

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA-PPI:
MESTRADO
Área de Concentração: Constituição do Sujeito e Historicidade

INFÂNCIA E SAÚDE MENTAL:
REFLEXÕES SOBRE A DINÂMICA DE TRABALHO DE UM CAPSi

MARINA MARIA BELTRAME

MARINGÁ
2010

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA-PPI: MESTRADO
Área de Concentração: Constituição do Sujeito e Historicidade

**INFÂNCIA E SAÚDE MENTAL:
REFLEXÕES SOBRE A DINÂMICA DE TRABALHO UM CAPSi**

Dissertação apresentada por MARINA MARIA BELTRAME, ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Área de Concentração: Constituição do Sujeito e Historicidade, da Universidade Estadual de Maringá, como um dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

ORIENTADORA:
Prof.^a. Dr.^a.: MARIA LÚCIA BOARINI

MARINGÁ
2010

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca Central - UEM, Maringá – PR., Brasil)

B453i Beltrame, Marina Maria
Infância e saúde mental: reflexões sobre a dinâmica de trabalho de um CAPSi. / Marina Maria Beltrame. -- Maringá, 2010.
251 f. : il. color., figs., tabs., grafs.

Orientador : Prof^a. Dr^a. Maria Lúcia Boarini.
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Maringá, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2010.

1. Saúde mental infantil. 2. Saúde mental infantil - Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi). 3. Reforma psiquiátrica. 4. Saúde mental infantil - Dificuldades na aprendizagem. 5. Saúde mental infantil - Políticas públicas - Brasil. 6. Saúde mental infantil - Educação - Brasil. 7. Saúde mental infantil - Estudo de caso - Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi) - Apucarana-PR. I. Boarini, Maria Lúcia, orient. II. Universidade Estadual de Maringá. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDD 21.ed. 616.89

MARINA MARIA BELTRAME

**INFÂNCIA E SAÚDE MENTAL: REFLEXÕES SOBRE A DINÂMICA DE
TRABALHO DE UM CAPSi.**

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Maria Lúcia Boarini – UEM

Prof. Dr. Francisco Baptista Assumpção Jr – USP

Prof. Dr. Gustavo Adolfo Ramos Mello Neto – UEM

MARINGÁ
2010

*A todos que convivem com portadores
de transtornos mentais e fazem desta
prática um momento de
aprendizagem.*

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais que, dentre tantos incentivos, sempre primaram pelo meu estudo.

Ao Pepê, meu irmão e à Guida, Leka e Mayra, minhas irmãs, pela ajuda incondicional nos momentos mais e menos difíceis no decorrer desta pesquisa.

À Maria Lúcia que, na condução deste trabalho, soube ser rígida quando necessário, mas sem perder a ternura... Jamais esquecerei sua dedicação, seu esforço em tentar extrair sempre mais do que eu imaginava que seria capaz. Jamais esquecerei suas lições, que tomarei emprestadas para orientar-me na esfera acadêmica e na vida.

Aos professores Gustavo Adolfo Ramos Mello Neto e Francisco Baptista Assumpção Jr., membros da banca examinadora, pelos pertinentes apontamentos que modificaram os rumos deste projeto.

Às crianças que, talvez não saibam, mas nos ajudam a compreender o mundo.

Aos familiares, profissionais da escola, da saúde e da Saúde do Escolar que, por meio de seus relatos, forneceram a base para as reflexões aqui propostas.

Aos profissionais do CAPSi não apenas pela participação na pesquisa, mas pelo interesse e preocupação demonstrados a cada dia de trabalho.

Aos usuários do CAPSi, pela compreensão nos períodos em que estive ausente. E pelo apoio expressado em cada pergunta a mim direcionada nos dias em que retornava: E aí, já terminou? Deu certo? E seu estudo, como está?

Às colegas da segunda turma do mestrado, pelo companheirismo. Em especial à Marisa, por ter sido amiga em todos os momentos, por ter partilhado comigo as angústias e as alegrias inevitáveis ao longo deste percurso.

À Carol, Mel, Roselânia, Sheyla e ao Daniel, que mesmo durante esta trajetória, conseguiram propiciar dias inesquecíveis de descontração.

A todos que não mencionei, mas não esquecerei porque, direta ou indiretamente, auxiliaram, criticaram, preocuparam-se e, sobretudo, torceram para que este capítulo de minha vida tivesse um “final feliz”.



Figura 1: A Menina Brilhante, de Catarina, 10 anos, usuária do CAPSi José Pazelo, 2009

*Era uma vez uma menina brilhante.
Ninguém acreditava que ela brilhava.
Mas a menina brilhava... Só quando
estava feliz (Catarina, 2009).*

BELTRAME, Marina Maria. **INFÂNCIA E SAÚDE MENTAL: REFLEXÕES SOBRE A DINÂMICA DE UM CAPSi**. 251 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Estadual de Maringá. Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Lúcia Boarini. Maringá, PR, 2010.

RESUMO

O objetivo deste estudo é avaliar a dinâmica de trabalho de um Centro de Atenção Psicossocial – CAPSi. Para tanto, tomamos como objeto de estudo a demanda escolar acolhida pelo CAPSi *José Pazelo*, localizado no município de Apucarana-PR. Embasando-nos nas políticas públicas em saúde mental voltadas ao público infanto-juvenil, investigamos sob quais formas a dinâmica de trabalho se processa neste dispositivo, a saber: se o trabalho é realizado em equipe, ou não; se há articulação entre o CAPSi e os demais serviços existentes tanto na área da saúde quanto em outros setores e como se caracterizam o atendimento e o tratamento ofertados aos usuários no intuito de realizar a assistência. Adotamos como recurso metodológico a pesquisa de campo, a qual foi desenvolvida em três fases subsequentes. A primeira, consistiu em um levantamento estatístico acerca de todos os prontuários dos usuários acolhidos pelo CAPSi *José Pazelo* entre os meses de julho e dezembro de 2008. Na segunda, realizamos o estudo de seis casos de crianças que envolviam queixas escolares, escolhidos dentre o total de prontuários investigados na fase anterior. E a terceira, correspondeu às entrevistas realizadas com cinco funcionários do dispositivo. Os resultados alcançados apontam para uma medicalização dos conflitos existentes no contexto escolar. Desconsiderando que as dificuldades escolares são produzidas, sobretudo, nas e pelas relações estabelecidas na escola, os problemas apresentados pelo aluno são entendidos, muitas vezes, como transtornos mentais, levando os envolvidos no processo educativo a buscarem no medicamento a redenção para os problemas de ordem educacional. E o CAPSi se insere, nesse contexto, como a via para a obtenção do diagnóstico e, por conseguinte, da medicação. Sem perder de vista os empreendimentos desenvolvidos por higienistas no início do século XX e as inegáveis contribuições deste movimento na consolidação de intervenções na área da saúde mental infantil, concluímos que, apesar de vivermos condições históricas diferentes daquelas, na qual, inclusive, a concepção de infância já não é mais a mesma, o ideário que regia aquelas ações permanece presente nos encaminhamentos atuais tanto no âmbito escolar como na saúde. Tal panorama encontra respaldo na própria dinâmica de trabalho desenvolvida pelo CAPSi *José Pazelo*, cuja investigação revelou um funcionamento distante do que é preconizado pela Política Nacional de Saúde Mental, tornando-o análogo a um ambulatório. Frente às dificuldades em desenvolver um trabalho coletivo tanto internamente, entre os profissionais do CAPSi, quanto externamente, integrado com os diversos dispositivos que compõem a rede comunitária de cuidados, as decisões pertinentes ao serviço são, em geral, capitaneadas pelo médico e sem questionamentos por parte dos demais integrantes da equipe. Destarte, o atendimento ambulatorial não apenas se mantém enquanto modelo prioritário no campo da saúde mental como se configura em uma prática naturalizada.

Palavras-chave: Saúde mental infantil. CAPSi. Educação.

BELTRAME, Marina Maria. **CHILDHOOD AND MENTAL HEALTH: REFLECTIONS ABOUT THE WORK DYNAMICS AT A CAPSi.** 251 f. Dissertation (Masters in Psychology) – State University of Maringá. Advisor: Prof^a. Dr^a. Maria Lúcia Boarini. Maringá, PR, 2010.

ABSTRACT

The objective of this study is to evaluate the work dynamics at a Psychosocial Care Center (CAPSi). To that end, our study object was the school issues attended at the CAPSi *José Pazelo*, located in the city of Apucarana-PR. Based on the mental health public policies for the child and adolescent public, we investigated the ways in which the work dynamics takes place in the center, namely: whether or not work is done in teams; whether there is communication between the CAPSi and the other existing services, both in the healthcare field and other areas; and how the service and treatment offered to users can be characterized. Field research was chosen as the methodology resource, developed in three ordered phases. The first consisted of a statistical assessment of all medical records from users assisted at the CAPSi *José Pazelo* between July and December 2008. Next, we studied six cases of children involving school complaints, chosen from all the records investigated in the previous phase. The third and final phase consisted of interviews with five workers at the center. The results point to a medicalization of conflicts in the school context. Disregarding that difficulties in school are caused, chiefly, in and by the relationships established in school, the problems shown by the students are often regarded as mental disturbances, leading those involved in the education process to seek redemption for these educational problems in medication. The CAPSi fits into this context as the means to obtain the diagnosis, and consequently, the medication. Without losing sight of the endeavors made by hygienists in the early 20th century and the undeniable contributions of that movement to the consolidation of interventions in the field of children's mental health, we concluded that, although we live under different historical conditions (even the concept of childhood is no longer the same), the framework that guided those actions is still present in current referrals, both in school and health contexts. This scenario is supported by the very work dynamics developed at the CAPSi *José Pazelo*, which proved to have a routine that is quite different from that recommended by policy, turning it into an outpatient clinic of sorts. Faced with the difficulties in developing teamwork – both internally among CAPSi professionals, and externally with the different resources that make up the public care network – the pertinent decisions are generally made by the physician, without any questioning from the other team members. As such, outpatient care is not only maintained as the priority model in the field of mental health, but also becomes a natural practice.

Keywords: Children's mental health. CAPSi. Education.

SUMÁRIO

SAÚDE MENTAL INFANTO-JUVENIL: Um caminho a percorrer, algumas questões a explorar	12
1 INFÂNCIA E SAÚDE MENTAL: A trajetória histórica.....	22
1.1 Sobre a Infância e a Infância “Anormal”	22
1.2 Sobre as Instituições	27
1.3 Sobre o Tratamento nos Hospícios.....	32
1.4 Sobre a Prevenção: As Intervenções nas Escolas.....	37
1.5 A Atual Política de Saúde Mental Brasileira.....	43
1.6 A Construção da Política de Saúde Mental para a Infância e a Adolescência	45
1.7 O Trabalho em Saúde Mental na Rede Substitutiva: Uma Prática em Construção.....	47
2 FORMULANDO O PROBLEMA	50
2.1 A Rede de Atenção à Saúde do Município de Apucarana-PR	50
2.1.1 Outros setores públicos envolvidos com a infância: a justiça e a escola.....	51
2.2 O Problema Propriamente Dito	52
3 TECENDO A PESQUISA: Uma construção em três fases.....	56
3.1 Primeira Fase	56
3.2 Segunda Fase	57
3.3 Terceira Fase.....	61
3.4 Análise dos Dados	62
4 A DEMANDA DO CAPSi JOSÉ PAZELO: Números para refletir	65
5 COMPORTAMENTO, APRENDIZAGEM E MEDICAÇÃO: Percalços entre a escola e o CAPSi.....	72
5.1 Da Escola ao CAPSi: Seis Histórias de um Mesmo Percurso.....	72
5.1.1 A história de Walter.....	72
5.1.2 A história de Mateus.....	74
5.1.3 A história de Luiz	79
5.1.4 A história de Júlio.....	84
5.1.5 A história de Guilherme	88
5.1.6 A história de André	91
5.2 Nas Entrelinhas dos Casos.....	97
5.2.1 Medicação: a solução para os problemas educacionais.....	97
5.2.2 Medicação: seus efeitos adversos	101
6 TRABALHO COLETIVO: Uma prática possível?.....	104
6.1 O CAPSi em Cena: Seus Atores, sua Atuação	104
6.1.1 Sobre a função do CAPSi e de seus profissionais	104
6.1.2 A entrada no CAPSi: com quem é minha consulta?.....	107

6.1.2.1 O funcionamento	107
6.1.2.2 Os casos atendidos.....	110
6.1.3 Como deveria ser.....	111
6.1.4 Mas não é porque.....	112
6.2 A Prática Coletiva em Discussão: Propostas Atuais e Concepções Sociais em Direções Opostas	113
6.2.1 O trabalho coletivo em saúde	113
6.2.2 O controle social	116
7 APÓS O CAMINHO PERCORRIDO, OS DESCAMINHOS ENCONTRADOS	120
REFERÊNCIAS	128
ANEXOS	141
APÊNDICES	146

Eu gosto de catar o mínimo e o escondido. Onde ninguém mete o nariz, aí entra o meu, com a curiosidade estreita e aguda que descobre o encoberto (Machado de Assis, 1900).

