humanas em simplesmente orgânicas ou bioquímicas. O termo medicalização, segundo Collares e Moysés (1994), refere-se ao processo de transformar questões não médicas, eminentemente de origem social e política, em questões médicas.

A lógica da medicalização sustenta-se em uma concepção onde o processo saúde-doença é focado no indivíduo, privilegiando a abordagem bioquímica, organicista, perdendo sua faceta coletiva. Omite-se que o processo saúde-doença é determinado pelo contexto social do indivíduo, sendo, ao mesmo tempo, a expressão do individual e do coletivo.

Segundo Rosana Onocko Campos, durante sua participação no 10º Encontro Catarinense de Saúde Mental e 1º Encontro Nacional de Humanização, Arte e Saúde (2013), “estamos universalizando a pobreza, psicologizando o social, medicalizando o mal-estar”.

Nesse sentido, a psicopatologia crítica ganha espaço valorizando a multideterminação dos “transtornos psíquicos”, unindo os conhecimentos de diferentes áreas de saber, sustentando-se na interdisciplinaridade. Num entendimento que o processo de adoecimento psíquico é multifatorial, que não há um detentor de todo o conhecimento, mas sim uma complementação, a psicopatologia crítica propõem algumas contribuições acerca de suas principais perspectivas tais como a psicopatologia geral, a fenomenológica, fundamental, a etnopsicopatologia e a psicopatologia social (MOREIRA, 2002).

A etnopsicopatologia e a psicopatologia social, segundo Moreira (2002), estudam as relações entre os transtornos psicopatológicos e a cultura, ambas tem compreensão macroscópica da etiologia do fenômeno psicopatológico, seja a partir da cultura, seja a partir da sociedade. Essa abordagem da psicopatologia talvez seja a que mais se aproxima da psicopatologia crítica, por levar em conta a determinação sociocultural, a reflexão dos aspectos ideológicos e políticos que perpassam este contexto sociocultural.

Para tanto, a psicopatologia crítica, a partir de uma análise científica, busca reconhecer os diversos saberes, coloca-se com base para um entendimento do ser humano em sua complexidade, em suas variadas dimensões: biológica, cultural, social, ideológica, reconhece o sofrimento psicossocial como resultante desse conjunto de aspectos.

Para pensar em políticas públicas que alcance as crianças e adolescentes é importante que seja tomado como princípio fundamental a integralidade do sujeito, contemplando ações intersetoriais e interdisciplinares, com olhar ampliado atentando-se para os aspectos individuais e coletivos considerando o sujeito biopsicossocial.

5. MÉTODO

5.1 Delineamentos da Pesquisa

Esta pesquisa foi desenvolvida em caráter avaliativo, realizado como “estudo de caso”, com corte transversal, utilizando métodos mistos de características quali quanti e análise através da triangulação de métodos.

A triangulação de métodos exige a combinação de diferentes estratégias de pesquisa capazes de abordar tanto os requisitos do método qualitativo, ao avaliar a representatividade e a diversidade de posições e seus significados dos diferentes grupos de sujeitos que formam o universo da pesquisa, quanto, às aspirações do método quantitativo, ao propiciar aspectos mensuráveis da amplitude e eficiência do programa em estudo (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005).

Sendo assim, para a realização desta pesquisa, foi utilizado por um lado uma abordagem qualitativa, pois “[...] o objeto das ciências sociais é essencialmente qualitativo. A realidade social é o próprio dinamismo da vida individual e coletiva com toda a riqueza dela transbordante” (MINAYO, 1994, p. 15). Trabalha, assim, “[...] com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes [...]” que dizem respeito a um nível mais profundo da realidade, não podendo ser “[...] reduzidos à operacionalização de variáveis” (MINAYO, 1994, p. 22). Porém, por suas características de aprofundamento dos dados, trabalha com um número menor de participantes.

Por outro lado, para se obter as medidas sobre as atitudes ou opiniões do conjunto dos participantes do processo de apoio matricial em estudo, foi utilizado um questionário autoaplicável, com escala estilo likert de características quantitativas, que serviu de balizamento para os dados advindos dos instrumentos qualitativos.

5.2 Participantes

O universo dos participantes desta pesquisa foi composto por profissionais do CAPS i da Rede de Saúde e Coordenadores Pedagógicos da Rede Escolar de um município de médio porte de Santa Catarina, que estavam participando do projeto de apoio matricial.

Para o método de pesquisa quantitativa, foi aplicado o questionário autoaplicável, que contou com a participação de 56 profissionais envolvidos no processo de apoio matricial no ano de 2014.

Critério de inclusão - Profissionais que aceitaram participar da pesquisa, mediante assinatura dos termos de consentimento livre e esclarecido e que estavam no local e horário programado.

Critérios de exclusão - Profissionais que por algum motivo não desejaram ou que não estavam no local estabelecido.

Para o método de coleta qualitativo, foi utilizado o grupo focal, que contou a participação de 07 profissionais envolvidos no processo de apoio matricial.

Critério de inclusão - Ter respondido ao questionário autoaplicável e participado no mínimo seis meses do apoio matricial no ano de 2013.

Critérios de exclusão - Profissionais que por algum motivo não desejaram ou não estavam no local programado.

5.3 Instrumentos e Procedimentos Utilizados

Os dados quantitativos foram coletados através de um questionário autoaplicável, com questões em escala estilo likert de cinco pontos (discordo totalmente=1 a concordo plenamente = 5) com questões de avaliação do processo do apoio matricial estudado, aplicado em quatro momentos, nos dias dos encontros do matriciamento entre o CAPS i e a Rede de Educação (ver anexo 02), contendo:

- 11 Questões em escala estilo likert de cinco pontos sobre o processo do apoio matricial estudado.

- Questão aberta que solicitou três aspectos positivos e três aspectos negativos identificados na implementação do apoio matricial objetivando a qualificação das informações.

Os dados qualitativos foram coletados através da técnica de grupo focal, realizado em dois encontros, em dias alternados, com tempo médio de uma hora para cada encontro, contendo:

- Grupo 1: Quatro profissionais matriciadores do CAPS i.
- Grupo 2: Três profissionais matriciados da educação.

Havia a possibilidade de um terceiro encontro que seria realizado em conjunto com profissionais das duas redes. Porém, em função da qualidade das informações colhidas nos primeiros grupos e na repetição dos discursos entre os dois grupos, verificou-se que não teria necessidade deste novo momento, além disso, associou-se a dificuldade em reunir os participantes pela greve dos servidores municipais, que teve grande adesão dos profissionais da educação.

Grupo focal é uma técnica de pesquisa qualitativa, derivada das entrevistas grupais, que coleta informações por meio das interações grupais, cujo objetivo principal é reunir informações detalhadas sobre um tópico específico a partir de um grupo pequeno de participantes selecionados, tempo de duração de até duas horas (FLICK, 2009).

O desenvolvimento do grupo focal seguiu um roteiro semiestruturado com seis questões abertas (ver anexo 03). Os encontros foram gravados, utilizado um diário de campo e um pesquisador auxiliar com a finalidade de otimizar as discussões e objetivar os demais registros pertinentes e inerentes à pesquisa.

5.4 Tratamento dos Dados

Os questionários foram digitados no Programa Microsoft Excel (2010). Para a análise dos dados da escala likert foi utilizada a análise de estatística descritiva, visando caracterizar os dados com os valores obtidos para cada variável em termos de frequência, média e desvio padrão. Segundo (SAMPIERI *et al*, 2006) a análise da distribuição das frequências das respostas equivale a um conjunto de pontuações ordenadas em suas respectivas categorias. Segundo (SAMPIERI *et al*,

2006) o cálculo da média representa uma medida de tendência central equivalente a média aritmética de uma distribuição. Por sua vez, o desvio padrão representa a medida de quanto os valores da nossa amostra variam em torno da média (DANCEY; RIDEY, 2006).

A análise de dados dos grupos focais foi realizada através da análise de conteúdo, seguindo os critérios descritos por Ruiz-Olabuénaga (2009), onde o texto está sempre implicado a um contexto, ou seja, em um conjunto de sentidos, significados, racionalidades subjacentes ao discurso do sujeito entrevistado e que tem seus desdobramentos na avaliação dos serviços de saúde.

Segundo Ruiz-Olabuénaga (2009), a análise de conteúdo é uma técnica para ler e interpretar qualquer tipo de documento (gravado, filmado, e/ou observado) em que a redação de um texto é, ao mesmo tempo, uma construção social e política. Em análise de conteúdo em sua vertente qualitativa parte-se de uma série de pressupostos, que tem sentidos simbólicos e que nem sempre está expresso ou pode haver muitos significados.

O trabalho da interpretação do conteúdo é mais importante do que o de associação estatística dos elementos da linguagem, para Ruiz-Olabuénaga (2009) a leitura analítica busca os significados, inferências a partir da perspectiva do autor da cultura em que se insere.

5.5 Procedimentos Éticos

O presente trabalho seguiu as exigências da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, atualizada pela resolução nº 466/2012 que trata de pesquisas e testes em seres humanos. O projeto de pesquisa foi submetido ao referido comitê de ética do qual obteve parecer favorável com registro nº 25950513.2.0000.0121.

Dentre as exigências da resolução 466/2012, todos os participantes receberam esclarecimentos sobre os procedimentos adotados durante toda a pesquisa e sobre os possíveis riscos e benefícios. Os participantes oficializaram suas participações através da assinatura do (TCLE) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ver anexo 01).

6. DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS

6.1 DADOS QUANTITATIVOS

O resultado do questionário autoaplicável sobre a avaliação dos profissionais acerca do apoio matricial foi produzido a partir da análise das frequências, das médias e desvios-padrão para cada item. Também foi realizada a análise das porcentagens de respostas por itens mais significativos em gráficos.

A média geral em relação aos itens relacionados à avaliação do apoio matricial pelos profissionais da rede de saúde e de educação envolvidos na pesquisa foi de 3,93, com desvio padrão de 0,53, indicando uma aproximação maior em relação ao item “concordo” para cada afirmativa do questionário, indicando uma percepção positiva dos mesmos com o dispositivo analisado, conforme se verifica na tabela 1.

Tabela (1). Distribuição da média, desvio padrão e frequência absoluta por item e geral do questionário autoaplicável sobre avaliação dos profissionais acerca do apoio matricial.

| ITENS | MÉDIA | DP | Discordo totalmente | Discordo | Indiferente | Concordo | Concordo totalmente |
|--|-------------|-------------|---------------------|----------|-------------|----------|---------------------|
| 1 A implantação da estratégia do apoio matricial escolar melhorou o acesso de crianças e adolescentes aos diversos serviços de saúde. | 3,89 | 0,53 | 0 | 1 | 6 | 43 | 4 |
| 2 Houve mudanças nas ações em atenção psicossocial com crianças e adolescentes após a implantação do apoio matricial. | 3,80 | 0,55 | 0 | 1 | 9 | 42 | 3 |
| 3 O apoio matricial possibilitou a qualificação da atenção às crianças e adolescentes na rede de saúde e educação. | 3,91 | 0,44 | 0 | 0 | 5 | 47 | 4 |
| 4 O apoio matricial contribuiu para diminuir o uso excessivo de medicamentos psicotrópicos com crianças e adolescentes. | 3,27 | 0,73 | 0 | 10 | 22 | 18 | 2 |
| 5 O apoio matricial possibilitou uma reflexão sobre os aspectos do desenvolvimento e suas características de crianças e adolescentes. | 4,11 | 0,45 | 0 | 0 | 3 | 44 | 8 |
| 6 O apoio matricial favoreceu mudanças na minha prática cotidiana. | 4,13 | 0,47 | 0 | 0 | 2 | 43 | 11 |
| 7 O apoio matricial favoreceu um espaço interativo de troca de experiências entre saúde e educação. | 4,23 | 0,47 | 0 | 0 | 1 | 42 | 13 |
| 8 O apoio matricial favoreceu a corresponsabilização em relação às problemáticas psicossociais de crianças e adolescentes. | 3,82 | 0,54 | 0 | 1 | 11 | 44 | 3 |
| 9 Ocorreram mudanças nas equipes em relação às concepções sobre saúde mental, transtornos, encaminhamentos, relações com os alunos, após a implantação do apoio matricial. | 3,89 | 0,45 | 0 | 0 | 10 | 42 | 4 |
| 10 A proposta do apoio matricial amplia as relações intersetoriais para além dos encontros formais. | 3,80 | 0,67 | 0 | 3 | 9 | 39 | 5 |
| 11 O dispositivo apoio matricial é uma estratégia que deve ser continuada. | 4,41 | 0,53 | 0 | 0 | 1 | 31 | 24 |
| GERAL | 3,93 | | | | | | |
| | | 0,53 | | | | | |

Diante da tabulação dos resultados observou-se um índice de avaliação mais positiva nas questões 6, 7 e 11, avaliações mais críticas nas questões 2, 4 e 10. A seguir segue as tabelas que exemplificam e ilustram os dados através dos gráficos.