SAÚDE MENTAL INFANTO-JUVENIL: Um caminho a percorrer, algumas questões a explorar

A área de interesse desta pesquisa concentra-se na temática saúde mental, particularmente a saúde mental na infância. Tomando como referência as políticas públicas deste setor, cujo dispositivo estratégico ao cuidado do público infanto-juvenil é o Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil – CAPSi¹, objetivamos avaliar a dinâmica de trabalho de um CAPSi. Para tanto, delimitamos como objeto de estudo o CAPSi *José Pazelo*, localizado no município de Apucarana-PR² e, tomando por base a demanda escolar acolhida por este serviço, buscamos analisar o processo de trabalho em equipe, a articulação com os demais dispositivos que integram a rede de cuidado em saúde mental, assim como a forma de acompanhamento e tratamento oferecido para a realização da assistência aos usuários.

Os CAPSi foram criados e estão sendo implementados em todo o país com a finalidade de prestar atendimento a crianças e adolescentes portadores de transtornos mentais, que, ao contrário do que se imagina, são comuns nesta faixa etária. Dados epidemiológicos revelam, em todo o mundo, uma prevalência de transtorno mental entre crianças e adolescentes na faixa de 10 a 20%, dos quais entre 4 e 6% há indicação de intervenção clínica (Organização Panamericana de Saúde e Organização Mundial de Saúde, 2001). No Brasil, segundo estudos realizados a pedido da Associação Brasileira de Psiquiatria, 12,6% dos brasileiros com idade entre 6 e 17 anos apresentam sintomas de transtornos mentais (Instituto Brasileiro de Opinião e Pesquisa, 2008). Estes dados apontam para a necessidade de projetos de assistência nesta área.

Delgado, Schechtman, Weber, et al. (2007) afirmam que, no Brasil, “é histórica a omissão da saúde pública no direcionamento das políticas de saúde mental para a infância e adolescência” (p. 66). Esta é uma omissão que não se restringe ao Brasil. É o que nos revela o *Relatório sobre a Saúde no Mundo*, divulgado pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e Organização mundial de Saúde (OMS) em 2001, cujos dados apontam que mais de 90% dos países não possuíam, até aquele momento, políticas de saúde mental que incluíssem crianças e adolescentes.

São várias as razões apontadas pela OMS para explicar este atraso na construção de políticas públicas na área da saúde mental infantil como, por exemplo, a falta de divulgação

¹ Ao longo de todo trabalho, utilizaremos esta sigla para nos referirmos aos Centros de Atenção Psicossociais Infanto-Juvenis.

² Informações sobre este município estão detalhadas no capítulo 2 desta dissertação.

de conhecimento sobre o desenvolvimento da criança e dos transtornos mentais na criança, falta de treinamento profissional em várias partes do mundo e ausência de recursos financeiros e profissionais para o desenvolvimento de programas (World Health Organization, 2005). Além destas razões, ressaltamos que a concepção de existência de transtornos mentais em crianças, assim como o desenvolvimento da psiquiatria infantil também são recentes. De acordo com Assumpção (1994), essa especialidade só foi reconhecida enquanto tal em 1937, no I Congresso de Psiquiatria Infantil de Paris.

Até a passagem do século XIX para o século XX, com exceção dos quadros envolvendo retardo mental, a existência da loucura propriamente dita na criança não era considerada. Foi nesse período que se intensificaram, no Brasil, intervenções visando a proteção à infância tanto nos seus aspectos físicos quanto mentais. A assistência à criança no país foi marcada pelo cuidado prestado por instituições de caridade, filantrópicas e privadas, tais como abrigos ou asilos para menores abandonados e colégios destinados ao amparo desta população. Na obra de Moncorvo Filho (1927) intitulada *Histórico da Protecção à Infância no Brasil*, encontramos importantes referências a estabelecimentos e práticas cujo intuito era o amparo à criança. Dentre eles destacamos as Rodas dos Expostos, cuja prática perdurou do século XVIII até meados do século XX; a Policlínica Infantil e o Instituto de Protecção e Assistência à Infância – IPAI, ambos inaugurados na cidade do Rio de Janeiro em 1882 e 1899 respectivamente.

Os manicômios também consistiam em depositários de crianças com os mais variados tipos de problemas. O cuidado a esta população era realizado nos mesmos espaços dos adultos, situação que, devido a inúmeras irregularidades, passou a ser questionada entre o final do século XIX e início do século XX, culminando com a criação de alas específicas para o tratamento do público infantil. Como exemplo, citamos o Pavilhão-Escola Bourneville criado em 1903 no Hospital Nacional de Alienados no Rio de Janeiro, e a Seção de Menores Anormais do Hospital Central de Juqueri em 1922 na cidade de São Paulo.

Estas e outras medidas em prol da infância, intensificadas nas primeiras décadas do século XX, encontravam-se respaldadas, em geral, pelo ideário do movimento de Higiene Mental, cujos idealizadores, nesse período, empenharam-se na realização de campanhas e projetos visando solucionar os problemas sociais do país, preparando o “futuro” homem e, conseqüentemente, uma “nova” pátria a partir de ações direcionadas à higiene física e mental da população, em especial do público infantil. Pesquisar as repercussões deste movimento e de seus desdobramentos nas instituições brasileiras é um dos objetivos do GEPHE – Grupo de Estudo e Pesquisa sobre o Higienismo e o Eugenismo (2000), do qual este estudo é parte. A

história da concepção e das formas de tratamento à criança considerada anormal e as mudanças ocorridas no campo da saúde mental infantil à luz das transformações sócio-históricas são os assuntos abordados no capítulo um desta dissertação, intitulado *Infância e Saúde Mental: A trajetória histórica*.

Atualmente, a estratégia de cuidado a crianças e adolescentes portadores de transtornos mentais, adotada por alguns países, baseia-se no modelo comunitário, realizado por equipe multiprofissional. É o caso, por exemplo, da Lituânia que desenvolve essa forma de intervenção desde 1990 e de Marburg, na Alemanha, que, por meio de visitas da equipe de profissionais (composta geralmente por psiquiatra infantil, assistente social e psicólogo) a cidades e vilas, dedicam-se a três tarefas: acompanhamento de pacientes que foram previamente hospitalizados; consultas psiquiátricas no local e supervisão de instituições (World Health Organization, 2005).

No Brasil, seguindo esta mesma tendência, vivenciamos o processo de construção de uma rede comunitária de cuidados³, dentro da qual os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) devem ocupar um papel estratégico no tratamento às pessoas com transtornos mentais severos. No que tange à infância, esta modalidade de serviço vem sendo discutida desde a I Conferência de Saúde Mental realizada em Brasília em 1987, todavia, somente em 2001 na III Conferência de Saúde Mental, encontramos uma alusão direta ao dispositivo CAPSi, definido pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2004a, p. 23) como:

um serviço de atenção diária *destinado ao atendimento de crianças e adolescentes gravemente comprometidos psicicamente. Estão incluídos nesta categoria os portadores de autismo, psicoses, neuroses graves [grifos nossos] e todos aqueles que, por sua condição psíquica estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais.*

Esta definição deixa claro qual deve ser a função de um CAPSi. Mas se, por um lado, a existência de transtornos mentais na infância explica a criação do CAPSi com a finalidade de prestar assistência a esta população, por outro, observamos uma demanda que, em geral, não se caracteriza enquanto tal. A título de exemplo, citamos alguns dados referentes à clientela atendida pelo CAPSi do município de Apucarana-PR no período compreendido entre julho e dezembro de 2008, os quais apontaram que a demanda envolvendo problemas

³ Entende-se por rede comunitária de cuidados a criação e articulação de vários serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico. Inclui-se nesta rede, além dos serviços específicos de saúde, outras instituições, como associações, cooperativas e a própria comunidade do paciente (Delgado, Schechtman, Weber, et al., 2007).

escolares representou cerca de 60% dos acolhimentos. Frente a tal constatação, questionamos: será que todos os casos de crianças e adolescentes encaminhados ao CAPSi de Apucarana-PR por problemas escolares correspondem àqueles definidos pelo Ministério da Saúde citados anteriormente? Se for afirmativo, questionamos o porquê do desenvolvimento de tantas patologias mentais graves nesta faixa etária. Se negativo, indagamos: por que estão buscando uma forma de cuidado a estes casos em um local criado para atender a uma outra clientela?

Neste último caso, o que o CAPSi deve fazer com esta demanda? Se a atende, pode estar ajudando a mascarar problemas de outra ordem, como os educacionais por exemplo. Se a recusa, pode ter sua existência questionada, uma vez que não acolhe uma demanda que, aos olhos da sociedade, necessitaria de cuidados. Em meio a este impasse, outra questão: onde se encontra a demanda que realmente deveria ocupar este espaço? Por que não chega até o CAPSi?

Nosso intuito, ao questionar a demanda escolar que chega até o CAPSi, não é desqualificar a escola como um importante lócus de observação e identificação dos problemas que envolvem a infância. Aliás, conforme prevê o Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 2006), é dever da escola informar aos órgãos competentes casos envolvendo maus-tratos por exemplo. Assim, concordamos que a escola é um recurso potencial para o reconhecimento de crianças e adolescentes que necessitam de algum tipo de tratamento no campo da saúde mental. Em pesquisa realizada pela World Health Organization (2005) em vários países do mundo, as escolas públicas são apontadas como as principais responsáveis pelos encaminhamentos de crianças e adolescentes para os serviços de saúde mental. O problema que envolve tais encaminhamentos é, ao nosso juízo, se todos eles se configuram, de fato, como público a ser atendido pelo CAPSi.

Debater estas questões se torna relevante neste momento na medida em que o Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM nº 1947 (Brasil, 2004b), vem desenvolvendo um plano estratégico para a expansão dos CAPSi em todo o país. Como justificativa para a implantação desta medida, é alegada a dificuldade de acesso e tratamento das crianças e adolescentes com transtornos mentais aos serviços de saúde mental. Mas será que esta dificuldade se deve somente à falta de serviços disponíveis? Ou será que estas instituições não estão conseguindo cumprir a função para a qual foram destinadas?

Vale frisar que o Ministério da Saúde vem desenvolvendo programas com o intuito de avaliar o trabalho dos Centros de Atenção Psicossociais em suas diferentes modalidades. Recentemente, em 2008, foi realizada a terceira edição do Projeto Nacional Avaliar Caps por meio de um questionário aplicado em todos os CAPS do país, lembrando que, até outubro de

2008, encontravam-se cadastrados um total de 95 CAPSi (Brasil, 2008). O objetivo desta iniciativa consistiu em levantar informações que possibilitassem a caracterização geral deste dispositivo: estrutura física, composição da equipe multiprofissional, formas de acesso do usuário, dentre outros aspectos. Até o momento, os resultados deste empreendimento estão em fase de análise e ainda não foram divulgados (Brasil, 2009).

Nesta mesma linha de pesquisa, teve início no ano de 2005, com o apoio do Ministério da Saúde e do CNPq, o projeto CAPSUL, coordenado pela Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas-RS. Trata-se de uma pesquisa de avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial (apenas CAPS I e II) da Região Sul do país, cujo objetivo era investigar a estrutura, o processo de trabalho e os resultados alcançados por tais dispositivos. Para tanto, foram utilizadas as informações fornecidas pelos usuários, familiares e trabalhadores dos CAPS registrados no Ministério da Saúde em 2005. A falta de recursos humanos, materiais e medicamentos foram as principais falhas apontadas. Os usuários e familiares, em geral, consideraram o serviço bom e o tratamento satisfatório, visto que, segundo os informantes, foram observadas melhora na autonomia, diminuição das crises e maiores possibilidades de convivência e socialização dos pacientes (Kantorski, Jardim, Wetzel, et al., 2009).

Apesar da implantação desta modalidade de serviço ser relativamente recente, consolidada oficialmente a partir da Portaria GM nº. 336 (Brasil, 2002a), o CAPSi já vem sendo um tema abordado em algumas pesquisas.

Na revisão bibliográfica realizada valendo-se de alguns destaques sobre o tema, encontramos o trabalho de Pinto (2005), o qual aponta o desconhecimento, em algumas cidades, da clientela e das prioridades de um CAPSi, o que, segundo a autora, evidencia a falta de uma direção clínica, indispensável nos trabalhos em saúde mental. Mostrando o trabalho realizado num CAPSi da cidade do Rio de Janeiro, destaca a contribuição da Psicanálise na dinâmica deste dispositivo. A contribuição da Psicanálise no campo da assistência à saúde mental infanto-juvenil também é abordada por Guerra (2005), a qual, por meio da discussão teórica acerca das políticas públicas desse setor e dos preceitos psicanalíticos, aponta caminhos para uma articulação entre as mesmas.

A situação da assistência a saúde mental para crianças e adolescentes, assim como as novas políticas públicas voltadas a este seguimento com o foco nos CAPSi são temas discutidos por Couto (2003, 2004). Com base na análise de documentos e dados oficiais do governo brasileiro e do Estado do Rio de Janeiro, a autora conclui, em linhas gerais, que, apesar de algumas iniciativas, o cenário do início do século XXI no tocante à saúde mental

infanto-juvenil pouco mudou se comparado a décadas anteriores. As principais práticas nesse campo consistem, ainda, em psiquiatrizar e/ou psicologizar os “distúrbios de aprendizagem” e em asilar a deficiência. Outras conclusões referem-se à necessidade de ampliar o número de CAPSi no país e ao aprimoramento de intervenções voltadas à articulação entre os diferentes serviços oferecidos ao público infanto-juvenil.

Sobre este assunto, Couto, Duarte e Delgado (2008) mencionam a escassez de publicações sobre “uma avaliação mais detalhada sobre o funcionamento dos CAPSi” (p. 394) citam apenas a pesquisa de cunho descritivo de autoria de Hoffman (2003), que realizou um estudo específico sobre a clientela atendida pelos CAPSi. A partir do registro de atendimentos do ano de 2003 de sete CAPSi do Brasil, Hoffman (2003) procurou traçar o perfil demográfico e clínico da demanda atendida por este dispositivo. Embora os dados obtidos em seu trabalho evidenciem a elevada frequência de diagnósticos a respeito de queixas escolares, a autora aponta como conclusão, dentre outras considerações, que os CAPSi cumprem as determinações do Ministério da Saúde, na medida em que atendem a uma clientela compatível com o que é preconizado para esta faixa etária.

De acordo com a World Health Organization (2003), os principais transtornos mentais identificados na infância correspondem aos transtornos de aprendizagem e transtornos hipercinéticos. Na adolescência, são apontados a depressão, a psicose e os transtornos de ansiedade e de conduta. Se considerarmos que os transtornos de aprendizagem e os hipercinéticos englobam uma série de sintomas inerentes ao contexto escolar: dificuldade em se concentrar nas tarefas propostas, mau rendimento escolar, dificuldades na leitura, escrita e contas, como avaliar o que é transtorno e o que não é? Qual a possibilidade de alunos mal trabalhados pela escola entrarem nas estatísticas com um destes diagnósticos? Será que a escola esgota os recursos pedagógicos que lhe compete antes de encaminhá-los ao CAPSi?

Diante destas indagações, acreditamos que o desenvolvimento deste trabalho pode contribuir para a discussão sobre o tema, possibilitando um repensar sobre a criação dos CAPSi. Além disso, entendemos que a presente pesquisa atenderá às recomendações da II Conferência Nacional de Saúde Mental (Brasil, 1994, p. 21), a qual destaca a necessidade de promover estudos epidemiológicos e de “avaliação e divulgação dos resultados da rede de atenção em saúde mental” visando à produção de conhecimento na área; e da Organização Panamericana de Saúde e Organização Mundial de Saúde (2001) que recomenda o apoio a pesquisas que explorem os aspectos biológicos e psicossociais da saúde mental na tentativa de aprofundar a compreensão e as intervenções promovidas neste campo.

Visando ao cumprimento de nosso objetivo, desenvolvemos esta pesquisa em três fases subsequentes. As razões que nos levaram a realizar cada uma destas etapas, bem como a caracterização da rede de atenção à saúde mental do município de Apucarana-PR são os temas contemplados no segundo capítulo, o qual designamos *Formulando o problema*. Já o terceiro capítulo, denominado *Tecendo a pesquisa: Uma construção em três fases*, trata especificamente da metodologia adotada para o desenvolvimento destas fases.

A primeira, consistiu em um levantamento estatístico acerca de algumas características dos usuários acolhidos pelo CAPSi *José Pazelo* entre julho e dezembro de 2008. Os resultados deste levantamento integram o quarto capítulo desta dissertação, o qual intitulamos *A demanda do CAPSi José Pazelo: Números para refletir*.

Na segunda fase, realizamos estudos de caso com seis usuários dentre o total de casos investigados na primeira fase. Para tanto, utilizamos como recurso entrevistas com familiares, profissionais vinculados à área da educação e uma profissional da área da saúde, além de consulta dos dados contidos nos prontuários. Os relatos de cada caso, assim como a análise decorrente dos mesmos foram os temas abordados no quinto capítulo, designado *Comportamento, aprendizagem e medicação: Percalços entre a escola e o CAPSi*.

Por último, a fim de compreender o cotidiano do CAPSi, foram realizadas entrevistas com cinco profissionais deste dispositivo, com base nas quais elaboramos uma análise sobre a prática coletiva em saúde mental. Tanto os resultados destas entrevistas quanto a análise compõem o sexto capítulo deste estudo, intitulado *Trabalho coletivo: Uma prática possível?*

Os resultados alcançados permite-nos pontuar, de forma sucinta, que a demanda referente a queixas escolares representaram um índice expressivo dentre os casos encaminhados ao CAPSi. Em geral, pautados na crença de que os problemas referentes à aprendizagem e ao comportamento dos alunos estão associados a algum quadro patológico, tais casos foram direcionados ao serviço na busca de um atendimento especializado. Isso porque a escola, após variadas tentativas de lidar com as dificuldades apresentadas pelos alunos, não conseguiu obter êxito. Em muitos casos, ao ingressarem no CAPSi, estes alunos receberam um diagnóstico, e por conseguinte, foram medicados, respondendo aos anseios da escola, fato este já constatado em estudos anteriores (Moysés & Collares, 1992; Boarini & Borges, 2009). O processo que envolve o atendimento dessa demanda revelou que a decisão tanto do diagnóstico quanto do tratamento centram-se na figura do médico, donde apreendemos que há dificuldades em desenvolver o trabalho em equipe e em rede tal qual prevista nas políticas públicas direcionadas ao CAPSi, como confirmaram os depoimentos dos profissionais do serviço.

Entendemos que tais constatações encontram-se circunscritas em um determinado momento histórico. Assim, os descaminhos concernentes tanto às práticas educacionais quanto às relacionadas ao âmbito da saúde foram interpretados como decorrentes das concepções e contradições que permeiam a sociedade atual, cujos valores são fundamentalmente individualistas.

Com esta leitura sobre os fatos, as conclusões a que chegamos apontaram, por parte dos envolvidos no processo educacional, dificuldades em enfrentar os problemas como oriundos das relações produzidas dentro do próprio contexto escolar. E os entraves implicados nesse processo culminam com intervenções direcionadas ao indivíduo, neste caso, a criança. Assim, embora o significado da infância venha passando por transformações, os encaminhamentos voltados a este público permanecem sob o mesmo ideário observado no início do século XX: a higienização.

No âmbito da saúde mental infanto-juvenil, as limitações observadas no processo de consolidação de um trabalho coletivo, previsto pela Política Nacional de Saúde Mental, norteadora dessa área, quer seja internamente, quer seja em relação à articulação com a rede, favorecem a organização de uma dinâmica de trabalho ancorada sob um padrão de atendimento ambulatorial, no qual, com o consentimento, tácito ou não, dos profissionais da equipe, prevalece o saber médico em detrimento ao dos demais. Mais do que um empecilho para a construção de um novo modelo de atenção no campo da saúde mental, este consentimento desvela que o atendimento ambulatorial é tratado e apropriado como uma prática natural.

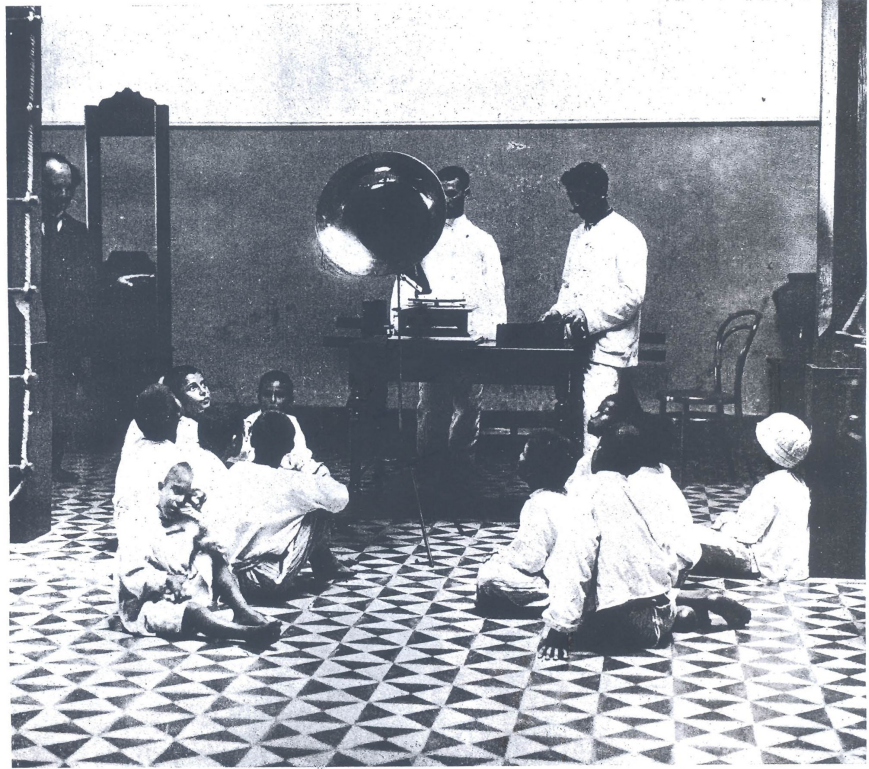


Figura 2: Uma Sessão de Phonographo – Pavilhão Bourneville, 1905



Figura 3: A Escola – Pavilhão Bourneville, 1905

“Não há talvez problema tão capaz como este de apaixonar um homem de sciencia e de coração: tomar um cérebro de creança, já empolgado pela loucura, e procurar accender na sua treva a luz do raciocínio, despertando as suas cellulas do torpor em que jazem, cultivando-as, excitando-as, insufflando-lhes vida, revolvendo e adubando esse terreno maninho, e acompanhando depois o difficil desabrochar e o lento crescer das ideias que n’elle nascem, n’elle germinam, n’elle se desenvolvem e expandem, como uma mysteriosa e caprichosa vegetação moral...” (Olavo Bilac, 1905)

1 INFÂNCIA E SAÚDE MENTAL: A trajetória histórica

Nosso objetivo, neste capítulo, é tecer um breve histórico da atenção à saúde mental na infância e adolescência, enfocando as formas de se perceber e tratar a criança e o adolescente considerados “anormais” ao longo da história até a atualidade, momento em que o CAPSi se constitui como o local de referência ao atendimento dessa população.

1.1 Sobre a Infância e a Infância “Anormal”

A existência de transtornos mentais na infância é uma concepção recente. Recente é também a Psiquiatria Infantil enquanto uma especialidade médica. Segundo Assumpção (1994), ela só se consolidou enquanto tal em 1937, no I Congresso de Psiquiatria Infantil de Paris. Todavia, já no século XVI, foram desenvolvidas experiências que podem ser consideradas como as precursoras da Psiquiatria Infantil, quando Ponce de Léon, padre beneditino, iniciou as primeiras tentativas de educação dos surdos-mudos (Ajuriaguerra, 1980). Este período coincide com o referido nos estudos de Ariès (1981), cujos pressupostos apontam que a descoberta da infância tornou-se expressiva especialmente entre os séculos XVI e XVII.