A 11ª questão foi a que teve índice mais alto e visava identificar se o apoio matricial é uma estratégia que deve ser continuada pela gestão municipal. O resultado da média foi 4,41, com desvio padrão de 0,53, onde 55% concordam e 43% concordam totalmente, chegando ao índice de 98% de concordância de que o matriciamento entre a Rede de Saúde e de Educação é uma estratégia que deve ser continuada entre os serviços.

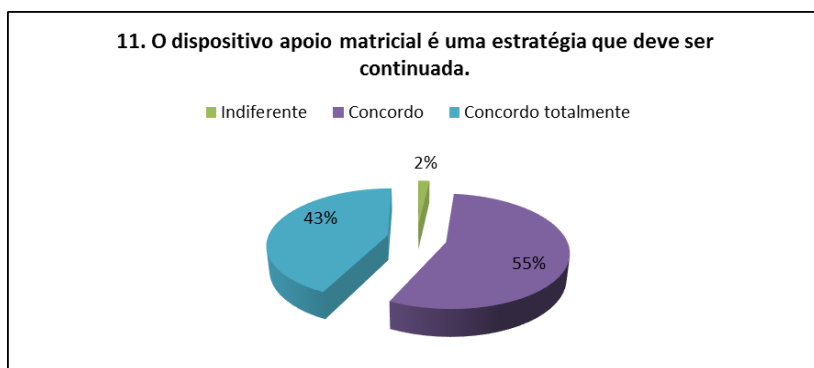


Figura (2). Avaliação dos profissionais envolvidos no apoio matricial quanto a sua continuidade (em porcentagem).

A 7ª questão foi a segunda melhor avaliada, ao buscar saber se o apoio matricial favoreceu um espaço interativo de troca de experiências entre saúde e educação. O resultado da média foi 4,23, desvio padrão 0,47, onde 75% concordam e 23% concordam totalmente, chegando ao índice de 98% de concordância de que o matriciamento favoreceu um espaço interativo de troca de experiências entre os profissionais das duas redes, viabilizando a efetividade de uma ação intersetorial.

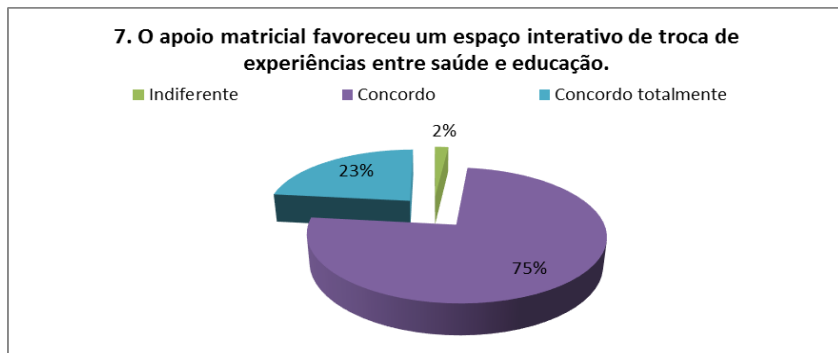


Figura (3). Avaliação dos profissionais envolvidos no apoio matricial sobre a ocorrência de um espaço interativo e de troca de experiências (em porcentagem).

A 6ª questão questiona se o apoio matricial favoreceu mudanças nas práticas cotidianas, tendo o resultado da média de 4,13, desvio padrão 0,47, onde 77% concordam e 20% concordam totalmente, chegando ao índice de 97% de concordância de que o matriciamento promoveu mudanças nas práticas educativas e de cuidado às crianças e adolescentes que estão na rede de educação e saúde.

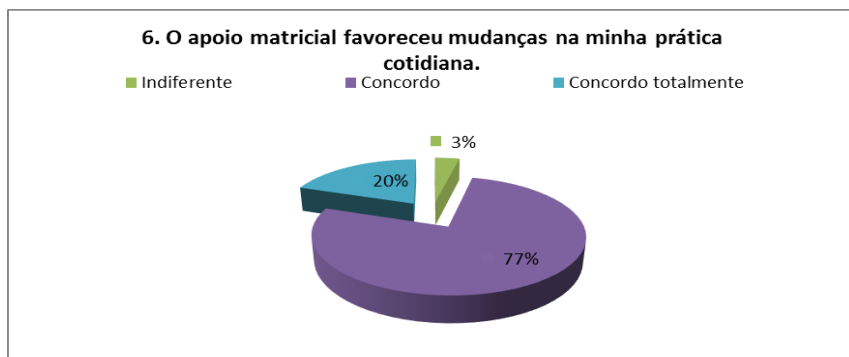


Figura (4) Avaliação dos profissionais envolvidos no apoio matricial acerca de mudanças na prática cotidiana (em porcentagem).

A 4ª questão, que obteve o menor escore do questionário, pergunta se o apoio matricial contribuiu para diminuir o uso excessivo de medicamentos psicotrópicos com crianças e adolescentes. O resultado da média foi 3,27, desvio padrão 0,73, onde 42% entenderam como indiferente 35% concordaram e 19% discordam. Alcançando um índice de 61% de indiferentes e/ou discordantes sobre a intervenção do matriciamento na diminuição do uso excessivo de medicamentos psicotrópicos.

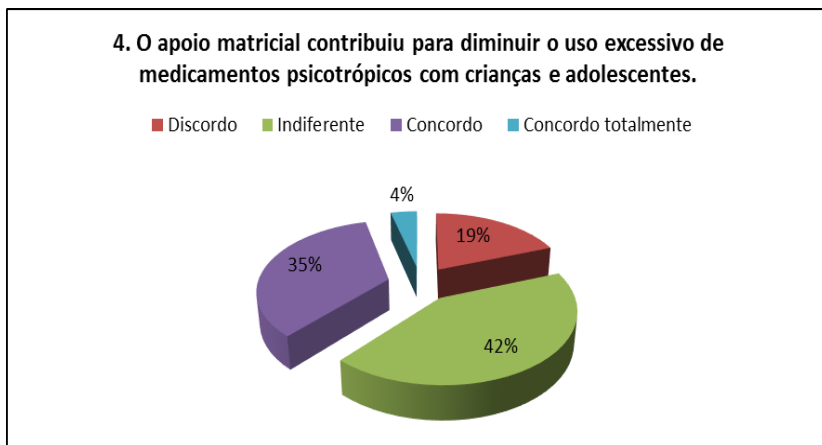


Figura (5). Avaliação dos profissionais envolvidos no apoio matricial sobre o uso de medicamentos psicotrópicos com crianças e adolescentes (em porcentagem).

O 2º item buscou identificar se houve mudanças nas ações em atenção psicossocial com crianças e adolescentes após a implantação do apoio matricial. O resultado da média foi 3,80, desvio padrão 0,55, onde 76% concordaram 6% concordaram totalmente, somando um índice de concordância 82%, embora tenha tido um nível significativo que considerou indiferente (16%).

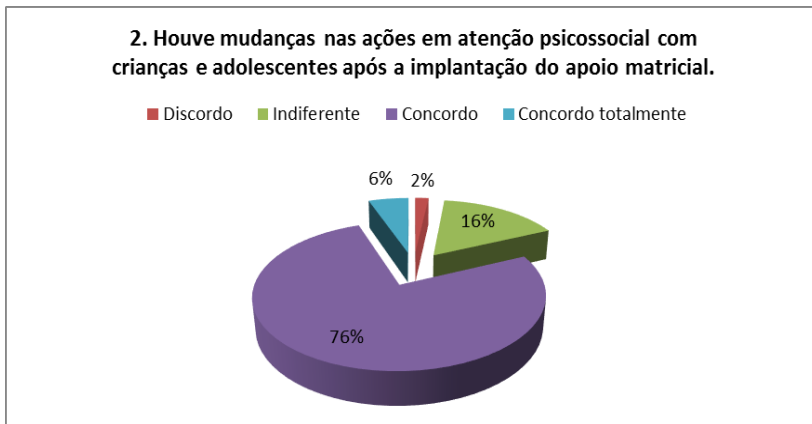


Figura (6). Avaliação dos profissionais envolvidos no apoio matricial quanto às mudanças nas ações em atenção psicossocial com crianças e adolescentes (em porcentagem).

A 10ª questão tinha como objetivo saber se a proposta do apoio matricial ampliou as relações intersetoriais para além dos encontros formais. Teve o resultado da média foi 3,80, desvio padrão 0,67, onde 70% concordaram 9% concordaram totalmente, mas 16% foi indiferente e 5% discordou, alcançando, assim, um índice de 79% de concordância e para 21% de indiferença ou discordância de que o matriciamento amplia as relações intersetoriais.

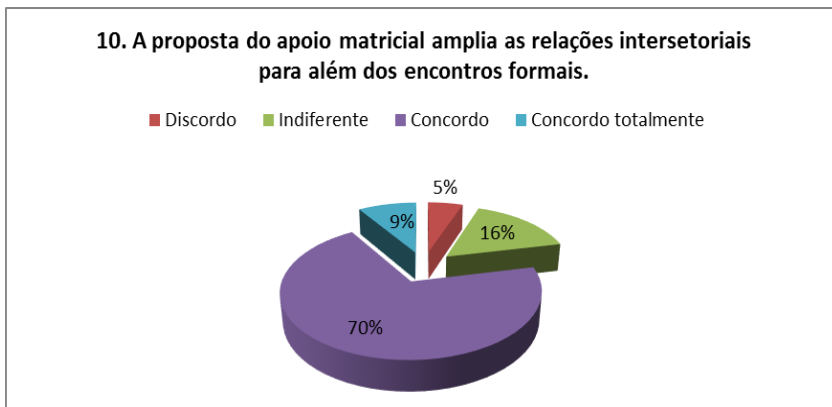


Figura (7). Avaliação dos profissionais envolvidos no apoio matricial quanto à ampliação das relações intersetoriais (em porcentagem).

Objetivando a qualificação das informações foi solicitado aos participantes descreverem até três aspectos positivos e três aspectos negativos identificados na implantação do apoio matricial entre saúde e educação.

6.2 DADOS QUALITATIVOS

6.2.1 Aspectos positivos e negativos do apoio matricial citados no questionário

A partir da descrição das questões abertas do questionário quantitativo, em que foi solicitado aos participantes citar até três aspectos positivos e três aspectos negativos identificados na implantação do apoio matricial entre saúde e educação, foi realizada uma categorização a partir de 138 palavras e frases positivas e 61 negativas, resultando em 09 categorias positivas e 09 categorias negativas, como se verifica nas tabelas 2 e 3 abaixo.

Tabela (2). Categorias dos aspectos positivos das questões abertas do questionário de avaliação do apoio matricial.

| CATEGORIAS DOS ASPECTOS POSITIVOS DO APOIO MATRICIAL | | n |
|---|--|----------|
| Qualificação dos encontros | | 54 |
| Promoção da intersetorialidade | | 24 |
| Melhoria Fluxos da Rede | | 13 |
| Mudança de postura dos profissionais | | 13 |
| Corresponsabilidade | | 10 |
| Capacitação | | 08 |
| Melhora do acesso | | 06 |
| Apoio à saúde do professor | | 05 |
| Continuidade da proposta | | 05 |

A maioria dos profissionais, (54) participantes elogiou a iniciativa do apoio matricial referindo que o encontro foi qualificado, pois foi participativo e forneceu subsídios teórico-técnicos para intervenção na atenção às crianças e adolescentes, como se pode ver nos

itens aglutinados sob esta categoria, como, por exemplo, “trouxe temas relevantes para o cotidiano da educação infantil”, “possibilitou grupos de reflexão”, “trouxe trocas de ideias para a resolução de problemas ou situações vivenciadas”, entre outras.

Houve avaliação positiva para 24 participantes, que descreveram que o apoio matricial possibilitou a promoção da intersetorialidade, aproximando os diversos setores como pode ser visto nos itens agrupados como, por exemplo, “promoveu a parceria do CAPS i e escola”, “ampliou as relações sociais favorecendo o atendimento às crianças”, “possibilitou a reflexão sobre o papel da escola e o que é o papel da saúde”, “promoveu o fortalecimento da rede de atendimento e a melhor comunicação”, entre outros.

Outro item que teve uma avaliação positiva elencada por 13 participantes foi referente às melhorias observadas no fluxo da rede, possibilitando melhor conhecimento do acesso aos serviços da saúde, como exemplifica os demais elementos a seguir, “melhorou o acesso das crianças ao atendimento relacionado à saúde”, “esclareceu a respeito do funcionamento do CAPS i”, “houve maior esclarecimento sobre os possíveis encaminhamentos que a escola pode fazer para a saúde”, “possibilitou o conhecimento sobre possíveis encaminhamentos a outros órgãos públicos”, “oportunizou, conhecer melhor o funcionamento das ESF e ambulatórios gerais”.