A descoberta da infância começou sem dúvida no século XIII, e sua evolução pode ser acompanhada na história da arte e da iconografia dos séculos XV e XVI. Mas os sinais de seu desenvolvimento tornaram-se particularmente numerosos e significativos a partir do fim do século XVI e durante o século XVII (Ariès, 1981, p. 65).

A descoberta da infância não se deu ao acaso. Ela se processou num período em que a Europa vivenciava a formação das cidades e, por conseguinte, dos aglomerados urbanos, panorama que propiciava um convívio e uma percepção mais acurada do outro. Sobre este assunto, Heywood (2004) menciona que, entre meados do século X e XIV, a população do continente europeu quase dobrou, passando de 22, 6 milhões para 54, 4 milhões. E acrescenta:

. . . já no início do século X, as pequenas cidades começavam a se recuperar de seu torpor, principalmente no norte da Itália, em Flandres, nos Países Baixos e na França. A Europa Ocidental permaneceu sendo uma economia predominantemente agrária,

com uma ordem social relativamente fixa, mas, mesmo assim, uma sociedade que havia sido composta principalmente por padres, guerreiros e camponeses passou a incluir “muitos tipos numerosos e variados”, tais como mercadores, advogados, contadores, funcionários administrativos e artesãos. No ambiente urbano, os jovens dispunham de certo espaço para a escolha da carreira, e os pais, muitas vezes, tinham de confrontar uma infância diferente da sua (p. 35).

Oliveira (1989) destaca que a construção da especificidade da infância e da condição de criança, consolidada no século XVII, continuou ao longo dos séculos posteriores até a forma como as concebemos hoje. Todavia a autora observa que este movimento não ocorreu repentinamente e está atrelado às condições sociais de determinadas épocas, conforme elucida o excerto:

Certamente não se passava de uma atitude a outra em relação à criança como quem vira uma página de livro. Tampouco, a criança passaria a ser sujeito de uma nova atenção da sociedade como um passe de mágica. Ora, a sociedade europeia do século XVII, de quando se diz marcar fortemente esse ascenso da criança enquanto criança, era uma sociedade que conhecia o envelhecimento ou o esgotamento da estrutura feudal, o nascimento da ciência moderna, um novo tipo de família, a laicização dos costumes, a popularização da cultura, a hostilidade à religião, o enriquecimento da burguesia comercial: avançava na construção do valor do indivíduo, do esforço, da utilidade, da propriedade privada. A sociedade mudava. Nessa mudança colocava necessidades novas a que se respondia, também, com a especificidade da criança (Oliveira, 1989, pp. 114-115).

O espaço particular conferido à criança passou a integrar também a criança considerada anormal e tanto uma quanto a outra passaram a ser alvo, no decorrer dos séculos, de estudos nos mais variados campos científicos, sendo a Pedagogia apontada como a pioneira nos trabalhos dedicados à compreensão e tratamento da criança portadora de alguma patologia mental (Ajuriaguerra, 1980). Em consonância com este posicionamento, Llaberia e Corbella (1994), ao discorrerem sobre o início da psiquiatria infantil na Espanha, afirmam que o primeiro compêndio desta especialidade, intitulado *Compendio de psiquiatria infantil*, foi escrito, em 1907, por um professor, não por um médico. No âmbito médico, esses autores destacam que, na França durante a primeira metade do século XIX, os estudiosos já se

preocupavam com temas como idiotismo e os grandes atrasos mentais. “Había una preocupación social y los médicos de los grandes nosocômios dedicaron su atención a estos niños” (Llaberia & Corbella, 1994, p. 62).

Até o final do século XIX, as ações da Psiquiatria Infantil estiveram vinculadas à reeducação dos quadros de retardo mental e insuficiência sensorial. Nas palavras de Ajuriaguerra (1980, p.12): “Nos seus primórdios, a assistência psiquiátrica infantil foi essencialmente institucional. Ela se dedicava, sobretudo, à guarda de crianças particularmente inaptas, ao ensino de indivíduos rudes ou à educação de estados deficitários sensoriais, por meio de métodos especiais”.

A primeira experiência realizada para treinar um indivíduo acometido por retardo mental é relatada por Alexander e Selesnick (1980). De acordo com os autores, tal empreendimento ocorreu em 1797 na França quando um adolescente que não falava e se comportava tal qual um selvagem foi encontrado por um grupo de caçadores. Nesta ocasião, após ter sido diagnosticado por Pinel (1745-1826) como “idiota”, ele foi entregue aos cuidados de Jean Itard (1774-1838), médico do Instituto Imperial dos Surdos-Mudos de Paris, que passou cinco anos tentando educá-lo. Esta iniciativa “mostrou que o menino, que nunca chegou a ser normal, podia melhorar seu comportamento social” (p. 481).

Ainda na virada do século XIX para o século XX, a loucura na criança era sinônimo de retardo mental. É neste período que muitos autores dedicados ao estudo deste tema começam a fazer referência à doença mental infantil, diferenciando-a da doença mental do adulto e dos quadros de retardo mental. É o caso, por exemplo, de Hermann Emminghaus na obra *Psychic Disturbances of Childhood*, publicada em 1887, (Alexander e Selesnick, 1980), de Bleuer (1857-1939), que, em 1911, em uma de suas principais publicações sobre a esquizofrenia, alerta para a existência de uma psicose autística na criança, distinta da deficiência mental (Zuquim, 2002) e, do médico italiano Sante de Sanctis (1862-1935), que descreveu, no início do século XX, uma nova entidade nosológica denominada *demência precocíssima*, na tentativa de estabelecer um diagnóstico diferencial da deficiência mental (Huertas, 1998). Destacamos ainda desta época algumas obras de Freud (1856-1939), tais como *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, de 1905, e *Análise de uma fobia de um menino de 5 anos*, 1909, nas quais o autor apresenta conceitos acerca da neurose da infância, que, segundo Alexander e Selesnick (1980), deram importante contribuição para o desenvolvimento da psiquiatria e psicopatologia infantil.

Embasando-se em duas grandes obras da psiquiatria espanhola⁴ do início do século XX, Huertas (1998) assinala que, nesse período, a infância “anormal” foi, juntamente com a infância “delinquente”, objeto de ação da higiene mental. A situação em que vivia grande parte das crianças na Europa fez emergir a necessidade de criar iniciativas no intuito de protegê-las.

Desde o século XVIII, a partir da Revolução Industrial, que teve início na Inglaterra estendendo-se a vários países da Europa, as crianças foram utilizadas como mão de obra nas fábricas. A mecanização facilitou essa exploração na medida em que a tecnologia dispensava a força humana em muitas tarefas, criando um espaço para o trabalho infantil. Além disso, as crianças passaram a ter preferência por outros motivos, visto que “podiam ser reduzidas, sem muito esforço, a um estado de obediência passiva, ao qual os homens feitos não se deixavam facilmente dobrar” (Mantoux, 1928, citado por Rocha, 1997).

Apesar de sua fragilidade, as crianças não eram poupadas no cotidiano de trabalho. Eram submetidas a todo tipo de brutalidade, como o excesso e acidentes de trabalho, alimentação inadequada e torturas. Tal quadro resultou, já na Europa do século XIX, na constituição de uma população miserável que trazia no corpo as marcas do mundo industrial:

Mesmo sem os maus tratos, o excesso de trabalho, a falta de sono, a própria natureza das tarefas impostas às crianças em idade de crescimento, teriam bastado para arruinar sua saúde e deformar seus corpos. (...) Dentre aqueles que sobreviveram às provações desses terríveis anos de aprendizagem muitos conservaram seus estigmas: colunas vertebrais desviadas, membros torcidos pelo raquitismo ou mutilados por acidentes com as máquinas: O rosto pálido e fofo, o porte mirrado, o ventre inchado eram todos vítimas, marcados pelos contágios que, no decorrer de suas vidas, haveriam de expô-los ainda mais (Mantoux, 1928, citado por Rocha, 1997).

Desconsiderando a degradação das condições de vida decorrentes do modo de produção da própria sociedade capitalista que se afirmava, a precariedade na qual se encontrava essa parte da população passou a ser interpretada pelas teorias higienistas como resultado de uma deterioração natural, fruto, em última análise, de uma predisposição biológica (Rocha, 1997). Formava-se, assim, a categoria dos degenerados, da qual fazia parte

⁴ *Estúdio médico-social del niño golfo*, escrita por José Sanchís Banús em 1916, e *Los niños mentalmente anormales*, publicada em 1917 por Gonzalo Rodríguez Lafora (Huertas, 1997).

a infância desvalida, para a qual foram instituídas medidas com o intuito de regenerar a elas e a sociedade.

Em muitos casos, essas medidas de proteção consistiam em retirá-las dos espaços sociais, visto que, em tais locais, estariam expostas às más influências oferecidas pelo meio, conforme descreve o sociólogo Júlian Juderías em 1912 (citado por Huertas, 1998, p. 162):

Los niños pertencientes a estas clases sociales están expuestos a cometer delitos, porque nadie corrige sus malos instintos y porque el ambiente que respiran es el más a propósito para su degeneración moral como lo es para su degeneración física.

Para ilustrar, vejamos o que diz a esse respeito Manuel Tolosa Latour (1857-1919), pediatra e um dos principais idealizadores da Lei de Proteção a Infância promulgada na Espanha em 1904: “Cuando es imposible corregir al niño por ser francamente epilético, imbecil o idiota, la sociedad debe recogerle en asilos adecuados, donde la ciência proteja a los sanos de sus terribles impulsos” (citado por Huertas, 1998, p. 161).

A escola obrigatória surge, nesse contexto, particularmente no que tange à delinquência, como um local de combate à degeneração física e moral, “como um espacio de ‘civilización’ y de ‘moralización’ de los hijos de los trabajadores que, . . . nacían com el estigma de la periculosidad y la degeneración” (Huertas, 1998, p. 162). Segundo este autor, a escola oferecia, ao mesmo tempo, a possibilidade de detectar um outro tipo de problema infantil: a anormalidade, reservada àqueles casos em que a criança apresentava incapacidade de adaptação e de assimilação dos conteúdos e normas escolares, conforme nos mostra o trecho:

Así pues, el retraso escolar se convierte, desde las primeras décadas del siglo XX, en preocupación de médicos y educadores que intentarán encontrar causas “psicológicas” o “bio-psicológicas” a la desadaptación o a las dificultades de aprendizaje de una serie de niños insumisos, inquietos o, simplemente aburridos ante la normatización escolar, para los que se esgrimirá el diagnóstico de “anormales”, formulación novedosa pero que, en el fondo, asimila y actualiza viejos conceptos degeneracionistas aplicados al niño (Huertas, 1998, p. 170).

Em defesa da necessidade de assistência às crianças chamadas “degeneradas”⁵, muitos foram os discursos proferidos. A título de ilustração citamos o realizado pelo educador Francisco Pereira (citado por Llaberia e Corbella, 1994, p. 65):

Creo que basta con lo que antecede para que se comprenda la necesidad que estos seres tienen de asistencia y lo injusto que sería negarsela. Más no de asistencia profana, que se limita a prolongar su vida vegetativa...sino de asistencia científica y reformadora...que dé al cuerpo fuerza y al espíritu luz.

Além da escola, no decorrer da história, outras instituições se ocuparam do cuidado à criança, visando uma transformação social. A seguir, mostraremos algumas destas iniciativas, sobretudo no que tange às medidas de tratamento e prevenção no campo da saúde mental infantil. Enfocaremos os empreendimentos realizados no Brasil, o que não significa que tais esforços não aconteceram em outros lugares do mundo, aliás, conforme veremos, muitas dessas intervenções foram inspiradas em experiências realizadas em outros países.

1.2 Sobre as Instituições

Em 1900, a escritora sueca Ellen Key (1849-1926), referindo-se ao século XX, publicou uma obra intitulada *O século da criança*. E, de fato, nesse período, é notório, no Brasil e no mundo, o desenvolvimento de intervenções voltadas à assistência do público infantil.