Outra categoria que teve avaliação semelhante a anterior por 13 participantes foi referente à mudança de postura dos profissionais, desde o olhar ampliado à criança e adolescentes, trouxe novos questionamentos, reflexões e possibilidades conforme alguns exemplos citados, por exemplo, “possibilitou de ver a criança de forma integral no âmbito da saúde e educação”, “conhecer as dificuldade e possibilidade de atendimento”, “estingou uma atenção mais completa através de discussões sobre possibilidades de melhorias na atenção e no manejo das crianças e adolescentes”, “estimulou um estudo dos casos de forma mais aprofundada e cautelosa antes de receitar ou encaminhar para o uso de medicamentos”, “oportunizou mudanças nas práticas pedagógicas”, e a “flexão sobre os aspectos do desenvolvimento das crianças”.

Tabela (3). Categorias dos aspectos negativos das questões abertas do questionário de avaliação do apoio matricial.

| CATEGORIAS DOS ASPECTOS NEGATIVOS DO APOIO MATRICIAL | |
|--|----------|
| | n |
| Dificuldade de melhorar as articulações em rede | 20 |
| Queixas acerca da qualificação dos encontros e do planejamento | 12 |
| Necessidade de ampliação aos demais profissionais da rede de saúde | 10 |
| Reclamação sobre morosidade do atendimento | 8 |
| Dificuldades com a devolutiva do encaminhamento. | 3 |
| Direcionar o apoio à condição de saúde mental dos próprios profissionais | 3 |
| Dificuldades no acesso territorial | 2 |
| Falta de profissionais da saúde | 2 |
| Melhorar as instalações e acesso das reuniões | 1 |

Diante da categorização dos aspectos considerados negativos, foi destacado por 20 participantes que ainda há dificuldades nas articulações entre as Redes de Ensino e Rede de Saúde, como por exemplo, “há poucas estratégias para melhorar o cotidiano”, “deveria ter mais cobrança das famílias, pois muitas iniciam o acompanhamento, mas não dão continuidade”, “falta comunicação entre profissionais da saúde com a escola”, “vagas limitadas para atendimentos da criança”, “além das reuniões do matriciamento, há pouco envolvimento dos profissionais”, “abordagem efetuadas no indivíduo e não no coletivo”, entre outras.

Outra categoria mencionada por 12 participantes foi a acerca da qualificação dos encontros e do planejamento com ênfase nos encontros dos anos anteriores alegando, que alguns encontros foram repetitivos, tratados de forma superficial e que alguns temas não eram de todo o interesse da educação, sendo conduzidos por profissionais pouco qualificados como, por exemplo, “algumas reuniões foram repetitivas”, “faltou planejamento em 2013, nos fez perder tempo e interesse”, “não ter definido um assunto a ser tratado com um especialista na área”, “falta de pessoal qualificado”, “temas trabalhados fora do contexto escolar”, “superficialidade”, entre outros.

Outra questão elencada por 10 participantes diz respeito à necessidade de ampliação do apoio matricial aos demais profissionais da Rede de Saúde e da Educação, permitindo além da participação dos coordenadores pedagógicos, que os professores de sala de aula pudessem participar, destacando também o desejo, que, o foco das discussões contemplasse à saúde dos profissionais, ampliando assim, o diálogo e as possibilidades para todos os envolvidos, como, exemplificado nas frases a seguir: “dificuldade de ampliar as discussões para todos os profissionais”, “só os coordenadores tem o conhecimento”, “deveria estender o atendimento aos profissionais da saúde da educação”, “os encontros deveriam se estender aos professores”, entre outros.

6.2.2 Resultados do Grupo Focal

Os dados analisados serão apresentados a partir de cada uma das questões aplicadas, a fim de facilitar a compreensão. Cada pergunta foi submetida à análise de conteúdo e dividida em categorias e subcategorias, organizados a partir da sequência de perguntas realizadas, conforme se vê na tabela 4.

Tabela (4). Apresentação das categorias e subcategorias qualitativas dos grupos focais referente à avaliação do apoio matricial.

| ASPECTOS QUALITATIVOS | QUESTÕES | CATEGORIAS |
|---|--|---|
| CATEGORIAS QUALITATIVAS DOS ASPECTOS POSITIVOS E NEGATIVOS DO APOIO MATRICIAL | 1. O que trouxe para sua prática cotidiana a implantação do apoio matricial entre a rede de atenção psicossocial e a rede de educação? | MUDANÇA DE POSTURA DOS PROFISSIONAIS. CATEGORIA COM AVALIAÇÃO POSITIVA <ul style="list-style-type: none"> ✓ Segurança na prática cotidiana ✓ Empoderamento dos profissionais. ✓ Maior iniciativa do professor |
| | | |

| | | |
|--|---|--|
| | <p>3. Ocorreram mudanças nas ações em atenção psicossocial após a implantação do apoio matricial?</p> | <p>PROMOÇÃO DA INTESETORIALIDADE CATEGORIA COM AVALIAÇÃO POSITIVA</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Fortalecimento do trabalho em rede. ✓ Fortalecimento e entendimento das ações intersetoriais. ✓ Fortalecimento da corresponsabilidade entre os serviços. <p>CATEGORIA COM AVALIAÇÃO NEGATIVA</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Falta de maior implicação dos multiplicadores. |
| | <p>4. Como se deu a relação entre saúde e educação, a partir do apoio matricial?</p> | <p>MELHORA DOS FLUXOS ENTRE OS SERVIÇOS. CATEGORIA COM AVALIAÇÃO POSITIVA</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Esclarecimento dos fluxos entre os serviços. ✓ Melhora do acesso aos serviços de saúde. ✓ Resgate das discussões multiprofissionais. ✓ Promoção da horizontalidade das relações entre os profissionais da saúde e educação. <p>CATEGORIA COM AVALIAÇÃO NEGATIVA</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Rotatividade de profissionais |

| | | |
|--|---|--|
| | | <p>ocasionando prejuízo à continuidade dos cuidados.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ainda há demora nas devolutivas. ✓ Falta de profissionais nas unidades de saúde. ✓ O modelo de avaliação “metódico”. |
| | <p>5. Como ocorreram na prática as questões da corresponsabilização pelos casos? Quais suas vantagens e desvantagens?</p> | <p>RESPONSABILIDADE COMPARTILHADA.</p> <p>CATEGORIA COM AVALIAÇÃO POSITIVA</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Persistência e responsabilidade compartilhada. ✓ Monitoramento dos encaminhamentos. ✓ Maior comprometimento dos profissionais. ✓ Fortalecimento da corresponsabilidade entre os serviços. ✓ Conhecimento das complexidades e limitações dos casos matriciados. <p>CATEGORIA COM AVALIAÇÃO NEGATIVA</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Resistência ao olhar ampliado na atenção psicossocial. ✓ Questões burocráticas reforçam antigas posturas a ex. do diagnóstico. |
| | | |

| | | |
|--|--|--|
| | <p>6. Você considera importante a continuidade do apoio matricial escolar?</p> <p>Caso afirmativo, quais os aspectos relevantes para planejar a sua continuidade?</p> <p>Caso negativo, quais as sugestões de mudança?</p> | <p>CONTINUIDADE DO APOIO MATRICIAL.</p> <p>CATEGORIA COM AVALIAÇÃO POSITIVA</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Importante à continuação. ✓ Modelo atual é mais participativo. ✓ Implicação da gestão. ✓ Permitiu a construção de algo positivo. ✓ Maior valorização do profissional. ✓ Redução da angústia e da ansiedade do professor. <p>CATEGORIA COM AVALIAÇÃO NEGATIVA</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ O apoio matricial deve ter maior implicação na atenção à saúde dos profissionais da educação. |
|--|--|--|

1- O que trouxe para sua prática cotidiana a implantação do apoio matricial entre a rede de atenção psicossocial e a rede de educação?

Diante da categorização dos dados identificou-se, que o matriciamento proporcionou a mudança de postura dos profissionais, a partir da segurança desenvolvida nas ações da prática cotidiana, visível pelas subcategorias descritas:

Sobre a melhoria da “segurança na prática cotidiana”, destaca-se a seguinte fala:

“Ganhei mais segurança quando encaminhar e para onde, agora a gente já sabe quais são os caminhos que agente deve percorrer encaminhamentos mais fluentes

que vão ser útil para aquelas famílias para aquela criança” (Profissional da educação).

Em relação à subcategoria “maior iniciativa do professor”, pode-se exemplificar com a afirmativa:

“a gente sabe que os conflitos acontecem é ali no grupo, por isso temos que trabalhar bem afinado, esse trabalho em rede, que todos possam ver essa criança no seu global e não ela só fragmentada, por isso eu acho importante agente estar debatendo, estar discutindo, a gente estar estreitando os laços para gente poder ajudar nosso aluno” (Profissional da educação).

No que diz respeito ao “empoderamento dos profissionais”, pode-se destacar a seguinte reflexão:

“antes tinha sempre a dúvida, e agora, eu faço o encaminhamento? Eu fico com isso aqui centrado na escola? O que eu faço? E agora com o matriciamento parece que “abre a nossa cabeça” e isso o fez comigo, agora tenho mais segurança nos encaminhamentos adotados” (Profissional da educação).

2- Ocorreram mudanças nas concepções dos profissionais envolvidos sobre atenção psicossocial, transtornos, desenvolvimento psicossocial? Trouxe desdobramentos para os serviços?

A partir da categorização dos dados, se ocorreram mudanças nas concepções dos profissionais identificaram-se novas posições e posturas desenvolvidas a partir da criação e um espaço de trocas de conhecimento.

Quanto à criação de “espaço de educação continuada” podemos observar através da seguinte fala:

“o matriciamento fez com que a gente busque mais o conhecimento, a aproximação facilitou as trocas de experiências, incentivando que estudemos mais, pesquisemos mais, oportunizando um espaço para discussão dos casos em comum” (Profissional da saúde).

No que diz respeito à “qualificação dos encaminhamentos”, destaca-se:

“ajudou bastante o coordenador, agora a gente já sabe quais são os caminhos que agente deve percorrer, se é

área da saúde a gente encaminha para o posto, se a área é social a gente encaminha para atendimento no CRAS, os encaminhamentos são mais fluentes e que vão ser útil para aquelas famílias para aquela criança” (Profissional da educação).

“a gente tem um cuidado para encaminhar, tem que ter todo esse olhar, a gente sabe que as medicações têm seus efeitos colaterais, então a gente tem que ter todo este cuidado na hora de fazer o encaminhamento, mas eu acho que a gente está mais atenta para isso” (Profissional da educação).

Em relação à subcategoria “diminuição dos estigmas em relação às crianças e adolescentes” relata-se a seguinte fala:

“em anos anteriores aquela criança ficava lá estigmatizada, eram problemas de comportamento, os pais eram chamados direto, mas não se fazia muita coisa, não se tratava tão bem como hoje, o aluno mais tarde ia cair numa marginalização, ficava estigmatizada e sem tratamento por não ter tido esse olhar” (profissional da educação).

Acerca da subcategoria “reconhecimento do apoio matricial ampliado à complexa prática cotidiana dos profissionais.”, pode-se exemplificar:

“a criança é estigmatizada é rotulada, ela sofre e todo o grupo também, ao mesmo tempo o professor às vezes não consegue trabalhar com os outros em detrimento de tantos problemas que aquela criança causa, não só para ela mesma, mas para todo o grupo, é choro é agressividade é quebrar coisa né, agente está lá e, às vezes é difícil das pessoas entender o que agente sente lá na escola” (profissional da educação).

“a presença dos profissionais da saúde mental na escola acalma um pouco a ansiedade do professor, no matriciamento agente vê que eles têm uma angústia muito grande, que acaba pedindo incansavelmente por algo para a saúde deles também, o matriciamento colabora para diminuição da ansiedade” (profissional da saúde).

Sobre a “construção de um olhar da integralidade do sujeito”, pode-se exemplificar com a afirmativa:

“esse trabalho em rede possibilita que todos possam ver essa criança no seu global e não fragmentada, aqui no CAPS i, no serviço social, na família ou na escola, a criança é um todo, ela age dentro do seu grupo, então por isso eu acho importante agente estar debatendo, estar discutindo, estreitando os laços para ajudarmos nosso aluno” (profissional da saúde).

3- Ocorreram mudanças nas ações em atenção psicossocial após a implantação do apoio matricial?

Diante desta questão, se ocorreram mudanças nas ações após a implantação do apoio matricial, destacam-se aspectos positivos e negativos.

Em relação à subcategoria “fortalecimento do trabalho em rede”, destaca-se os relatos a seguir:

“essa mudança, ela se da primeira na questão intersetorial, a gente começar trabalhar juntos” (profissional da saúde).

“totalmente, hoje eu faço meu trabalho com mais segurança, dúvidas que eu tenho eu costumo ligar para os lugares ó oque que eu faço, encaminho, não encaminho, tento conversar com a família, registro, com certeza as ações mudaram muito” (profissional da educação).

A subcategoria “fortalecimento e entendimento das ações intersetoriais”, exemplifica-se com as afirmativas:

“o CAPS não é isolado, não trabalha sozinho, e isso é impossível, portanto as ações intersetoriais são fundamentais, a gente se sente mais segura, ao mesmo tempo, tem mais respaldo, estamos fazendo este trabalho realmente, bem como tem que ser feito” (profissional da educação).