No Brasil, tal período foi marcado por significativas mudanças no contexto social, a começar pela passagem do Império para a República em 1889. Nos grandes centros urbanos, apesar de o país continuar a ser predominantemente agrícola, a indústria foi se implantando com força crescente, alicerçada numa economia baseada no café. De acordo com Fausto (2001), o número de pessoas envolvidas em atividades na área da indústria passou de 7% em 1872 para quase 14% em 1920. Os imigrantes constituíram um marco importante nesse processo, lembrando que, segundo o autor, cerca de 3,8 milhões de estrangeiros entraram no país entre 1887 e 1930, a maioria como mão de obra nas lavouras de café.

⁵ Segundo Huertas (1998), considerava-se como crianças degeneradas tanto as crianças delinquentes, ou seja, aquelas que viviam nas ruas praticando desordens de toda ordem, como a chamada criança anormal, entendida, num primeiro momento, como aquela que apresenta um atraso mental e escolar.

O desenvolvimento industrial ocorreu nas principais cidades do país, “abrangendo várias regiões, especialmente o Rio de Janeiro e São Paulo” (Fausto, 2001, p. 161). Em São Paulo, para se ter uma ideia, o contingente populacional sofreu um acréscimo sem precedentes em sua história entre o final do século XIX e início do século XX, saltando de 30 mil habitantes em 1870 para 260 mil em 1907 (Santos, 2000).

Contudo, todo este progresso não alcançou o mesmo êxito nas condições sociais da população. Discorrendo sobre a cidade de São Paulo, Santos (2000, p. 212) aponta que:

Estima-se que a terça parte das habitações existentes era composta de cortiços que, abrigando grande quantidade de pessoas por unidade, pode ter sido o tipo de moradia predominante na cidade. As pestes e epidemias se alastravam, beneficiadas pela ausência de condições mínimas de salubridade e saneamento.

Soma-se a isto o aumento na criminalidade, situação na qual a criança esteve sempre presente. As principais ocorrências eram motivadas por “desordens”, embriaguez, vadiagem, furtos e roubos. Assim, “a infância, sempre vista como a ‘semente do futuro’, era alvo de sérias preocupações” (Santos, 2000, p. 215), problema que, longe de ser visto sob o ponto de vista das modificações sociais, mereceu das autoridades, médicos e outros estudiosos da época um enfoque cuja origem recaía sobre a infância, culminando em diversos tipos de ações dirigidas ao cuidado desse público.

A proteção à infância foi a temática desenvolvida por Moncorvo Filho⁶ (1871-1944) na obra *Histórico da protecção á infancia no Brasil: 1500-1922* (1927), fonte da qual retiramos grande parte das informações acerca dos empreendimentos realizados no país com o intuito de amparar a criança.

Sobre os primórdios da civilização brasileira, Moncorvo Filho (1927) salienta a escassez de escritos sobre o assunto. As primeiras referências no tocante a ações que se refletiam na infância começaram a surgir apenas no século XVII. As principais experiências relatadas nesse período se restringem aos hábitos e costumes indígenas e à catequese dos jesuítas e suas implicações na educação das crianças desvalidas, como ilustra o excerto a seguir:

⁶ Carlos Arthur Moncorvo Filho era médico pediatra. Graduou-se na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, foi membro honorário da Academia Nacional de Medicina e presidente da Sociedade Brasileira de Pediatria. É considerado precursor das políticas de proteção à criança no Brasil e um dos pioneiros da puericultura no país (Carlos Arthur Moncorvo Filho, 2007).

Na conversão do gentio, além da missão dos Jesuítas, Nóbrega e Anchieta seguido entre outros por Antonio Vieira, varias outras ordens surgiram no paiz, e, então, além da construcção das egrejas, foram fundados novos collegios, hospícios, instituições pias e beneficentes. Segundo dizem os historiadores as congregações religiosas constituíram-se as grandes promotoras da instrucção da mocidade e da educação da infancia desvalida⁷. (Moncorvo Filho, 1927, p. 29).

A primeira demonstração de interesse do poder público pela assistência à criança no Brasil ocorreu segundo Moncorvo Filho (1927), em 1693 quando El Rei, por meio de uma Carta Régia, ordenou às autoridades da Capitania que amparassem as crianças enjeitadas no Rio de Janeiro. Contudo, uma iniciativa nesse sentido só aconteceu no Rio de Janeiro em 1738, ano de fundação da Casa dos Expostos⁸, instalada inicialmente em uma das salas do Hospital da Santa Casa de Misericórdia. Ressalvamos que um estabelecimento nestes moldes já havia sido instalado na Bahia em 1726 (Marcílio, 1997).

A situação das crianças abandonadas no Rio de Janeiro não era nada promissora. Elas “pereciam nas ruas, nos adros das egrejas, nas praias” (Doria, 1916, citado por Moncorvo Filho, 1927, p. 34). Nesse contexto, as “Rodas”, como eram chamadas as Casas dos Expostos, foram criadas com a finalidade de receber e cuidar da criança enjeitada.

Tal quadro estava vinculado à sociedade colonial brasileira, marcada pela divisão entre senhores e escravos e pela figura do homem como autoridade central da família. Como nos mostra Freyre (1969), era comum nessa época retirar o filho da escrava para que esta pudesse servir de ama-de-leite ao filho da senhora. Além disso, o sistema escravocrata e os costumes dele decorrentes, como “falta de educação física e moral e intelectual das mães; desproporção na idade dos cônjuges; frequência de nascimentos ilícitos” (Freyre, 1969, p. 511), contribuíram não só para o abandono de crianças não desejadas como para a proliferação de uma gama de doenças e altos índices de mortalidade infantil.

No século XIX, além das Rodas, Moncorvo Filho (1927) faz menção a uma outra instituição destinada ao cuidado das crianças abandonadas. Trata-se da Escola de Aprendizizes Marinheiros, criada em 1873, “onde durante muitos annos foram jogadas todas as creanças maiores de 12 annos encontradas em situação de abandono môrtao ou physico” (p. 78).

⁷ Nas citações de documentos históricos preservamos a grafia da época.

⁸ De acordo com Heywood (2004), os grandes hospitais e suas “Rodas” teriam surgido durante a Baixa Idade Média com a fundação de diversas instituições na Itália, Espanha e Portugal. Cresceram, especialmente entre os séculos XVIII e XIX, também em outros países europeus como uma forma de desestimular o infanticídio e o abandono de crianças.

Nessa época, a Casa dos Expostos já vinha sendo alvo de questionamentos pela sociedade, afinal, a taxa de mortalidade infantil nesse local era muito alta, chegando muitas vezes, a 90% dos casos. Frente à falta de serviços adequados para combater a mortalidade infantil, cujo índice, no ano de 1878 no Rio de Janeiro, era de 460 para cada 1000 (incluindo os nascidos mortos), foi inaugurada em 1882, por iniciativa do Dr. Carlos Arthur Moncorvo Figueiredo (1846-1901), a Policlínica Infantil. Criada nos moldes da existente em Viena na Áustria, destinava-se “ao tratamento gratuito dos doentes pobres, em um ambulatório central e em domicílio, bem como ao ensinamento das especialidades médicas e cirúrgicas” (Moncorvo Filho, 1927, p. 90).

As décadas de 1870 e 1880 foram marcadas pelo acréscimo na criação de asilos destinados aos menores. A característica destacada por Moncorvo Filho (1927), ao aludir a estas instituições, refere-se à falta de “orientação científica” com que eram tratadas as crianças. E, após percorrer vários estabelecimentos do gênero, conclui:

a não ser o socorro médico, aliás insuficiente, ministrado pela Santa Casa de Misericórdia e o Serviço de Pediatria da Policlínica Geral, as crianças de todas as idades, as pequeninas – desde o nascimento até 7 ou 9 anos – não encontravam nesta Capital, e provavelmente no Brasil inteiro, a menor espécie de amparo eficaz (Moncorvo Filho, 1927, p. 133).

Somam-se, à falta de serviços adequados, as precárias condições em que continuavam a viver as crianças nas ruas do Rio de Janeiro. Em alocução proferida no Senado Federal por Lopes Trovão em 11 de setembro de 1896, é descrita a situação da infância:

bôa parte da nossa infancia vive ás soltas, em liberdade, incondicional, ao abandono, imbuindo-se de todos os desrespeitos, saturando-se de todos os vícios, aparelhando-se para todos os crimes.

Quantas crianças temos nós encontrado, isoladas ou em maltas, seminúas, sordidas, maltrapilhas.... – acoradas ou deitadas, durante o dia, no limiar das casas particulares?... a dormirem, á noite, nas escadarias dos edifícios públicos, ou nos canos destinados á rede de esgotos das matérias fecaes. . . .

Quantas crianças temos nós encontrado a fumarem com desembaraço que só o habito confere?...a beberem até o abuso os alcools fortes que as falsificações da industria produzem?. . . . a assaltarem em atropello ou lapidarem os vehiculos que

circulam ao trote largo das alimarias?(Lopes Trovão, 1896 citado por Moncorvo Filho, 1927, p. 130).

Mais do que uma denúncia, este apelo em prol da infância era uma necessidade naquela época. Cuidar da infância significava cuidar do futuro do país, um “novo” país, lembrando que o advento da República ocorrera em 1889, que se pretendia construir a partir do fortalecimento e formação de seu povo. Isto pode ser observado no próprio discurso de Lopes Trovão: “Por isso, senhores, como recurso supremo, eu me volto para a infância – os pequeninos de hoje que serão os grandes de amanhã: é nella que ponho as esperanças da grandesa do actual regimen pela regeneração da pátria” (citado por Moncorvo Filho, 1927 p. 131).

Este posicionamento também é abordado por Baptista (1930, p. 148) ao discutir a situação da infância no início do século XX:

Uma população doente é fraca. . . . Os fracos serão fatalmente espezinhados. Qual será o futuro do Brasil com os homens de hoje e de amanhã, provavelmente tão ou mais enfermiços? Sobre nosso destino está suspensa uma espada terrível: ou nos defenderemos amparando energicamente a infância, ou entregaremos o nosso solo para que delle cuide um outro povo mais forte.

Tendo como pano de fundo este cenário, “para que pudesse o Brasil alcançar, ao cabo de algum tempo, o ideal dos povos civilizados” por meio do “melhoramento e robustez de sua raça” (Moncorvo Filho, 1927, p.139), em 24 de março de 1899, é fundado, no Rio de Janeiro o Instituto de Protecção e Assistencia à Infancia – IPAI⁹, idealizado pelo próprio Moncorvo Filho.

Os objetivos do IPAI eram amplos. Sucintamente, consistiam, conforme descritos por Moncorvo Filho (1927), em: recolher todas as crianças pobres, doentes, defeituosas e abandonadas da cidade do Rio de Janeiro; difundir entre as famílias pobres noções de higiene infantil; criar pequenos asilos de maternidade para cuidar das mulheres que se encontravam nos últimos meses de gravidez; criar creches e jardins de infância; estabelecer escolas para deficientes mentais; instalar Dispensários.

⁹ Sobre esta e outras iniciativas desenvolvidas por Moncorvo Filho sugerimos a leitura de Zaniani (2008).

Sobre os Dispensários, Moncorvo Filho (1927) reserva maiores explicações. Tal instituição foi difundida em várias cidades da Europa no final do século XIX, fundada primeiramente na França em 1875 pelo Dr. Gibert. Caracterizavam-se pelo tratamento gratuito de crianças pobres e doentes, consistiam, nas palavras de Moncorvo Filho (1927, p. 145), num “verdadeiro instituto therapeutico, munido dos recursos necessários para o tratamento de todas as moléstias da infância, sendo os doentes trazidos pelos paes e reconduzidos por elles uma vez dada a consulta de que carecem”. Eram inúmeros os métodos de tratamento utilizados nos Dispensários do Dr. Gibert, desde banhos, uso de aparelhos ortopédicos e ginástica até o uso de eletricidade e a realização de cirurgias.

Após alguns anos de funcionamento do IPAI, cresceu, aos poucos, o número de estabelecimentos congêneres no país. Em 1904, foram instalados na Bahia e em Minas Gerais respectivamente, em 1905 em São Luiz do Maranhão, apenas para citarmos alguns exemplos.