“isto fortalece as ações, pois não fica nem pesado para um setor nem para o outro, agente sabe que pode contar com o apoio da escola a escola pode contar com o nosso apoio, com a ESF, o trabalho fica mais fortalecido” (profissional da saúde).

Em relação à subcategoria “fortalecimento da corresponsabilidade entre os serviços”, destaca-se as seguintes falas:

“eu vejo como uma corresponsabilidade de todos agora, eu acho que esta começando se amarrar mais” (Profissional da saúde).

“ligamos para o posto de saúde pra ver se a família realmente foi lá, é um trabalho coletivo eu vejo assim essa reponsabilidade, agora, estou sentindo que a gente esta ficando mais amarrando, talvez a gente chegue aonde à gente que chegar num trabalho de rede” (profissional da educação).

A respeito da subcategoria “falta de maior implicação dos multiplicadores”, pode-se exemplificar pelos seguintes comentários:

“o que a gente percebe é que algumas unidades já tem um processo de discussão deles, sobre o que se discutiu no apoio matricial, isto enriquece mais; já em outras unidades acabam em função do tempo ou de não conseguirem se organizar, não levam estas discussões para dentro das escolas” (profissional da saúde).

“a gente abrange apenas as direções e as coordenações, não quem está diretamente lidando com as crianças e adolescentes” (profissionais da saúde).

4- Como se deu a relação entre saúde e educação, a partir do apoio matricial?

A aproximação da relação entre estes os setores da educação e da saúde a partir do apoio matricial foi bastante destacada pelos participantes dos grupos focais, como se nota nas falas abaixo:

“a relação mudou sim, antes as enfermeiras chefes, elas que coordenam as situações dentro dos postos, eram mais restritas, não dá, vai demorar, mas hoje, elas já buscam uma nova solução” (profissional da educação).

“hoje nós compreendemos melhor a educação e eles compreenderem melhor a nós, às vezes a gente trabalha num grupo com oito adolescentes no CAPS i e fica muito difícil coordená-los e estes mesmos adolescentes estão na escola em uma turma de trinta alunos” (profissional da saúde).

A partir da categorização dos elementos de análise dessa pergunta norteadora podemos identificar as seguintes subcategorias a seguir.

A respeito da subcategoria “esclarecimento dos fluxos entre os serviços”, destaca-se a seguinte fala:

“a partir do matriciamento nós conseguimos delimitar o fluxo, qual é o perfil de encaminhamento ao CAPS i, em fim com o apoio isso ficou muito claro, inclusive as percepções deles das questões de saúde da criança, da saúde mental da criança que também melhorou a partir do matriciamento” (profissional da saúde).

Em relação à subcategoria “melhora do acesso aos serviços de saúde” identifica-se a seguir:

“o acesso já não é tão enrolado, a gente consegue com mais rapidez resolver as situações” (Profissional da educação).

“eu acho que qualificou a demanda, os encaminhamentos, pois a nossa preocupação sempre foi que as escolas demandavam situações que a gente como CAPS i não daria conta, encaminhamento que tangem aprendizagem, questões sociais que o CAPS i poderia auxiliar, mas que teriam outras formas de encaminhamentos que também seriam resolutivas” (profissional da saúde).

“a relação que se criou é da responsabilidade compartilhada que sai da lógica que eu referencio para ti e tu fazes alguma coisa, essa ação da responsabilidade compartilhada é que é o fundamental” (profissional da saúde).

No que se refere à subcategoria “resgate das discussões multiprofissionais”, destaca-se as seguintes reflexões:

“às vezes eu critico, já tenho 30 anos na educação, sou da época da saúde escolar que funcionava bem e depois se perdeu, ficou um tempo sem a gente saber para onde encaminhar, depois com essas reuniões, com esse matriciamento isso voltou eu acho legal, acho interessante” (profissional da educação).

Sobre a subcategoria “promoção da horizontalidade das relações entre os profissionais da saúde e educação” cita-se as seguintes falas:

“O apoio matricial coloca todas as pessoas, todos os serviços num ponto de igualdade, ninguém sabe mais ou menos, nem nós do CAPS i sabemos ou somos os donos do poder e nem eles, então acho que nos coloca em nível de trabalharmos as

expectativas e críticas de cada um que é fundamental” (profissional da saúde).

“estreitou mais as relações, antes ficava uma postura mais verticalizada e agora mais horizontalizada e o papel das secretárias que nos acompanham nos encontros também é bem positiva acho que têm uma boa percepção do nosso trabalho, acho que a gente esta falando a mesma língua” (profissional da educação).

No que se refere a “rotatividade de profissionais ocasionando prejuízo à continuidade dos cuidados”, conforme se exemplifica:

“acredito que, a falha que ainda esta acontecendo, e que fazem com que os encaminhamentos demorem muito para serem respondidos, é devido à falta de mais profissionais na área da saúde” (profissional da educação).

No que diz respeito à subcategoria “ainda há demora nas devolutivas”, destaca-se o seguinte comentário:

“sempre procuro ligar para o posto de saúde mais dizem que vai demorar o atendimento, podes encaminhar, mas vai demorar, eu reforço o que a colega falou, a falta de profissionais na área da saúde aumenta a demora nas devolutivas” (profissional da educação).

Sobre a subcategoria “falta de profissionais nas unidades de saúde”, pode-se exemplificar com a afirmativa:

“a gente detecta o problema, mas devido à falta de profissionais na área da saúde a criança é penalizada” (profissional da educação).

Para a subcategoria “o modelo de avaliação metódico”, pode-se exemplificar com a afirmativa:

“A educação é um pouco complicada assim porque eles “só têm uma forma de avaliar a princípio”, então quando a gente vê que a criança tem um a certa dificuldade sugere uma forma diferenciada, então assim existem resistências ainda, quando se sugere uma avaliação oral” (profissional da saúde).

5- Como ocorreu na prática à questão da corresponsabilização pelos casos? Quais suas vantagens e desvantagens?

Um dos pilares do apoio matricial tem como propósito a corresponsabilização das demandas através do envolvimento dos diversos setores, conforme, pode-se observar através da apresentação das subcategorias.

Em relação à subcategoria “persistência e responsabilidade compartilhada”, destacam-se a seguintes falas:

“vamos junto, vamos ver o que da para fazer neste caso, de sentar junto, não de passar a bola, a gente acaba dividindo a responsabilidade, as ações são pensadas em conjunto, o que a escola pode fazer, o que o CAPS i pode fazer para contribuir” (profissional da saúde).

“a gente precisa fazer um trabalho forte e apoiar, fazer com que as pessoas que vão atender uma criança especial, que tenha pulso, que não pode desistir, tem que ter coragem” (profissional da educação).

A cerca do “monitoramento dos encaminhamentos”, pode-se destacar:

“a gente cobra que vá ao posto de saúde, que a família tome responsabilidade sobre essa criança, a gente vai atrás, tem casos que vai para o conselho tutelar” (profissional da educação).

“eu tenho um caso assim que eu dei dinheiro pra essa família ir até o CRAS porque não tinha nem o dinheiro para o passe, a gente tá ajudando, a gente tá colaborando, a gente tá mostrando a nossa responsabilidade sobre a aquela criança que queremos a mudança da situação” (profissional da educação).

A respeito da subcategoria “maior comprometimento dos profissionais”, pode-se citar as seguintes reflexões:

“ele (aluno) esta mais com o olhar do cuidado por que antes era só um problema” (profissional da educação).

“a gente está assessorando melhor esta criança para que ela tenha o direito de apreender garantido e que possa fazer parte da sociedade, porque antes a criança que tinha um problema ela era estigmatizada, era colocada de lado e ninguém cuidava dela e agora não, agora com essa compreensão que agente tem, que agente tem que buscar por eles, garantir os direitos para

que eles tenham uma socialização melhor, eu acho que ampliou bem a possibilidade de se tornarem um cidadão” (profissional da educação).

A partir da subcategoria “fortalecimento da corresponsabilidade entre os serviços”, destaca-se as seguintes falas:

“a relação que se criou é da responsabilidade compartilhada, e isto compromete a todos, eu já passei por situações que a estratégia foi definida, em uma mesma reunião, junto com a família, a escola, o CAPS i e o Conselho Tutelar” (profissional da saúde).

“ações são pensadas em conjunto, o que a escola pode fazer, o que o CAPS i pode fazer pra contribuir” (profissional da educação).

A subcategoria “conhecimento das complexidades e limitações dos casos matriciados”, exemplifica-se com a afirmativa:

“o profissional que participa do apoio matricial começa dentro do CAPS i ter uma visão diferenciada que muitas vezes tem uma expectativa que nos aqui é que temos que dar conta de tudo e nós não temos que dar conta deste todo à medida que todos se envolvem nas ações, a gente passa perceber melhor o nosso papel, quais são os nossos limites dentro disso e quais são as pessoas que fazem parte da vida destas crianças, deste adolescente, dessa família, que é fundamental nesta relação” (profissional da saúde).

No que se refere à subcategoria “resistência ao olhar ampliado na atenção psicossocial”, destaca-se a seguinte reflexão:

“é bastante presente que os professores estejam interessados em ter mais conhecimento só que ai a gente barra na questão do diagnóstico porque eles querem saber o diagnóstico” (profissional da saúde).

Sobre a subcategoria “questões burocráticas reforçam antigas posturas, a exemplo do diagnóstico”, descreve-se:

“a gente passou por situações onde o professor falou essas medicações não tão tendo efeito, tem que aumentar a dosagem, trocar, não concordo com o diagnóstico, agente sabe que na

infância o diagnóstico não é assim facilmente definido e a escola esta muito presa” (profissional da saúde).

“eu vejo que já é um avanço da educação eles aceitarem participar do matriciamento, assim, abrirem um pouquinho a casa deles, falar da vida deles, falar sobre os filhos deles, falar dos alunos e, que a escola não anda bem, acho que é um avanço” (profissional da saúde).

6- Você considera importante a continuidade do apoio matricial escolar?

a) Caso afirmativo, quais os aspectos relevantes para planejar a sua continuidade?

b) Caso negativo, quais as sugestões de mudança?

Nesta questão buscou-se identificar junto aos participantes sobre a importância da continuidade do apoio matricial e demais comentários a respeito deste dispositivo, conforme se exemplifica abaixo.

A respeito da subcategoria “importante à continuação” destacam-se os seguintes comentários:

“com certeza continuar, a gente tem que trabalhar na expectativa que essas ações tenham continuidade e não sejam pontuais” (profissional da educação).

“importante à continuação, a gente vê que o matriciamento trabalha essa proximidade com a ESF, a saúde com a escola, que muitas vezes eles estão de um lado, mas sem interação de todos os agentes” (profissional da saúde).

Sobre a subcategoria “modelo atual é mais participativo”, identifica-se os seguintes comentários:

“esse ano estava bem legal, muito importante porque a gente que escolhe os temas e o grupo responsável pelo apoio tem tempo para trazer o material e iniciar as discussões, está mais interessante” (profissional da educação).

“com a escolha de temas melhorou muito a gente tem amplitude, é mais participativo e o estudo de caso não deixa de aparecer (todas concordaram), porque quando tu abordas o tema você acaba contando uma experiência que alguém vai te ajudar”.

A subcategoria “implicação da gestão” visualiza-se através da seguinte fala:

“aos gestores fica a sugestão de implicar-se em manter o estímulo, ampliação e apoio à manutenção do apoio matricial” (profissional da saúde).

“acho que nós temos que estreitar mais os laços, que este matriciamento fosse amplo, ou seja, com a saúde, educação, assistente social, a gente conseguiria que tivesse uma percepção de toda uma rede que acompanha aquela criança” (Profissional da saúde).

A respeito da subcategoria “permitiu a construção de algo positivo” cita-se:

“fica aquela sensação, eu fiz algo (houve a concordância do grupo), a família também fez algo, cada um fez a sua parte” (profissional da educação).

Sobre a subcategoria “maior valorização do profissional”, pode-se exemplificar com as afirmativas:

“no apoio matricial eu vejo como é importante não só o olhar para a criança, mas para quem esta cuidando da criança, a gente tem que cuidar da saúde mental do adulto que está lá dentro do espaço educacional a gente precisa de um contexto que a gente possa dar segurança para este profissional” (profissional da saúde).

“no caso de uma professora e ainda gestante, estava a ponto de desistir, então tivemos que fazer várias mudanças, no horário de leitura, horário de educação física, então isso já deu uma melhorada, então a gente teve que ver a saúde dela, senão ela não chegaria nem na metade do ano do jeito que estava” (profissional da educação).

Em relação à subcategoria “redução da angústia e da ansiedade do professor”, destaca-se as seguintes falas:

“eu acho bem importante o apoio matricial continuar, um dos aspectos relevantes, é escutar este professor, eles também estão precisando ser ouvidos” (profissional da saúde).

“a presença dos profissionais da saúde mental na escola acalma um pouco a ansiedade do” (profissional da saúde).

A respeito da subcategoria “o apoio matricial deve ter maior implicação na atenção à saúde dos profissionais da educação” relata-se através dos seguintes relatos:

“a gente tem que cuidar da saúde mental do adulto que está lá dentro do espaço educacional a gente precisa de um contexto que a gente possa dar segurança para este profissional, muitos fazem uso de medicação, muitos têm depressão e eles precisam desse apoio, de uma garantia e eles vem pedir socorro para o coordenador então eu vejo que é bem importante a gente apoiar-los, na situação que eles estão e poder garantir a permanência deles no trabalho porque os afastamentos são constantes” (profissional da educação).

“eu acho que um dos aspectos relevantes ai, é escutar este professor, eu acho que nestes anos, eu tive a certeza dessa angústia e que eles também estão precisando ser ouvidos, se tu conseguires ouvir eles, eles vão se permitir abrir mais as situações, as dificuldades, acho que é bem válido” (profissional da saúde).

7. DISCUSSÃO

O campo da saúde mental tem sofrido profundas e importantes transformações no sentido de implantar um novo modelo de atenção às pessoas em sofrimento psíquico, diferenciando-se do modelo asilar, hospitalocêntrico, sustentado na perspectiva biomédica, cujo foco era a “doença” e sua medicalização. Para êxito do novo paradigma as políticas públicas têm desenvolvido programas, ações e serviços territorializados, voltados para a atenção integral às pessoas e à promoção da saúde, primando por novas ideias, experiências e iniciativas. Um dos dispositivos do novo modelo é o apoio matricial, que se baseia na interlocução de vários atores, vários setores, sustentado num modo diferente de entender e fazer saúde, onde as relações se dão pela lógica da horizontalidade e da troca de saberes entre profissionais, buscando a corresponsabilização e produção de conhecimento compartilhado entre diferentes serviços.

Mediante o problema de pesquisa buscou-se identificar quais foram os desdobramentos sobre a prática de atenção às crianças e adolescentes de um município de médio porte de Santa Catarina a partir da implantação do apoio matricial entre o CAPS i e a Rede Escolar municipal.

A triangulação de métodos exige a combinação de diferentes estratégias de pesquisa capazes de abordar tanto os requisitos do método qualitativo, ao avaliar a representatividade e a diversidade de posições e seus significados dos diferentes grupos de sujeitos que formam o universo da pesquisa, quanto, às aspirações do método quantitativo, ao propiciar aspectos mensuráveis da amplitude e eficiência de programa em estudo (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005).

Para se obter medidas sobre as atitudes ou opiniões dos participantes do processo em estudo, as discussões ocorreram a partir dos itens positivos e negativos que tiveram maior destaque, utilizando-se da triangulação de métodos, a partir dos referenciais teóricos.

Para tanto, nessa pesquisa identificou-se que a avaliação dos profissionais envolvidos no apoio matricial foi positiva para este fenômeno em estudo, tanto em dados qualitativos como quantitativos. Na parte quantitativa a média geral dos itens foi 3,93, com desvio padrão de 0,53, indicando uma avaliação muito próximo do concordo

que é o item 4, assim como na maioria dos demais itens avaliados as pessoas concordaram que o apoio matricial possibilitou novos desdobramentos sobre a prática de atenção às crianças e adolescentes.

Portanto, o apoio matricial demonstrou ser um dispositivo efetivo neste processo de transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. Segundo Massaroli e Saupe (2008), a Educação Permanente permite a atualização cotidiana das práticas, seguindo os novos aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, contribuindo para a construção de relações e processos que emergem do interior das equipes e incluem as práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais.

Espaço de Qualificação Permanente

Uma das questões elencadas nos aspectos positivos mais bem avaliada pelos profissionais envolvidos no apoio matricial foi à criação de um espaço de educação permanente, que proporcionou a qualificação dos envolvidos através dos encontros. Para a maioria dos profissionais participantes elogiaram a iniciativa do apoio matricial referindo que os encontros foram qualificados, participativos e forneceu subsídios teórico-técnicos para intervenção práticas na atenção às crianças e adolescentes.

Educação Permanente em Saúde vem para aprimorar o método educacional em saúde, tendo o processo de trabalho como seu objeto de transformação, com o intuito de melhorar a qualidade dos serviços, visando alcançar equidade no cuidado, tornando-os mais qualificados para o atendimento das necessidades da população. Com este intuito, a Educação Permanente parte da reflexão sobre a realidade do serviço e das necessidades existentes, para então formular estratégias que ajudem a solucionar estes problemas. Ainda nesta perspectiva a Educação Permanente é considerada como a educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho nos diferentes serviços cuja finalidade é melhorar a saúde da população (MASSAROLI & SAUPE, 2008).

Este espaço de educação permanente e de trocas desenvolvidos entre os profissionais da saúde e da educação a partir do apoio matricial, por sua vez interferiu diretamente nas relações entre profissionais e serviços, mediante este novo olhar ampliado, da complementariedade das ações e dos serviços. Por sua vez, avaliou-se que este dispositivo permitiu um espaço de aprendizagem e de trocas, estimulando um olhar ampliado dos profissionais, a diminuição dos estigmas em relação às crianças e adolescentes e auxiliou também na qualificação das ações e dos encaminhamentos.

Para Campos e Domitti (2007), o apoio matricial procura estabelecer um espaço para comunicação ativa e para a troca de conhecimento entre os profissionais da rede de saúde ou de educação e os apoiadores advindos de equipes especializadas em saúde mental. Visa efetivar a clínica ampliada, pautada na integração dialógica entre distintas especialidades e profissões.

Outro aspecto que reforça positivamente este espaço de trocas e de educação continuada ocorreu pelo reconhecimento pelos participantes que o apoio desenvolve uma função estratégica à saúde do professor, já que as discussões intersetoriais auxiliam na reflexão e suporte para as suas complexas práticas cotidianas, interferindo diretamente na saúde destes.

Segundo Chiaverini (2011), matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, ao criar uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica, que pressupõe quatro aspectos básicos: trabalho em equipe e a noção de referência; compromisso de desmedicalizar a vida, promoção de conhecimento; empoderamento das pessoas, considerando os sujeitos nos seus contextos, na sua família e na sua comunidade.

Intersetorialidade

Para os profissionais envolvidos no apoio matricial, houve avaliação positiva que o mesmo possibilitou a promoção da intersetorialidade, aproximando os diversos setores envolvidos, neste caso, o CAPS i e a escola. Através das discussões intersetoriais houve o fortalecimento da rede de cuidados, melhorando a comunicação entre estes profissionais. Portanto, percebe-se que a proposta do apoio matricial desenvolvida entre a Rede de Educação e a Rede de Saúde

aproximou os profissionais, interferiu positivamente nas relações, na consolidação de ações conjuntas, promoveu discussões entre as diferentes disciplinas, enfatizando a importância das ações intersetoriais e da corresponsabilidade entre profissionais dos diversos setores.

O desenvolvimento das ações e serviços de atenção psicossocial, seguindo os princípios da intersetorialidade, segundo Amarante (2007), deve procurar desenvolver ao máximo suas habilidades em atuar no território, que não se reduz ao espaço geográfico. O serviço deve ser considerado tanto mais de base territorial, quanto mais capaz estiver de desenvolver relações com os vários recursos existentes no âmbito de sua comunidade, ao articular os recursos existentes no campo da saúde mental (RAPS) e da atenção básica (ESF, Agentes Comunitários de Saúde). Ganha, com isso, inserção no sistema de saúde em geral, articulando-se em rede.

Na pesquisa constatou-se o que Chiaverini (2011) afirma, de que o apoio matricial constitui-se numa ferramenta de transformação, não só do processo de saúde e doença, mas de toda a realidade dessas equipes e comunidades. Possibilita a discussão para uma ação interdisciplinar, facilita a comunicação e articulação com a rede de saúde, favorece ações intersetoriais, fortalece iniciativas de trabalho articulado com a comunidade, avalia os processos de trabalho da equipe técnica, oportunizando as intervenções humanizadas aos usuários da saúde mental, reconhecendo as diversas complexidades.

O conceito ampliado de saúde e o reconhecimento de uma complexa rede de condicionantes e determinantes sociais da saúde e da qualidade de vida exigem dos profissionais e equipes um trabalho articulado com redes/instituições que estão fora do seu próprio setor. A intersetorialidade é essa articulação entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, a fim de abordar um tema ou situação em conjunto. Essa forma de trabalhar, governar e construir políticas públicas favorece a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população (BRASIL, 2009, p. 18).

Fluxo entre a Rede de Saúde e a Rede de Educação

Outro item que teve avaliação positiva pelos profissionais envolvidos no apoio matricial foi referente às melhorias observadas no fluxo da rede, que possibilitaram melhor conhecimento do acesso aos serviços de saúde. Através das discussões, observou que houve maior esclarecimento dos fluxos entre os serviços, sendo considerado que o acesso às unidades de saúde foi facilitado, por sua vez fortalecendo o trabalho intersetorial e em rede.

A pesquisa veio a reforçar a importância das redes, que são novas formas de organização social que ganharam força, a partir dos anos 1990, baseadas na cooperação entre unidades dotadas de autonomia. É um sistema organizativo que busca, deliberadamente, no plano de sua institucionalidade, aprofundar e estabelecer padrões estáveis de inter-relações. “Diferentes conceitos coincidem em elementos comuns das redes: relações relativamente estáveis, autonomia, inexistência de hierarquia, compartilhamento de objetivos comuns, cooperação, confiança, interdependência e intercâmbio constante e duradouro de recursos” (MENDES, 2011, pag. 78, 79).

Houve também, o entendimento que através das discussões realizadas a partir do apoio matricial, ocorreu à aproximação das relações entre os profissionais da saúde e educação, resgatou as discussões multiprofissionais numa postura horizontalizada e humanizada, onde os profissionais se colocaram disponíveis as ações conjuntas e trocas de experiências, reconhecendo o quanto é complexo estes setores.

Mudança de postura dos profissionais

Para os profissionais envolvidos no apoio matricial, outra questão que teve avaliação bastante positiva refere-se à mudança de postura dos profissionais, pois, houve maior empoderamento dos mesmos, refletindo numa mudança de postura e maior segurança no desenvolvimento das atividades cotidianas, o que permitiu aos professores desenvolverem suas ações com mais iniciativa permeada por um novo espaço de discussão e de trocas de conhecimento. A partir desta percepção, surge como característica a corresponsabilidade entre profissionais, objetivando ações mais efetivas, tendo maior iniciativa do

professor, melhor conhecimento dos fluxos e acessos, valorizando o profissional educador, diminuindo por sua vez a ansiedade e a angústia do profissional da educação.

As intervenções em saúde mental devem promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida, orientando-se pela produção de vida e de saúde e não se restringindo à cura de doenças. Isso significa acreditar que a vida pode ter várias formas de ser percebida, experimentada e vivida. Para tanto, é necessário olhar o sujeito em suas múltiplas dimensões, com seus desejos, anseios, valores e escolhas (BRASIL, 2013).

Segundo Figueiredo (2005), com essa nova estruturação, as especificidades (saúde mental, coletiva, reabilitação física) ocupam um lugar de apoio, junto às equipes de referência, numa perspectiva de ampliar a sua clínica, realizar projetos terapêuticos, de forma a facilitar a vinculação e responsabilização, desconstruindo a lógica dos encaminhamentos desnecessários.

A partir deste contexto observa-se que o apoio matricial possibilitou a construção de um olhar integral às crianças e adolescentes, fortaleceu o trabalho em rede, estabeleceu um espaço de discussão intersetorial, estimulou o estudo de caso de forma mais aprofundada e cautelosa antes de receitar ou encaminhar para o uso de medicamentos, oportunizou mudanças nas práticas pedagógicas e maior iniciativa dos professores.

Portanto, a partir das discussões pode-se destacar que houve entendimento que o aluno perpassa por espaços em comum e que os profissionais tem papel importante na saúde e na educação destas crianças e adolescentes, como consequência desta aproximação, houve melhor entendimento do contexto em que este aluno esta inserido, permitindo a diminuição dos estigmas em relação às crianças e adolescentes.

Particularmente com crianças e adolescentes, é comum que diferentes instituições e setores públicos estejam envolvidos na sua história, a começar pela família. Dessa forma, a intersetorialidade é um princípio ainda mais importante do trabalho em saúde mental com essas

crianças e jovens, e deve orientar parcerias permanentes com todos os implicados, especialmente com a educação, a assistência social, a justiça e os direitos – setores historicamente relevantes na assistência às crianças e aos adolescentes brasileiras (BRASIL, 2013).

Segundo Mello, Mello, Kohn & Cols. (2007), no Brasil, uma grande parte da população de crianças e adolescentes vive em condições adversas e expostos a situações de estresse, que lhes coloca numa situação de vulnerabilidade psicossocial, exigindo novas aptidões do profissional da educação.

Ainda como reforço desta construção, há o reconhecimento dos profissionais da educação que o apoio matricial interfere diretamente em suas práticas cotidianas, onde expressam o desejo que o apoio matricial estenda-se para abordar os problemas relacionados à saúde dos professores, sob a justificativa do entendimento que o olhar ampliado, intersetorial, traz menos desgaste, menos sofrimento, proporcionando a redução da angústia e da ansiedade do professor.