Segundo dados divulgados por Moncorvo Filho (1923), existiam, registradas no país até 30 de junho de 1922, 1.146 instituições voltadas ao público infantil, número que subiu para 2.887 em dezembro de 1924 (Moncorvo Filho, 1925).

No seu relato acerca da assistência à infância no Brasil, Moncorvo Filho (1927) menciona o Pavilhão-Escola Bourneville, uma ala exclusiva para crianças, criada em 1903 no Hospício Nacional de Alienados¹⁰ (HNA) da cidade do Rio de Janeiro. Alude também às intervenções realizadas junto ao contexto escolar, empreendimento que, aliás, foi amplamente divulgado pela Liga Brasileira de Hygiene Mental nas primeiras décadas do século XX. Grosso modo, podemos afirmar que nos hospícios as medidas visavam ao tratamento das patologias mentais, enquanto nas escolas as ações objetivavam sua prevenção. Procuraremos detalhar, na sequência, os empreendimentos realizados nestes locais, especialmente nas cidades do Rio de Janeiro e São Paulo.

1.3 Sobre o Tratamento nos Hospícios

De acordo com Silva (2008), o Pavilhão-Escola Bourneville teve origem após uma série de críticas que o Hospício Nacional de Alienados (HNA) vinha recebendo devido à

¹⁰ O Hospital Nacional de Alienados foi inaugurado como Hospício Pedro II, anexo à Santa Casa de Misericórdia em 1852. Com a proclamação da República em 1889, por meio do Decreto 142-A de 11 de janeiro de 1890, foi desanexado e passou a ser administrado pelo Estado.

promiscuidade com que eram tratadas as crianças, que, até então, dividiam os mesmos espaços com os adultos.

Esta mudança na forma de assistir a criança acometida por transtorno mental, embora não esteja explicitada de forma clara no Decreto nº1132, de 22 de dezembro de 1903, sobre a reorganização da assistência a alienados no país, já era alvo de preocupação, pois no Art.20, que trata sobre os profissionais que deveriam compor o quadro de funcionários do Hospício Nacional, consta a necessidade de um pediatra entre eles (Brasil, 1903). Fernandes Figueira¹¹ (1863-1928) foi quem assumiu este cargo no Hospício Nacional, tornando-se também o primeiro diretor do Pavilhão-Escola Bourneville.

Olavo Bilac¹² (1865-1918), renomado poeta brasileiro, após algumas visitas ao HNA, descreve a situação das crianças asiladas antes e depois da inauguração do pavilhão.

Antigamente, as creanças idiotas asyladas no Hospício viviam, n'uma sala apenas cimentada, de rojo no chão, gritando e gargalhando, sem ensino, como animais malfazejos ou repulsivos. . . . Uma vez entradas alli, como creaturas incuráveis, alli ficavam crescendo ao acaso, condenados ao idiotismo perpétuo, ou votadas em futuro próximo ou remoto á loucura furiosa; á demência, á paralyisia geral, e á morte. Inúteis a si mesmas e inúteis á sociedade . . .

Hoje, ninguém lhes assegura a salvação completa, a completa e milagrosa cura, . . . Mas já não há alli um bando de animaes inúteis ou nocivos: d aquella animalidade inconsciente e grosseira, a sciencia e o carinho procuram tirar uma humanidade, incompleta e rudimentar, mas, em todo o caso, *humanidade* (1905, p. 310).

O autor expõe também aspectos do tratamento dispensado a estas crianças:

O processo, adoptado no Hospício para o tratamento e a educação das creanças alienadas, é o processo de Seguin, modificado e aperfeiçoado por Bourneville; e chama-se “Bourneville”, o pavilhão, em que o Dr. Fernandes Figueira dedica todo o

¹¹ Formou-se na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1887. Foi introduzido ao serviço público por Oswaldo Cruz, sendo designado para dirigir a enfermaria de doenças infecciosas de crianças do Hospital São Sebastião. Idealizador e fundador da Sociedade Brasileira de Pediatria, estabelecida em 1910 (Instituto Fernandes Figueira, s/d).

¹² Jornalista e poeta brasileiro e membro e fundador da Academia Brasileira de Letras. Uma das principais expressões do parnasianismo no Brasil.

seu tempo e toda a sua bondade a essa tarefa sagrada de remediar os erros da Natureza, despertando a inteligência adormecida dos seus pequenos pensionistas, - e á maneira de um escultor de almas, amassando, modelando, aperfeiçoando cérebros inertes, até animal-os de vida pensante (Bilac, 1905, p. 310).

Tanto o processo de segregação do público infantil quanto os métodos empregados para assisti-lo foram inspirados nos hospícios franceses. Em Bicêtre, localizado em Paris, o médico alienista Bourneville¹³ (1840-1909) desenvolveu um método médico-pedagógico para o atendimento das crianças lá internadas (Silva, 2008). Esse método “começa corrigindo de muito baixo as regressões á animalidade, e gradativamente eleva o educando fazendo-o ascender á escola primária e, se possível, a alguma cousa do ensino secundário” (Figueira, 1910, p.321).

Outros recursos utilizados no tratamento das crianças no Pavilhão Bourneville consistiam em aulas de costura para as meninas e, diariamente, por meio de um grande fonografo, atividades envolvendo música. Nas palavras de Bilac (1905, p. 315), “A Música, arte primitiva é o encanto d’aquellas almas também primitivas...”

Embora tenha sido um dos principais expoentes no tocante à defesa e à prática de ações visando à educação dessas crianças, Fernandes Figueira acreditava que era um erro restituí-las à sociedade. E são várias as justificativas explicitadas pelo pediatra. Um de seus argumentos consiste na opinião de que o idiota necessita de uma educação contínua, caso contrário, pode regredir, porque “deixa de recordar-lhe as noções” (Figueira, 1910, p. 322). Um segundo argumento se refere ao fato de que a educação do idiota permite os meios deste exercer uma profissão, com a qual pode pagar “as despesas a que força o Estado com a sua manutenção” e, por fim, seu último argumento:

E perpetuamente internado não se reproduz, e embora a sua descendência possa extinguir se na quarta geração – como foi verificado – poupamos á espécie essa odysseá da degradação. Eduquemos o deficiente e conservemol-o á parte, e isso para a sua e para a nossa tranqüilidade social (Figueira, 1910, p. 322).

¹³ Bourneville (1840-1909) dedicou-se a estudar as doenças mentais e nervosas infantis. Foi médico interno em Bicêtre e Salpêtrière em Paris e defendeu a separação das crianças anormais em alas específicas.

Na visão de Figueira (1910), sobre a educação dos atrasados, era condição básica o estabelecimento das condições psíquicas de cada um para distribuí-los em classes, o que geraria um melhor aproveitamento.

Nesta classificação, os idiotas profundos e alguns casos de demência prococissima¹⁴ e de epiléticos corresponderiam ao extremo inferior da escala, “Todos encaminham irremediavelmente para a treva” (Figueira, 1910, p. 323). Acrescenta que, nas posições mais altas da escala, estariam os degenerados, os epiléticos em geral e os débeis. Os dois primeiros eram “hospedes transitórios dos asylos” (p. 324) e o último, deveria receber assistência familiar e o ensino em escolas especiais. A internação permanente nos asylos era recomendada aos imbecis e aos idiotas. Como nos explica Figueira (1910, p. 329):

Todos sabemos que estes espontaneamente melhoram nos asylos. Sentem-se no meio justo, não os atormentam os meninos sãos, não se transformam em estorvo ás famílias. Estão no seu *habitat* próprio, sem perturbações e sem vexames. A gynastica lhes enrija os membros amollecidos, a convivencia acena serenamente para a vida.

O Pavilhão-Escola Bourneville funcionou até 1942, ano em que foi instalado o Hospital de Neuropsiquiatria Infantil (HNPI). Este serviço integrava o Centro Psiquiátrico Nacional, órgão local do Serviço Nacional de Doenças Mentais, cujo regimento foi aprovado pelo Decreto nº 17. 185, de 18 de novembro de 1944 (Brasil, 1944). De acordo com o previsto neste Decreto, era competência do Centro Psiquiátrico Nacional “assistir, distribuir e internar doentes mentais, no Distrito Federal, realizando pesquisas e estudos sôbre as psicopatias” (p. 5), reservando-se ao HNPI as seguintes atribuições: “I – receber para observação e tratamento, até a fase prepuberal, crianças anormais sob o ponto de vista neuro-psiquiátrico; II – manter escola médico-pedagógica para educação e instrução de menores anormais, com classes de perfectíveis e imperfectíveis ou ineducáveis” (p. 7).

Em São Paulo, a criação de um compartimento específico para crianças com transtornos mentais só foi concretizada em 1922, com a inauguração da Seção para Menores Anormais no Hospital Central de Juqueri, por iniciativa de Franco da Rocha. Apesar de sua inauguração, declara Vicente Baptista (1938), seu primeiro diretor, que esta Seção seguiu a mesma organização da ala masculina adulta até 1929, cuja assistência restringia-se aos

¹⁴ Entidade nosológica descrita por Sante de Sanctis no início do século XX na tentativa de estabelecer um diagnóstico diferencial da deficiência mental. Suas características incluíam boa capacidade de memória e percepção, perturbações da atividade voluntária e tendências a ações rítmicas e impulsividade. (Huertas, 1998).

cuidados médicos-higiênicos, “sem vislumbre de qualquer medida pedagógica” (p. 251). Além disso, o pavilhão possuía sérios problemas no que tange à sua estrutura física.

As mudanças ocorreram quando Pacheco e Silva assumiu a direção do Hospital e, baseando-se nos serviços organizados nos Estados Unidos e Europa, empreendeu esforços para a construção de uma escola para os “pequenos psicopatas”, denominada Escola Pacheco e Silva. (Baptista, 1938). Com a nova instalação, a organização do serviço de menores anormais também se modificou, conforme explica Baptista (1938, p. 254):

Os pequenos internados foram divididos em dois grandes grupos fundamentais: *ineducáveis* (idiotas de todos os gêneros, imbecis, epiléticos em marcha para estado demencial, post-encefalíticos graves, etc.) e *educáveis*. Estes, débeis mentais e anômalos com perturbações da moral e do caráter. O pavilhão Asilo foi reservado para o abrigo dos menores ineducáveis; o pavilhão escola para os educáveis.

Após o encaminhamento ao Hospital, os menores eram submetidos ao chamado “exame de entrada”, realizado pelo médico alienista, que os conduzia, dependendo do caso, ou para o pavilhão Asilo ou para o pavilhão Escola (Baptista, 1938).

Além disso, a fim de avaliar o estado físico-mental do menor, orientando sua classificação nosológica e a aplicação das medidas médico-pedagógicas, era realizada uma série de outros exames, tais como ficha biográfica, exames somático, neurológico, mental, psicopedagógico e testes variados. Constam ainda os exames de sangue, urina, fezes e os especializados dos olhos, nariz, ouvido, garganta e dentes (Baptista, 1938).

A prioridade para o ingresso no pavilhão Escola, conforme atesta Baptista (1938), era para crianças a partir dos seis anos, pois “a pedagogia corretiva só é eficaz se precocemente iniciada” (p. 255).

Com relação à educação lá administrada, Baptista (1938) menciona que ela centrava-se em trabalhos manuais, como jogos educativos, modelagem, cartonagem e ensartagem, além de excursões campestres e a prática de ginástica, que propiciava o desenvolvimento físico e, indiretamente, o mental. “Este segundo alvo é obtido, sobretudo, por meio da ‘ginástica de concentração para distraídos’” (p. 256).

Citamos, como exemplos, os principais hospícios das cidades do Rio de Janeiro e São Paulo. Salientamos, todavia, que estas experiências foram realizadas em outras localidades também. Moncorvo Filho (1925) registra a existência, em 1924, de cinco sanatórios voltados à infância doente. Além desse fato, as mudanças na forma de lidar com a criança considerada

anormal foram apontadas por alguns estudos sobre outras instituições. É o caso do Hospício de Alienados do Recife, que, em 1931 dirigido por Ulysses Pernambucano, reorganizou a assistência prestada, criando, dentre outros serviços, um ambulatório e um hospital destinados aos “pequenos psicopatas” (Padovan, 2007).