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

Corresponsabilidade

Outra questão positiva na avaliação dos profissionais envolvidos no apoio matricial reporta-se a responsabilidade compartilhada, onde as ações passam a ser monitoradas, acompanhadas, desenvolvendo uma tenacidade pelos casos, fugindo da lógica dos encaminhamentos, reconhecendo as complexidades e limitações de cada setor, desta forma fortalecendo a corresponsabilização entre os serviços.

Segundo Chiaverini (2011), um dos dispositivos capazes auxiliar o desenvolvimento da intersectorialidade é o matriciamento, pois promove a discussão de duas ou mais equipes de diferentes setores, traçando juntos uns projetos que vislumbra novas possibilidades de atenção ao sujeito, através da contextualização do indivíduo, seus hábitos, sua família, sua comunidade, sua rede de apoio social e/ou pessoal, o contexto cultural e político em que está inserido. Essa rede de saberes gera a primeira possibilidade de rede, que vincula que responsabiliza.

A corresponsabilização pelos casos pode ser identificada a partir de uma nova postura dos profissionais, que passaram a monitorar os encaminhamentos nos diversos pontos da rede, do reconhecimento das complexidades e limitações dos profissionais e dos serviços, do envolvimento da escola como um todo, tendo o olhar ampliado, humanizado, sem estigmas, que por sua vez enriquece e valoriza as experiências, possibilitando aos envolvidos a sensação de dever cumprido, de terem feito algo positivo e construtivo.

Segundo Morin (2000), rede é sempre algo que une que entrelaça que vincula; trabalhar em rede é tecer possibilidades, oportunidades numa crescente corrente de corresponsabilidade. Pensar em rede intersectorial, é nos depararmos com uma organização mais dilatada, em que outras instituições, públicas ou não, entram no projeto terapêutico do indivíduo dentro de um conceito mais amplo de saúde.

Continuidade do apoio matricial

A relação entre os dados da pesquisa quantitativa e qualitativa evidencia expressivamente o desejo da continuidade do apoio matricial para os profissionais envolvidos, pois este dispositivo possibilita o entendimento, fortalecimento e o envolvimento dos profissionais da educação, da atenção básica, do CAPS i, Conselho Tutelar, usuário, familiares e demais setores convocados para participar da singularidade dos aspectos que permeiam a saúde das crianças e/ou adolescentes.

O trabalho cotidiano no CAPS i evidencia a complexidade da saúde mental infanto-juvenil e exige a participação das famílias e de outros atores sociais, a exemplo dos professores, visto que é necessária a articulação com outras formas de assistência à saúde que envolve,

além da escola, as atividades de esporte, lazer e a cultura, bem como as instâncias jurídico-legais para garantir os direitos sociais (AMSTALDEN, HOFFMANN e MONTEIRO *APUD* RABELO, 2010).

Porém ainda fica o recado dos profissionais envolvidos no apoio matricial aos gestores da saúde e da educação, o desejo pela manutenção do apoio, ampliação e que se estendam aos demais atores envolvidos em especial ao professor de sala de aula.

Problemática da Medicalização

Dos aspectos considerados negativos pelos profissionais envolvidos no apoio matricial, tanto em dados qualitativos como quantitativos, obteve-se a menor média 3,27, tendo desvio padrão de 0,73, referente à questão do uso excessivo de medicamentos, indicando, assim, que o apoio matricial teve contribuição não tão expressiva para a redução do uso excessivo de medicamentos psicotrópicos com crianças e adolescentes.

Um dos principais motivos do desenvolvimento da proposta do apoio matricial foi com o propósito de enfrentar a questão do excesso de uso medicamentos psicotrópico com as crianças encaminhadas pela Rede Escolar. Visava modificar a postura patologizante dos profissionais da educação, com excesso de hipóteses diagnósticas de TDAH - Transtorno de Déficit de atenção e Hiperatividade, bem como a postura medicalizante dos profissionais da saúde.

Para Moysés e Collares (1994), há de se cuidar à tendência a patologizar e medicalizar qualquer comportamento que incomode ou perturbe o espaço social. Diante deste contexto, autores trazem importantes questionamentos, destacando que os procedimentos ocasionados por um diagnóstico mal definido podem trazer consequências negativas para criança, interferindo em suas questões emocionais e, conseqüentemente, em seu desempenho escolar.

As classificações atuais (CID 10 e DSM IV), ao agruparem as queixas sob a rubrica de transtornos têm se mostrado insuficientes para fazer frente à diversidade de influências culturais, sociais, familiares e do próprio desenvolvimento infantil. Diante disto ressalta a importância do olhar ampliado, que a hipótese psicodiagnóstica seja algo a

acrescentar diante de uma história colhida a partir das variáveis e, que não tenha cunho estigmatizante (BRASIL, 2013). A preocupação não está no nome que damos, seja isto ou aquilo, não está no uso racional da medicação, mas sim na medicalização da vida, do social.

Portanto, o enfrentamento dessa postura hegemônica não foi totalmente satisfeita pelo apoio matricial, sendo, por isso, um dos aspectos negativos da avaliação dos envolvidos, com a avaliação de que o novo dispositivo ainda não conseguiu desmontar a lógica medicalizante como pretendia. Isto tem a ver com um contexto cultural mais amplo, onde essa ênfase ainda predomina como acusam Moyses e Collares (2012), com a tarefa de normatizar, surge à medicalização da vida, sustentando-se em um processo que transforma e reduz questões sociais e humanas em simplesmente orgânicas ou bioquímicas.

O termo medicalização, segundo Collares e Moysés (1994), refere-se ao processo de transformar questões não médicas, eminentemente de origem social e política, em questões médicas. A lógica da medicalização sustenta-se em uma concepção onde o processo saúde-doença é focado no indivíduo, privilegiando a abordagem bioquímica, organicista, perdendo sua faceta coletiva. Omite-se que o processo saúde-doença é determinado pelo contexto social do indivíduo, sendo, ao mesmo tempo, a expressão do individual e do coletivo. Portanto, este é um dos principais desafios a ser enfrentado na continuidade do apoio matricial.

Dificuldade em melhorar as articulações em rede

No que diz respeito aos aspectos negativos foi apontado ainda pelos profissionais que alguns colegas ainda demonstram certa resistência a este olhar ampliado, a este novo jeito de se fazer saúde, de que a produção dos transtornos é multifatorial e que ocorre por intermédio do biopsicossocial. Desta forma, sustentados por questões burocráticas, profissionais acabam reforçando antigas posturas a exemplo do diagnóstico *a priori*, que por sua vez reforça a ênfase nos problemas e não nas soluções, favorecendo ambientes tensos, pouco produtivos, gerando desgastes, afastamentos e rotatividade dos profissionais, ocasionando prejuízo para a educação e nas ações às crianças e adolescentes. Portanto reforça-se a importância de estender este dispositivo aos demais atores e a necessidade de maior engajamento de alguns que já participam.

As pressões sociais, socioculturais ou institucionais: classes cheias, educadores com salário insuficiente, professores e pessoal especializado nas áreas de educação e assistência social, deficiência na formação e na especialização, falta de tempo e espaços dificultam a implantação de formas de relacionamento na escola que desenvolvam o respeito e atenção mútuos (ROGGE 2006, p. 200).

Por fim identifica-se que é preciso reinventar, seja no campo da saúde, seja no campo da educação, somente desta forma será possível acompanhar a dinâmica da contemporaneidade.

Queixas acerca da qualificação dos encontros e do planejamento

Outro aspecto considerado negativo pelos participantes envolvidos no apoio matricial reporta-se ao planejamento e qualificação dos encontros, onde as críticas foram direcionadas aos encontros dos anos anteriores, sob a alegação que alguns encontros foram repetitivos, tratados de forma superficial e que alguns temas não eram de todo o interesse da educação.

Já para o modelo do apoio matricial adotado no ano (2014), destacou-se pelo formato regionalizado, que possibilitou maior participação dos profissionais, seja no planejamento dos temas, na exposição dos casos, na troca de experiências, tornando-se mais atrativo e produtivo, desta forma privilegiando os desejos, necessidades e as experiências dos profissionais.

O apoio matricial constitui um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população [...]. Esse compartilhamento se produz em forma de corresponsabilização pelos casos, que pode se efetivar através de discussões e intervenções conjuntas, incluindo as famílias e comunidade (BRASIL, 2004, p.80).

Necessidade de ampliação aos demais profissionais da rede de saúde

Outro aspecto negativo apresentado pelos profissionais envolvidos no apoio matricial esta relacionado à falta de maior implicação de alguns dos multiplicadores, onde o grupo sugere a ampliação deste dispositivo a outros atores e serviços.

Tendo em vista à complexidade do ser humano, sua singularidade e suas concepções de sociedade e de mundo, as políticas públicas, os serviços e os profissionais devem desenvolver ações compartilhadas, de forma que possibilitem a atenção integral ao usuário, atendendo aos princípios do Sistema Único de Saúde. Segundo Morin (2000), a inteligência parcelada, fraciona os problemas, separa o que está unido.

Uma das questões elencada pelos participantes do apoio matricial, diz respeito à necessidade de ampliação do apoio matricial aos demais profissionais da Rede de Saúde da Rede de Educação, relacionando-se a falta de maior implicação de alguns dos multiplicadores, que não estendem o conhecimento adquirido aos demais professores e colegas, da mesma forma muitos setores a finco com as questões multifatoriais e que não participam do apoio matricial, não desenvolvem a mesma implicação e corresponsabilidade.

[...] a substituição dos cuidados nos hospitais psiquiátricos pelo cuidado comunitário das pessoas que sofrem com transtornos mentais é meta fundamental da organização de serviços de saúde. E a estratégia para atingir essa meta é a intervenção conjunta da equipe especializada em saúde mental e a equipe do ESF. (LANCETTI, 1999, p. 166).

Cuidado à saúde dos profissionais

Um dos aspectos que reforçam o interesse no apoio matricial é o desejo relacionado ao cuidado da saúde dos profissionais da educação, através do reconhecimento das complexidades das ações e de suas limitações. Tal solicitação se respalda na condição de saúde destes profissionais, conforme relatam que, muitos profissionais estão adoecendo, têm afastamentos constantes, estão com depressão, e muitos

professores tomam medicamentos, que por sua vez tem ocasionado à rotatividade de professores e, conseqüentemente, interfere na qualidade dos processos e no cuidado.

Segundo Chiaverini (2011), no processo de integração da saúde à atenção básica na realidade brasileira, esse novo modelo tem sido norteador das experiências implementadas em diversos municípios, ao longo dos últimos anos. Esse apoio matricial, formulado por Gastão Wagner Campos (1999) tem estruturado em nosso país um tipo de cuidado colaborativo entre a saúde mental e a atenção primária, abrindo possibilidade de articulação entre diferentes redes de cuidado e proteção, como é o caso deste estudo entre saúde e educação.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante o desenvolvimento deste estudo, buscaram-se discutir através da problemática de pesquisa, quais foram os desdobramentos sobre a prática de atenção às crianças e adolescentes de um município de médio porte de Santa Catarina a partir da implantação do apoio matricial entre o CAPS i e a Rede Escolar municipal.

Considerando literaturas e trabalhos publicados relacionados ao dispositivo apoio matricial como estratégia de saúde, estão geralmente associados às relações entre a saúde mental e atenção básica. Porém, este apoio matricial é inovador, pois ele envolve o sistema de ensino, daí a necessidade de sua avaliação. Sendo assim, a pesquisa *Apoio Matricial entre a Rede de Atenção Psicossocial e a Rede de Ensino: Avaliação de uma experiência em construção*, indicou que este dispositivo constitui uma ferramenta de transformação capaz de promover as discussões intersetoriais entre saúde-educação, fortalecendo a construção da rede ampliada na atenção psicossocial às crianças e adolescentes.

Segundo Rabelo (2011), a intersetorialidade a partir da construção das redes, constitui-se em estratégia para a implantação de políticas públicas capazes de responder as demandas sociais numa perspectiva de garantia dos direitos e da cidadania, sobretudo referentes às ações de saúde mental das crianças e adolescentes do município.

O resultado que apresentou um índice de avaliação mais alto do questionário autoaplicável que obteve média de 4,41, com desvio padrão de 0,53, onde 55% concordam e 43% concordam totalmente, chegando ao índice de 98% de concordância de que “o matriciamento entre a Rede de Saúde e de Educação é uma estratégia que deve ser continuada entre os serviços”, a segunda questão mais positiva revela que “o apoio matricial favoreceu um espaço interativo de troca de experiências entre saúde e educação”, viabilizando a efetividade de uma ação intersetorial e a constituição de rede.

A partir das discussões, evidencia-se a importância da continuidade deste dispositivo, respaldado nos relatos dos profissionais envolvidos no apoio matricial, de que os encontros possibilitaram a aproximação dos profissionais dos diversos setores, e que se estabeleceu um espaço de educação continuada e de trocas de experiências, que permitiu a melhorias das relações se dando de forma horizontalizada e

humanizada, possibilitando o reconhecimento das limitações e complexidades das áreas, que por sua vez estimulou a corresponsabilidade entre os profissionais.

Outro aspecto que se respalda a continuidade do apoio matricial, foi devido à percepção que houve melhoria nos fluxos e no acesso aos serviços, que as demandas foram qualificadas, da mesma forma impactando a diminuição dos estigmas através de um olhar ampliado, uma vez que os profissionais se perceberam fortalecidos em desenvolver suas atividades cotidianas com mais segurança e responsabilidade, diante do entendimento dos papéis, das limitações de cada esfera e das possibilidades ampliadas pela intersetorialidade, beneficiando a atenção às crianças e adolescentes, a partir de uma nova concepção de saúde dos profissionais envolvidos.

Outro aspecto que reforçou a importância deste dispositivo para as áreas envolvidas ocorreu pela corresponsabilização pelos casos, onde se identificou o envolvimento dos profissionais dos diversos setores, num novo paradigma onde as ações e serviços articulam-se pela complementariedade, pelo vínculo, pelas possibilidades ampliadas, no entendimento que a saúde, a educação e dos demais dispositivos correlatos tem papel fundamental no desenvolvimento e na vida dessas crianças e dos adolescentes.

É importante destacar que um dos aspectos que reforçam o interesse no apoio matricial relaciona-se ao cuidado com a saúde dos profissionais da educação, que reconhecem as complexidades das ações das práticas cotidianas e de suas limitações, que favorecem o adoecimento, afastamentos, rotatividade e uso medicamentos pelos mesmos, consequentemente interferindo na qualidade dos processos e no cuidado.

Portanto, entende-se que uma das propostas do apoio matricial entre a Rede de Saúde e a Rede de Educação para além da qualidade da assistência à criança e adolescente, é o compromisso e o cuidado com os profissionais que estão conduzindo este processo, que estão em sala de aula e que estão sofrendo com a pressão do dia a dia. Portanto reforça-se o entendimento que, quanto mais capacitados e fortalecidos estejam os profissionais, menos desgastes terão no desenvolvimento de suas atribuições, refletindo diretamente no cuidado humanizado e na saúde dos profissionais.

Este é um aspecto que deve merecer especial atenção da gestão, para que possam incluir como temáticas planejadas no processo de matriciamento a questão do cuidado com os profissionais da educação.

Ressalta-se que o planejamento e organização dos encontros adotados neste ano (2014), que teve o desenvolvimento no formato regionalizado, com equipes do CAPS i como referência por regiões, com menor número de participantes, valorizando o envolvimento e a participação dos profissionais, seja no planejamento dos temas, na exposição dos casos, na troca de experiências, tornando-se mais atrativo e produtivo, desta forma privilegiando os desejos, necessidades e as experiências dos profissionais, que avaliaram positivamente, superando as críticas feitas aos processos dos anos anteriores.

Em contraponto na avaliação dos profissionais envolvidos no apoio matricial, houve ponderações e críticas principalmente nas questões relacionadas ao uso excessivo de medicamentos e no enfrentamento dessa postura hegemônica, sendo, por isso, um dos aspectos negativos da avaliação dos envolvidos. Portanto este dispositivo ainda não conseguiu desmontar a lógica medicalizante como pretendia. Como acusam Moyses e Collares (2012), com o consentimento da sociedade, entre ela a escola, que delega à medicina a tarefa de normatizar, legislar e vigiar o cotidiano, no entanto surge à medicalização da vida, sustentando-se em um processo que transforma e reduz questões sociais e humanas em simplesmente orgânicas ou bioquímicas. Desta forma, destaca-se que este é um dos desafios a ser enfrentado na continuidade do apoio matricial.

Tendo em vista a complexidade do ser humano, sua singularidade e suas concepções de sociedade e de mundo, implicam-se as políticas públicas, os serviços e os profissionais a desenvolverem ações compartilhadas, de forma que possibilitem a atenção integral ao usuário, atendendo aos princípios do Sistema Único de Saúde. Segundo Morin (2000), a inteligência parcelada, rompe o complexo do mundo em fragmentos disjuntos, fraciona os problemas, separa o que está unido, torna unidimensional o multidimensional.

Outra questão que recebeu crítica pelos profissionais envolvidos no apoio matricial, relacionam-se às dificuldades nas articulações em rede, pois alguns profissionais ainda demonstram resistência a este olhar ampliado e a este novo jeito de se fazer saúde, que a produção dos transtornos é multifatorial e que exige profissionais com olhar ampliado, capacitados e atentos às ações intersetoriais e em rede. Uma vez que

antigas posturas a exemplo da importância exacerbada nos psicodiagnósticos, interferem nas possibilidades das crianças e adolescentes, favorecendo ambientes educacionais tensos, pouco produtivos, gerando desgastes, afastamentos e rotatividade dos profissionais, ocasionando prejuízo para a educação e as demais ações. Essas questões indicam que o apoio matricial tem que estar sempre avaliando a repercussão que produz nos participante e a necessidade de reforçar entre os profissionais a função do apoio matricial.

Também, destacou-se pelos profissionais envolvidos, o desejo que este dispositivo seja estendido à participação dos demais atores da rede intersetorial, relacionando-se a implicação do modelo dos encontros que privilegiam a participação dos coordenadores pedagógicos com a função de serem multiplicadores em seus locais de trabalho, e que por vezes não surtiu o objetivo esperado, uma vez que as discussões e o conhecimento adquirido não foram compartilhados com os demais professores e colegas de sala de aula.

Em contraponto, apesar da crítica relacionada ao modelo de escolha dos participantes, fundamenta-se positivamente o apoio matricial, diante da concepção desta estratégia, que ao contemplar os demais serviços correlacionados, valorizará ainda mais as discussões intersetoriais e o fortalecimento do trabalho em rede.

Considerando, que todos os serviços de saúde devem trabalhar na lógica do acolhimento dos casos de Saúde Mental no território e que as ações ali desenvolvidas sejam pautadas na integralidade como pretendida pelo SUS, Campos (1999) propôs este arranjo organizacional denominado apoio matricial, que possibilitou novas possibilidades de uma clínica ampliada e um diálogo entre distintas especialidades e profissões.

Portanto, o dispositivo apoio matricial, aplicado na Rede de Atenção Psicossocial de um município de médio porte, demonstrou ser um instrumento importante para o desenvolvimento das relações intersetoriais entre a Rede de Educação e a Rede de Saúde, possibilitando mudanças significativas nas práticas, nas concepções, no acesso, nas relações, criando um espaço de trocas e de educação permanente.

Contudo, o dispositivo apresentou fragilidade em promover algumas mudanças a exemplo de práticas que sugerem a medicalização da vida. Um dos principais motivos do desenvolvimento da proposta do

apoio matricial foi de enfrentar a questão do excesso de uso medicamentos psicotrópico com as crianças encaminhadas pela Rede Escolar, porém, o enfrentamento dessa postura hegemônica não foi totalmente satisfeita pelo apoio matricial, sendo, por isso, um dos aspectos negativos da avaliação foi que o novo dispositivo ainda não conseguiu desmontar a lógica medicalizante como pretendia. Assim, este é um dos principais desafios a ser enfrentado na continuidade do apoio matricial.

Das sugestões de planejamento das ações de educação permanente pelos participantes envolvidos, diz respeito a ampliação do apoio matricial aos demais setores e atores envolvidos na atenção psicossocial e o desejo que apoio matricial contemple também a saúde dos profissionais da educação, sob o argumento que muitos profissionais, no desenvolvimento de suas práticas cotidianas estão adoecendo, interferindo na qualidade dos processos e no cuidado.

Por fim identifica-se que é preciso reinventar, seja no campo da saúde, seja no campo da educação, somente desta forma será possível acompanhar a dinâmica da contemporaneidade.

9. REFERÊNCIAS

- ABREU, CN, **Síndromes Psiquiátricas: Diagnósticos e Entrevistas para Profissionais de Saúde Mental** / Cristiano Nabuco de Abreu..(et al.). – Porto Alegre; Artmed, 2006.
- ASSOCIAÇÃO PSICANALÍTICA DE PORTO ALEGRE. **Adolescência: Um Problema de Fronteiras** / Comissão de Aperiódicos da Associação Psicanalítica de Porto Alegre (org). – Porto Alegre: APOA, 2004.
- AMARANTE, Paulo. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz,1994.
- AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- BIDDULPH, STEVE. **Criando Filhos/** Steve Biddulph, Shaaron Biddulph; (Versão Brasileira da editora) – São Paulo, SP: Editora Fundamento Educacional, 2010.
- BLUMENAU, Secretaria Municipal de Saúde. **Projeto de CAPS II**. Blumenau, SC, 2002.
- BLUMENAU (SC). Prefeitura. Secretaria Municipal de Educação. **Ensino fundamental**. – Blumenau: Prefeitura Municipal/ SEMED, 2012; Diretrizes Curriculares Municipais para Educação Básica; V.2. Disponível em: [.http://portal.mec.gov.br/index.php](http://portal.mec.gov.br/index.php) . Acesso em 28/08/2013.
- Blumenau (SC). Prefeitura. Secretaria Municipal de Educação. **Ensino Fundamental**. – Blumenau: Prefeitura Municipal/SEMED, 2012. 429p. : - (Diretrizes curriculares municipais para educação básica; v.2) ISBN 978-85-66600-01-8. <http://www.blumenau.sc.gov.br/gxpsites/hgxpp001.aspx?1,9,833,O,P,0,MNU;E;90;32;MNU>. Acesso em 28/08/2013.
- BRASIL, Ministério da Educação. **Programa mais educação - Passo a passo**. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/passoapasso_maiseducacao.pdf. Acesso em 28/08/2013.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Programa de saúde da família**. Brasília: 1994.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **Portaria nº 336/GM**, de 19 de fevereiro de 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde mental e**

- atenção básica; o vínculo e o diálogo necessários.** Nº 01. Brasília, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde Mental, 1990 –2004.** Ministério da Saúde 5º ed. Ampliada, Brasília, DF,2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Brasília, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Decreto-Lei nº 10216, de 06 de abril de 2001: **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.** Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 25/05/ 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).
- BRASIL, Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>. Acesso em 08/08/2013.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Reforma da Reforma: **Repensando a Saúde.** 2 a. ed., Hucitec, São Paulo, 1992.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde.** Ciênc. saúde coletiva [online]. 1999, vol.4, n.2, pp. 393-403. ISSN 1413-8123.
- CAMPOS, Rosana Teresa Onocko, FURTADO, Juarez Pereira. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em

- <http://www.scielo.org/pdf/csp/v22n5/18.pdf>, acesso em 16/10/2013.
- CAMPOS, Rosana Onocko..{et al.}. Pesquisa Avaliativa em saúde Mental: desenho participativo e efeitos da narratividade. Rosana Onocko Campos..{et al.}. – São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.
- CAMPOS, G.W.S, DOMITTI, A.C. **Apoio matricial e equipe de referência**: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(2): 399-407, fev, 2007.
- CAMPOS, Rosana Onocko...(et al.) **Pesquisa Avaliativa em saúde mental**: desenho participativo e efeitos da narratividade /. – São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.
- CARTER, B & MCGOLDRICK, M. **As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar** por Betty Carter, Monica McGoldrick, Colaboradores, Porto Alegre, Editora Artmed, 2001.
- CHIAVERINI, Dulce Helena (org) [et al.]. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.
- COLLARES, Cecília Azevedo Lima; MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso Moysés. **A Transformação do Espaço Pedagógico em Espaço Clínico** (A Patologização da Educação). Série Idéias n. 23. São Paulo: FDE, 1994. http://www.crmariocovas.sp.gov.br/amb_a.php?t=008. Acesso em: 22/10/2013.
- CONSELHO DE SAÚDE. Resolução 466, de julho de 2012. http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html. Acesso em 14/11/2013.
- DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011. **Regulamenta a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Para Dispor Sobre a Organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o Planejamento da Saúde, a Assistência à Saúde e a Articulação Interfederativa, e da outras Providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm. Acesso em: 08/08/2013.
- DSM-IV – **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Trad. Deyse Batista; - 4.ed. – Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- 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.

- FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa** / Uwe Flick; tradução Joice Elias Costa. - 3.ed. - Porto Alegre: Artmed, 2009.
- FREIRE, Paulo. **Educação e Mudança**/ Paulo Freire; tradução de Moacir Gadotti e Lilian Lopes Martin. – Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983- VI.
- FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.
- GARCIA, J.A. **Compêndio de Psiquiatria**. p. 1-19. Rio de Janeiro: Athen, 1963.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Ed. Atlas, 2002. 175p.
- GOFFMAN, E. **A Carreira moral do doente mental em: Manicômios, prisões e conventos**. 7ª.ed., p.109-124, São Paulo, Editora Perspectiva, 2003.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php>. Acesso em 02/10/2013.
- JAMESON, F. “**A Lógica Cultural do Capitalismo Tardio**”. Cap.1, p. 27-79. São Paulo, Editora Ática, 1997.
- LANCETTI, Antonio. **Saúde mental nas entranhas da metrópole. Saúde e Loucura 7**. São Paulo: Hucitec. 2001.
- MASSAROLI, Aline, SAUPE, Rosita. **Distinção conceitual: Educação permanente e educação continuada no processo de trabalho em saúde**. Universidade do Vale do Itajaí/SC. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/223553988/Distincao-Conceitual-Educacao-Permanente-e-Educacao>. Acesso em: 23/09/2014.
- MATTOS, Paulo. **No Mundo da Lua: Perguntas e respostas sobre o tratamento do déficit de atenção e hiperatividade em crianças, adolescentes e adultos**. 4 ed. – São Paulo: Lemos Editorial, 2005.
- MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. – 11. ed. – São Paulo: Hucitec, 2008.
- MINAYO, M.C. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994. 12 ed.
- MELLO, M.F. **Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil**. Marcelo Feijó de Mello, Andrea de Abreu Feijó de Mello, Robert Kohn, organizadores - Porto Alegre: Artmed, 2007.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial**.