Os hospícios permaneceram durante muito tempo como a única instituição especializada ao atendimento dos portadores de transtornos mentais, fossem eles adultos ou crianças (Lobo, 2005). Tanto que, ainda em 1967, debatiam-se questões referentes à assistência deste público nos hospícios. É o que constatamos ao examinar o Decreto nº 47.167, de 29 de dezembro de 1967, o qual dispõe sobre a organização da Divisão Psiquiátrica do Juqueri, cuja estrutura do Hospital Central, de acordo com o Art. 7, deveria contar com Serviços de Clínicas Psiquiátricas Masculinas, Serviços de Clínicas Psiquiátricas Femininas e Serviços de Clínicas Psiquiátricas Infantil (São Paulo, 1967).

1.4 Sobre a Prevenção: As Intervenções nas Escolas

No início do século XX, intensificaram-se no Brasil, as discussões acerca da necessidade de organizar o Serviço de Inspeção Escolar, já que o mesmo contava com bons resultados em outros países como Alemanha, Inglaterra, França, Itália, América do Norte, Japão, inclusive na Argentina e Uruguai. Embora já houvesse iniciativas nesse sentido na cidade de São Paulo, nada de sistematizado sobre a higiene escolar existia no país até então (Moncorvo Filho, 1927).

Convém esclarecer que tal discussão acerca de um serviço desta natureza nas escolas tornou-se possível nesse momento no Brasil pelo fato de que, somente com o advento da República, a escola pública, entendida como uma instituição organizada e mantida pelo Estado e dirigida a toda a população, consolidou-se na história da educação brasileira. Como nos revela Saviani (2005, p. 10): “Com efeito, é a partir daí que o poder público assume a tarefa de organizar e manter integralmente escolas tendo como objetivo a difusão do ensino a toda a população”.

Em 1909, no IV Congresso Médico Latino-Americano, o pediatra Clemente Ferreira defende seu posicionamento em prol da higiene escolar por meio de uma apresentação intitulada “A inspeção médica dos collegiaes”, na qual expõe, dentre outras, as seguintes conclusões:

A infância, principalmente na idade escolar, que é a phase da evolução, soffre a aggravação das taras hereditárias e adquire defeitos, attitudes e imperfeições corporaes que muito importa combater, attenuar e prevenir. . . .

A inspecção médica das escolas representa uma providencia de elevado alcance preventivo no ponto de vista da diffusão das enfermidades infecto-contagiosas, constituindo um complemento valioso das operações de defesa sanitária e um poderoso factor de prophylaxia collectiva, principalmente nos aglomerados urbanos.

O serviço de inspecção medica dos collegiaes attende ainda a exigencia imperiosa do ensino, que reclama um corpo e um cérebro sãos e aptos para a instrução (citado por Moncorvo Filho, 1927, pp. 192-193).

Em outubro deste mesmo ano, organizou-se no Rio de Janeiro uma comissão, da qual Moncorvo Filho era integrante, com o intuito de organizar o Serviço Especial de Inspeção Medica Escolar no Distrito Federal. O projeto da organização deste serviço previa que sua finalidade consistia em zelar pela higiene das escolas, buscando “cuidar da saúde dos alumnos e afastar todas as causas de moléstias que o ameacem” (Moncorvo Filho, 1927, p. 196). Dentre as suas atribuições, constava:

Proceder á inspecção repetida e systematica de todos os escolares para o reconhecimento precoce das moléstias contagiosas, estabelecendo o isolamento dos alumnos destas portadores, installando a mais rigorosa vigilância prophylactica e determinando as necessárias desinfecções (Moncorvo Filho, 1927, p. 197).

Tais preocupações integravam o escopo idealizado pela Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), da qual faziam parte Moncorvo Filho, bem como outros representantes da classe médica, educadores, juristas, jornalistas entre outros, e que, nesse período, buscavam concretizar ações visando sanar os problemas sociais que assolavam o país. Os objetivos desta instituição resumiam-se na prevenção “das doenças nervosas e mentaes” (Liga Brasileira de Hygiene Mental, 1930, p. 71), como descreve Caldas (1932a, p. 31):

A hygiene mental tem um importantissimo e um enorme programma a realizar. O seu programma é manter o ajustamento das funções psychicas individuaes ao meio social e cosmico, ou vice-versa, evitando, deste modo, os desequilibrios e desajustamentos que constituem as doenças mentaes.

Ao considerar a criança como um ser “em formação” tanto física quanto psiquicamente, os higienistas viam na infância o momento mais propício para a aprendizagem dos preceitos higiênicos. Esta concepção foi discutida por diversas personalidades¹⁵ no Terceiro Congresso de Hygiene realizado na cidade de São Paulo em 1926. Ao abordarem o tema “*A formação de hábitos sadios nas creanças*”, os autores destacaram dois pontos principais: que a formação de hábitos sadios deve começar o mais cedo possível; e a escola primaria enquanto um local primordial de instrução e propagação desses hábitos.

Até a idade escolar os pais deveriam ser os responsáveis por inculcar na criança estas noções. A partir de então, estas medidas deveriam ser intensificadas na escola, porque como explica Sá (1929, p. 812), “. . . é na escola primaria, é depois dos 5 annos de idade que se constituem as collectividades de creanças, sobre as quaes se torna possível exercer influencia para a formação de hábitos sadios”. Além disso, de acordo com o autor “nas escolas primarias as creanças são pelo menos cem vezes mais numerosas e acessiveis do que nos jardins de infância ou nos domicílios dos paes” (Sá, 1929, p. 812). E eram diversos os meios adotados a fim de transmitir os hábitos almeçados às crianças, dentre eles destacamos a capacitação de professores com lições acerca da educação higiênica, a inspeção das classes e alunos e o acompanhamento das famílias pelas visitadoras da saúde pública.

Sá (1929) menciona inclusive a utilização de jogos ou brincadeiras sobre o tema. Em algumas escolas do Rio de Janeiro, organizou os chamados “pelotões da saúde”, cujo regulamento compunha-se de um cartão de deveres diários e uma tabela de promoções. A cada dever cumprido, a criança recebia uma premiação, caso contrário perdia pontos. Vejamos alguns destes deveres:

- 1º - Hoje escovei os dentes.
- 2º - Hoje tomei banho.
- 3º - Hoje fui a latrina e depois lavei as mãos com sabão.
- 4º - Hontem me deitei cedo e dormi com as janellas abertas.
- 5º - De hontem para hoje já bebi mais de quatro copos d'água.
- 6º - Hontem comi hervas ou fructas, e bebi leite.
- 7º - Hontem mastiguei devagar tudo quanto comi.
- 8º - Hontem e hoje andei sempre limpo.

¹⁵ Participaram do evento, dentre outras notoriedades, Waldomiro de Oliveira, Carlos Sá, Almeida Júnior, César Leal Ferreira, W. Radecki, Olinto de Oliveira, Colombo Spinola, Carneiro Leão, Ulysses Pernambuco e Moncorvo Filho.

9º - Hontem e hoje não tive medo.

10º - Hontem e hoje não menti. (Sá, 1929, pp. 815-816).

Além destas medidas, tendo em vista a formação de indivíduos são psiquicamente, a Liga inaugura, em dezembro de 1932 no Rio de Janeiro, a Clínica de Euphrenia, dirigida por Mirandolino Caldas. Mas, antes de adentrarmos aos aspectos da clínica propriamente dita, convém explicar em que consistia a Euphrenia.

Caldas (1932a, p. 31) a define como o “estudo que tem por fim assegurar a bôa formação do psychismo”. O psiquismo humano, na concepção deste autor, constitui-se não só pelos fatores hereditários como também por influência do meio. Por este motivo acreditava, assim como outros higienistas, que muitas características consideradas desejáveis poderiam ser desenvolvidas via educação. À Euphrenia caberia, nesse contexto, o acompanhamento dos “pequeninos seres, auxiliando e orientando a formação do seu psychismo, de tal modo que este possa, praticamente se approximar o maximo possível do padrão psychologico normal” e isto ocorreria “não somente estimulando as boas qualidades innatas, como attenuando as predisposições morbidas hereditarias” (Caldas, 1932a, p. 36).

A criação da clínica de Euphrenia foi inspirada com base em estudos sobre clínicas semelhantes existentes em outros países. Buscou-se organizar um serviço cujos objetivos primassem pelo “aperfeiçoamento do psychismo, atravez de uma actuação medico-pedagogica directa no período inicial do desenvolvimento mental infantil” (Caldas, 1932b, p. 66).

A estrutura física desta clínica era composta por cozinha, refeitório, salas para o funcionamento do serviço social, diretoria e biblioteca, laboratório de psicologia, consultório clínico, banheiros e área externa. Em uma instalação separada, havia ainda dois dormitórios. A clínica prestava atendimento a crianças de até doze anos. Constituía-se por três serviços técnicos: o serviço social, formado por duas enfermeiras visitadoras; o serviço psicológico, realizado pela psicologista chefe do serviço; e o serviço clínico sob a responsabilidade do neuro-higienista. Após a matrícula no serviço, o caso era trabalhado em duas fases, uma de investigação e outra de aplicação prática, visando à solução do problema (Caldas, 1932b).

Na primeira fase, o caso era entregue, inicialmente, ao serviço social, cujas funções abarcavam o inquérito domiciliar ou escolar a fim de colher dados, sobretudo do ambiente em que a criança vivia. O próximo passo consistia no trabalho do serviço de psicologia, no qual a criança era submetida a uma série de exames psicométricos e, finalizando a primeira etapa, competia ao neuro-higienista a realização de exames médicos e o estudo do caso no intuito de

“saber quais os problemas sociais ou individuais que pedem solução e como solucioná-los” (Caldas, 1932b, p. 77).

A segunda fase correspondia à eufrenização propriamente dita, ou seja, o encaminhamento e o reajustamento dos casos. Os casos identificados com algum tipo de “anormalidade”, como a oligofrenia por exemplo, eram encaminhados para um “educandário especial” (Caldas, 1932b, p. 77), já os casos considerados “normais” representavam o objeto de cuidado dos profissionais da clínica, como observamos no excerto:

A maioria das crianças que vão preocupar o eufrenista ou neuro-higienista são crianças intelectualmente normais ou supranormais, apresentando, porém, desvios da personalidade ou instabilidade afetiva, que precisam ser corrigidos.

São crianças que, sendo bem amparadas no período crítico da sua infância, serão no futuro os elementos e os dynamos, que accionarão o progresso da patria, ao passo que, desamparadas ou incompreendidas, poderão formar na fileira dos psychopathas e criminosos que constituem o peso morto da nação (Caldas, 1932b, p. 77).

A importância da clínica de Eufrenia também é destacada pelo professor Fernando Magalhães em entrevista ao jornal “O Globo” publicada em outubro de 1932.

Basta citar os seus fins para se ter uma ideia da sua importância: prevenir as anomalias mentais, auxiliar a boa formação do carácter, educar as crianças e as suas famílias, de modo que a sociedade possa tornar-se mais harmoniosa e equilibrada (Magalhães, 1932, p. 85).

Esta noção de que as perturbações mentais podiam ser prevenidas e, de preferência, com intervenções ainda na infância tem como um de seus princípios a concepção de que a doença mental não surge de repente, mas desenvolve-se e mostra sinais durante um longo período de tempo. Para Marcondes (1941), a doença mental do adulto resultava, na maioria dos casos, “de um processo de desadaptação que, sob formas diversas, já vinha se manifestando desde a idade infantil” (p. 251). Assim, a intenção em alocar um serviço de higiene mental nas escolas era a identificação de sinais desta “desadaptação” a fim de corrigi-las precocemente. E, nesse processo de identificação, as professoras cumpriam um relevante papel.

Desde 1927, conforme afirma Marcondes (1941), as escolas do Estado de São Paulo tinham como recurso o serviço de um médico psiquiatra. Mais tarde, já na década de 30, esta medida foi ampliada com a criação da Secção de Higiene Mental Escolar em 1938, sob a direção do médico Durval Marcondes¹⁶. Esta seção prestava assistência aos escolares com problemas psíquicos por meio da clínica de orientação infantil¹⁷, que consistia em “uma clínica psiquiátrica destinada a diagnosticar e a tratar a conduta das crianças e os problemas de sua personalidade” (Stevenson, citado por Marcondes, p. 251).