- <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>. Acesso em 17/07/2013.
- MOCELIN, M. **Crianças com sinais de desatenção/hiperatividade: O imaginário abstraído da fluidez dos rótulos**. Dissertação (Educação pelo Programa de Pós-Graduação em Educação). Universidade Federal do Espírito Santo, 2008. Disponível em: http://fio.edu.br/cic/anais/2011_x_cic/PDF/Psicologia/QUEM%20NAO%20APRENDE.pdf. Acesso em: 22/10/2013.
- MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso; COLLARES, Cecília Azevedo Lima. **A Medicalização na Educação Infantil e no Ensino Fundamental e as Políticas de Formação Docente**. A medicalização do não-aprender-na-escola e a invenção da infância anormal. UNICAMP. 2012. Disponível em: http://www.anped.org.br/reunioes/31ra/4sessao_especial/se%20-%202012%20-%20maria%20aparecida%20affonso%20moyses%20-%20participante.pdf. Acesso em: 23/10/2013.
- MOREIRA, V. **Psicopatologia crítica**. In: MOREIRA, V. & SLOAN, T. Personalidade, ideologia e psicopatologia crítica. P. 107–188. S. Paulo: Escuta, 2002.
- MORIN, Edgar, 1921- **Os sete saberes necessários á educação do futuro**/ Edgar Morin; tradução de Catarina Eleonora F. Da Silva e Jeanne Sawaya. Revisão técnica de Edgard de Assis Carvalho- São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2000.
- OLIVEIRA, M.; OLIVEIRA, F. S. **Quem não aprende deve ser medicado? Reflexões sobre o TDAH na educação**. Curso de Psicologia Clínica - Faculdades Integradas de Ourinhos - FIO/FEMM, 2011. Disponível em: http://fio.edu.br/cic/anais/2011_x_cic/PDF/Psicologia/QUEM%20NAO%20APRENDE.pdf. Acesso em: 23/10/2013.
- OLIVEIRA, Walter Ferreira. **Éticas em conflito: reforma psiquiátrica e lógica manicomial**. Caderno Brasileiro de Saúde Mental – V. 1, n, 2, out - dez. 2009.
- PAIM, I. Curso de psicopatologia. 11.ed. p. VII-XII; 1- 3; 249-58. S. Paulo: EPU, 1993.
- PEREIRA, Clarice de Sá Carvalho. **Conversas e controvérsias: uma análise da constituição do TDAH no cenário científico nacional e educacional brasileiro**. / Clarice de Sá Carvalho Pereira. – Rio de Janeiro [s.n], 2009. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/ppghcs/media/dissertacaoclaricedesa.pdf>. Acesso em 22/10/2013.

- QUEIROZ, Valéria Debórtoli de Carvalho. **A Saúde Mental na Atenção Primária. Serviço Social & Realidade. Franca – Rio de Janeiro v. 19, n.1, p. 125-152, 2010.** Disponível em: [file:///C:/Documents%20and%20Settings/Userlog/Meus%20documentos/Downloads/437-1561-1-PB%20\(3\).pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/Userlog/Meus%20documentos/Downloads/437-1561-1-PB%20(3).pdf). Acesso em 27/11/2014.
- RABELO, Josinês Barbosa; **A Intersetorialidade da política de Saúde e os Reflexos no Desenvolvimento das Ações de Saúde Mental. 2011.** http://www.xiconlab.eventos.dype.com.br/resources/anais/3/1306555663_Arquivo_Texto_Conlab-Josines.pdf. Acesso em: 10/09/2014.
- RODRIGUES, Jovina Moreira Sérvulo; A Intersetorialidade entre as Políticas Públicas de Saúde e de Assistência Social pós Constituição Brasileira Federal de 1988. <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada.pdf>. Acesso em: 10/09/2014.
- ROGGE, Jan - Uwe. **Crianças precisam de limites** – São Paulo: Editora Gente, 2006.
- ROSCHKE, Maria Alice. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Disponível em: http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/mostra/EPS/Maria_Alice_Roskche.pdf. Acesso em: 23/09/2014.
- RUIZ-OLABUÉNAGA. José Ignacio Ruiz. Metodología de la Investigación Cualitativa, 4. Ed. Universidad de Deusto Bilbao, 2009.
- SCHNEIDER, D. R., LIMA, D. S. **Implicações dos modelos de atenção à dependência de álcool e outras drogas na rede básica em saúde.** Psico, v.42, p.168 - 178, 2011.
- SCHNEIDER, Daniela Ribeiro. Módulo 1 - Políticas Setoriais de Saúde e Módulo 2 – As Redes de Atenção. In: LOPES, M. A.; Lemos, T.; Schneider, D.R. **Manual para a formação de profissionais que atuam com usuários de álcool, crack e outras drogas.** Florianópolis: Letra Editorial, 2013.
- SILVA, L. Conceitos, Abordagens e Estratégias para a Avaliação em Saúde. In: HARTZ, Z. & SILVA, L. **Avaliação em Saúde: dos modelos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde.** Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2005.

SOUZA, D.M. Preparo do Enfermeiro para a Docência na Educação Profissional de Nível Médio. Florianópolis. Dissertação de Mestrado. Florianópolis, 2012.

ANEXOS

Anexo 01

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PESQUISA: APOIO MATRICIAL ENTRE A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E A REDE DE ENSINO: AVALIAÇÃO DE UMA EXPERIÊNCIA EM CONSTRUÇÃO

Esta pesquisa é desenvolvida pelo mestrando Jorge Fernando Borges de Moraes, sob a orientação da Profa. Dra. Daniela Ribeiro Schneider (danischneiderpsi@gmail.com), no Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Universidade Federal de Santa Catarina.

Tem como objetivo geral: “Avaliar a implantação do apoio matricial entre o CAPS i e a Rede Escolar sustentada em ações intersetoriais de cuidado às crianças e adolescentes de um município de médio porte de Santa Catarina”.

Sua relevância encontra-se na qualificação da atenção psicossocial às crianças e adolescentes na rede escolar e de saúde do município de Blumenau- SC.

Para o desenvolvimento desta pesquisa pretende-se realizar a coleta de dados através dos seguintes métodos:

1º) Questionário com questões fechadas estilo likert, aplicado em todos os profissionais do CAPSi e da Educação que estejam participando do apoio matricial em estudo.

2º) Grupos Focais realizados com profissionais da saúde e educação convidados a participar dessa etapa da pesquisa, com encontros em dias

alternados, com tempo médio de 01 hora para cada encontro, em número de três.

OBS: Para auxílio do pesquisador será utilizado um diário de campo, para registros de informações e demais anotações de situações que possam surgir durante as atividades programadas; também será utilizado aparelhos eletrônicos como gravador e filmadora e ainda um pesquisador auxiliar com a finalidade de otimizar a discussão do grupo.

É preciso ficar claro que os profissionais envolvidos no apoio matricial podem escolher participar ou não deste estudo. A decisão em participar desta pesquisa não implicará em quaisquer benefícios pessoais.

Todos os dados coletados são sigilosos e somente serão utilizados para os fins desta pesquisa. As informações fornecidas poderão ser utilizadas em trabalhos científicos, porém é preciso ressaltar que sua identificação será mantida em sigilo.

O participante é livre para desistir desta pesquisa a qualquer momento. Isto não implicará em quaisquer prejuízos pessoais. Basta avisar pelo telefone (47) 3322-4217 ou pelos e-mails jorgefernando@blumenau.sc.gov.br ou danischneiderpsi@gmail.com, informando a desistência.

Havendo alguma situação adversa buscaremos meios para contornarmos o ocorrido, devendo ser comunicada imediatamente ao pesquisador principal.

Em síntese, serão garantidos todos os princípios éticos de pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido submetida ao Comitê de ética da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PESQUISA: APOIO MATRICIAL ENTRE A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E A REDE DE ENSINO: AVALIAÇÃO DE UMA EXPERIÊNCIA EM CONSTRUÇÃO

Eu, _____, confirmo que o pesquisador Jorge Fernando Borges de Moraes, sob a coordenação da prof. Dra. Daniela Ribeiro Schneider (danischneiderpsi@gmail.com), apresentou o propósito e relevância deste estudo e os preceitos éticos em consonância com o Conselho Nacional de Saúde, Resolução nº 466/2012 que trata de pesquisas e testes em seres humanos.

Eu concordo em participar deste estudo, tendo sido informado de seus objetivos e sua relevância. Estou ciente que posso desistir ou não de participar desta pesquisa a qualquer momento. Minha decisão em participar desta pesquisa não implicará em quaisquer benefícios pessoais, bem como não resultará em prejuízos.

A assinatura ocorrerá em duas vias, uma ficará com o pesquisador e a outra com o participante.

Data: __/__/____

Assinatura do participante: _____

Jorge Fernando Borges de Moraes
Pesquisador

Prof. Dra. Daniela Ribeiro Schneider
Pesquisadora principal

Anexo 02

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL

PESQUISA: APOIO MATRICIAL ENTRE A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E A REDE DE ENSINO: AVALIAÇÃO DE UMA EXPERIÊNCIA EM CONSTRUÇÃO

Solicitamos que você responda este questionário, enfatizando suas percepções, de forma mais fidedigna possível, em relação à implantação do apoio matricial entre o CAPS i e a Rede Escolar na cidade de Blumenau.

| ITEM | Discordo totalmente | Discordo | Indiferente | Concordo | Concordo totalmente |
|---|---------------------|----------|-------------|----------|---------------------|
| A implantação da estratégia do apoio matricial escolar melhorou o acesso de crianças e adolescentes aos diversos serviços de saúde. | | | | | |
| Houve mudanças nas ações em atenção psicossocial com crianças e adolescentes após a implantação do apoio matricial. | | | | | |
| O apoio matricial possibilitou a qualificação da | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| atenção às crianças e adolescentes na rede de saúde e educação. | | | | | |
| O apoio matricial contribuiu para diminuir o uso excessivo de medicamentos psicotrópicos com crianças e adolescentes. | | | | | |
| O apoio matricial possibilitou uma reflexão sobre os aspectos do desenvolvimento e suas características de crianças e adolescentes. | | | | | |
| O apoio matricial favoreceu mudanças na minha prática cotidiana. | | | | | |
| O apoio matricial favoreceu um espaço interativo de troca de experiências entre saúde e educação. | | | | | |
| O apoio matricial favoreceu a corresponsabilização em relação às problemáticas psicossociais de crianças e adolescentes. | | | | | |
| Ocorreram mudanças nas equipes em relação | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| às concepções sobre saúde mental, transtornos, encaminhamentos, relações com os alunos, após a implantação do apoio matricial. | | | | | |
| A proposta do apoio matricial amplia as relações intersetoriais para além dos encontros formais. | | | | | |
| O dispositivo apoio matricial é uma estratégia que deve ser continuada. | | | | | |

| | |
|--|--|
| Cite 3 aspectos positivos que você identificou na implementação do apoio matricial entre saúde mental e educação | Cite 3 aspectos negativos que você identificou na implementação do apoio matricial entre saúde mental e educação |
| 1. | 1. |
| 2. | 2. |
| 3. | 3. |

Anexo 03

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL

PESQUISA APOIO MATRICIAL ENTRE A REDE DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL E A REDE DE ENSINO: AVALIAÇÃO DE UMA
EXPERIÊNCIA EM CONSTRUÇÃO

ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL.

1. O que trouxe para sua prática cotidiana a implantação do apoio matricial entre a rede de atenção psicossocial e a rede de educação?
2. Ocorreram mudanças nas concepções dos profissionais envolvidos sobre atenção psicossocial, transtornos, desenvolvimento psicossocial? Trouxe desdobramentos para os serviços?
3. Ocorreram mudanças nas ações em atenção psicossocial após a implantação do apoio matricial?
4. Como se deu a relação entre saúde e educação, a partir do apoio matricial?
5. Como ocorreram na prática as questões da corresponsabilização pelos casos? Quais suas vantagens e desvantagens?
6. Você considera importante a continuidade do apoio matricial escolar?
 - a) Caso afirmativo, quais os aspectos relevantes para planejar a sua continuidade?
 - b) Caso negativo, quais as sugestões de mudança?