As clínicas de orientação infantil têm sua origem nos Estados Unidos e estavam ligadas, a princípio, à questão da delinquência. Foram criadas em 1909, a partir do desenvolvimento do movimento de higiene mental, com o intuito de estudar os casos submetidos ao tribunal de menores. Posteriormente, espalharam-se por diversas localidades do país abrangendo não só os casos sobre conseqüências legais (Marcondes, 1941).

No Brasil, como já mencionamos, as clínicas de orientação infantil foram instaladas nas escolas públicas. No Rio de Janeiro, surgiram em 1934, tendo como seu diretor o médico higienista Arthur Ramos (1903-1949)¹⁸. Este serviço integrava o complexo de atividades desenvolvidas pela Secção de Ortofrenia e Higiene Mental, cujo programa englobava uma série de ações de cunho preventivo, tais como a higiene mental dos pré-escolares, a educação de pais, professores e visitantes, clínicas de hábitos e de direção da infância, exame médico-psicológico do escolar, orientação dos psicologicamente sãos, reajustamento dos mal-ajustados, formação mental do educador, divulgação através do rádio, cinema, boletim, trabalhos experimentais, entre outros (Mendonça, 2006).

Tanto no Rio de Janeiro quanto em São Paulo, as clínicas tinham o mesmo padrão de funcionamento. Caracterizavam-se pelo enfoque multidisciplinar e integrado visando à compreensão da criança e de seus problemas a partir de diferentes abordagens, contando para isso com o apoio de basicamente quatro profissionais: o médico psiquiatra, o médico internista, a psicologista e a visitadora sanitária. Cada profissional cumpria sua parte na avaliação da criança e, posteriormente, a equipe se reunia a fim de discutir as conclusões a

¹⁶ É considerado um pioneiro da psicologia brasileira. Nasceu em 1899, teve atuação destacada no desenvolvimento da Psicologia e na implantação da Psicanálise no Brasil, sendo responsável pela fundação da primeira Sociedade Psicanáltica da América Latina. Faleceu em 1981 (Sagawa, 2002).

¹⁷ As Clínicas de Orientação Infantil foi o tema desenvolvido por Mendonça (2006).

¹⁸ Médico, psicólogo social, etnólogo, folclorista e antropólogo brasileiro. Em 1921 ingressou na Faculdade de Medicina da Bahia. Fundou e dirigiu o Serviço de Higiene Mental do Departamento de Educação do Rio de Janeiro. Publicou inúmeras obras nas áreas de antropologia, sociologia psicologia e psicanálise. (Sircilli, 2005).

respeito do caso e firmar “uma síntese diagnóstica e uma diretriz harmônica no trato do problema” (Marcondes, 1941, p. 252).

A partir deste procedimento, a terapêutica seguia dois cursos: o tratamento médico e psicoterápico da criança e as mudanças de atitude das pessoas envolvidas no ambiente da mesma. Ainda sobre o funcionamento das clínicas, Marcondes (1941, p. 253) acrescenta:

Nela se estuda a criança com problemas de conduta, focalizando e corrigindo as condições desfavoráveis que oneram a evolução da sua personalidade. A criança é enviada à clínica pelos pais, professores, diretores dos estabelecimentos de ensino, médicos escolares, pelas educadoras sanitárias e demais pessoas interessadas. As queixas abrangem as diversas formas de *desadaptação psíquica: timidez, mitomania, mentira, furto, rebeldia, medo mórbido, etc.* [grifos nossos].

É interessante observar que esta forma de atendimento oferecida nas Clínicas de Orientação Infantil passou a ser determinada pelo artigo 24 do Decreto nº 58.740, de 28 de junho de 1966, que dispõe sobre as normas técnicas especiais do código nacional de saúde para assistência e proteção à maternidade, à infância e à adolescência:

As crianças e os adolescentes portadores de *desajustamentos emocionais, que poderão conduzir a desordens de comportamento de vários tipos*, incluindo perturbações de natureza psicossomática, serão atendidos através de serviços de Orientação Infanto-Juvenil, que terão como finalidade *a prevenção de distúrbios mais graves na vida adulta* [grifos nossos] (Brasil, 1966, p. 6).

1.5 A Atual Política de Saúde Mental Brasileira

A OPAS e a OMS, desde 2001, por meio do *Relatório sobre a saúde no mundo*, propõem uma nova maneira de compreender o transtorno mental¹⁹, recomendando a todos os países um tratamento pautado na atenção comunitária e numa abordagem multiprofissional. Afirmando, entretanto, que este processo não começou em muitas regiões do mundo e, em

¹⁹ A OPAS e OMS (2001) definem transtorno mental como “condições clinicamente significativas caracterizadas por alterações do modo de pensar e do humor (emoções) ou por comportamentos associados com angústia pessoal e/ou deterioração do funcionamento” acrescentando que “não constituem apenas variações dentro da escala ‘normal’, sendo antes fenômenos claramente anormais ou patológicos” (p.18).

outros locais, onde estes serviços já se encontram bem estabelecidos, menos da metade das pessoas que necessitam de atenção os utilizam. Dados da World Health Organization (2005) constataram que 23% dos países na Europa não possuem programas específicos para saúde mental na infância, índice que chega a 26% no continente americano. Já nos países em desenvolvimento, embora um número restrito de países tenha sido avaliado, os dados apontaram que o tratamento é realizado, em sua maioria, em hospitais ou outros locais de internação.

Atendendo a esta “nova” concepção, resultante, sobretudo, dos movimentos sociais em prol da Reforma Psiquiátrica, vivenciamos, no Brasil, o processo de implantação de uma outra forma de intervenção no campo da saúde mental com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico. Nesta nova modalidade de atendimento, os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) são considerados como a referência primordial, visto que o serviço “não se define como um mero estabelecimento de saúde mental onde se aplicam técnicas e tratamentos diversos” (Elia, 2005), mas fazem parte de uma rede de cuidados. Inclui-se nesta rede, além dos serviços específicos de saúde, outras instituições, como associações cooperativas, e a própria comunidade do paciente (Delgado, Schechtman, Weber, et al., 2007).

Sobre o trabalho em rede, Amarante (2007, p. 86) explica que “os serviços de atenção psicossocial devem sair da sede do serviço e buscar na sociedade vínculos que complementem e ampliem os recursos existentes”, o que implica numa articulação com todos os dispositivos referentes ao campo da saúde mental e saúde geral, tais como ambulatórios, unidades básicas de saúde, residências de egressos, hospitais-dia e hospitais gerais, entre outros. Devem interagir também com os recursos existentes nos demais setores sociais, como ministério público, delegacias, igrejas, escolas e instituições voltadas ao esporte, lazer, cultura e arte, possibilitando, assim, a formação “de uma série de pontos de encontro, de trajetórias de cooperação, de simultaneidade de iniciativas e atores sociais envolvidos” (p. 86).

Dentro desta rede de atenção à saúde mental, os CAPS devem desempenhar, de acordo com a proposta do Ministério da Saúde (Brasil, 2004a), um papel estratégico, configurando-se como:

um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida (p. 12).

Segundo a Portaria nº 336/GM (Brasil, 2002a), os CAPS podem apresentar-se em cinco modalidades de serviço, que se diferenciam de acordo com o porte, a capacidade de atendimento e a clientela. São elas: CAPS I, CAPS II, CAPS III, destinados a adultos portadores de transtornos mentais; CAPSad, destinado aos usuários de álcool e drogas; e CAPSi, destinados a crianças e adolescentes portadores de transtornos mentais. Enfatizaremos, aqui, alguns aspectos pertinentes a esta última modalidade, visto ser este nosso objeto de estudo.

1.6 A Construção da Política de Saúde Mental para a Infância e a Adolescência

No Brasil as políticas de atenção à saúde mental infantil, pautadas numa rede comunitária de cuidados substitutiva ao modelo manicomial, passaram a ser discutidas já na I Conferência de Saúde Mental, realizada em Brasília em 1987. Vejamos algumas propostas apresentadas neste evento:

Que se adotem normas legais que limitem a internação psiquiátrica de menores e a mantenham sob controle; . . . Que os critérios de funcionamento hospitalar e relação de leitos por técnicos sejam estabelecidos, considerando as características próprias de cada faixa etária, assim como o direito ao atendimento multiprofissional (Brasil, 1988, p. 25).

Em 1992, na II Conferência de Saúde Mental, as propostas destacaram a necessidade de efetuar a desinstitucionalização “de todas as instâncias com características manicomiais” (Brasil, 1994, p. 7) incluindo as instituições para menores. Já na III Conferência de Saúde Mental, realizada em 2001, o debate acerca da constituição das políticas públicas na área da saúde mental infantil se intensificou, tanto que, no relatório final do evento, há um item específico tratando sobre o assunto:

Criar a política de atenção à saúde mental da criança e do adolescente, mediante a implementação de CAPS infantil e outros serviços e garantir que o Ministério da Saúde normatize a criação dos CAPS, tendo como fundamentos os princípios da Reforma Psiquiátrica e do Estatuto da Criança e do Adolescente. . . .

A rede de atenção integral à criança e adolescente deve garantir acessibilidade, fluxo e priorização de casos de maior gravidade, dentro de um enfoque multiprofissional.

Os CAPS infanto-juvenis ou outros dispositivos de base territorial devem ter como uma de suas prioridades de ação os projetos de desinstitucionalização de crianças e adolescentes internados em manicômios ou abrigos públicos, filantrópicos ou privados (Brasil, 2002b, pp. 57-58).

É somente nesta última conferência que encontramos, conforme evidenciam os excertos citados anteriormente, uma alusão direta ao dispositivo CAPSi. Tomando como referência o material específico sobre este serviço divulgado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2004a, p. 23) temos a seguinte definição:

O CAPSi é um serviço de atenção diária *destinado ao atendimento de crianças e adolescentes gravemente comprometidos psiquicamente. Estão incluídos nesta categoria os portadores de autismo, psicoses, neuroses graves* [grifos nossos] e todos aqueles que, por sua condição psíquica estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais.

Sobre o seu funcionamento, Elia (2005), em texto publicado pelo Ministério da Saúde acerca da política de saúde mental infanto-juvenil, enfatiza que este deve ser norteado pela noção de acolhimento universal. O que significa, em última análise, que toda a demanda dirigida ao CAPSi ou a qualquer outro dispositivo de saúde deve ser recebida, ouvida e respondida. Lembrando que as respostas à demanda podem ser: a admissão para o tratamento, a espera para admissão em momento posterior, encaminhamento para outros serviços e ainda a desconstrução da demanda.

Nos casos em que há necessidade de tratamento no CAPSi, estes devem envolver, conforme preconiza o Ministério da Saúde, atendimentos individuais e em grupo, oficinas terapêuticas, tratamento medicamentoso, visitas domiciliares, atendimento à família, atividades comunitárias, entre outras (Brasil, 2004a).

1.7 O Trabalho em Saúde Mental na Rede Substitutiva: Uma Prática em Construção

Apesar de representar uma ruptura com o modelo manicomial na forma de tratar e lidar com o portador de transtorno mental, a construção e a organização de novas instalações, com técnicas, profissionais e abordagens diferentes, não significam, necessariamente, a concretização dos princípios da reforma psiquiátrica. Isso porque, de acordo com Bezerra (1999), este processo envolve uma redefinição do objeto e do objetivo da prática do cuidado em saúde mental. Para o autor, o objeto de tal prática refere-se ao “sofrimento psíquico experimentado pelo indivíduo em sua relação com o mundo em que vive, sofrimento que restringe seu horizonte de possibilidades, que pode diminuir ao extremo sua capacidade de responder criativamente às injunções que a vida lhe impõem” (Bezerra, 1999, p. 15). Dessa forma, o objetivo das intervenções, nesta área, implica na criação de espaços e estratégias que possibilitem a reconstrução dessa capacidade.

Sobre este assunto, Stasevskas e Maximino (1999) ressaltam a necessidade em avaliar a eficácia desse processo de substituição do hospital tradicional, visto que “excelentes intenções podem se tornar inócuas pela rigidez e pelo caráter alienante dos procedimentos por elas propostos” (p. 155). Assim, o desenvolvimento de atividades terapêuticas deve ser pensado levando-se em conta as repercussões que elas terão sobre os usuários. Nas palavras de Bezerra (1999, p. 16):

Haverá, como consequência de sua adoção, uma ampliação da capacidade normativa do sujeito? Ele estará mais apto a manejar as rédeas de sua existência? Estará mais capaz de produzir novos laços, de circular mais livremente, de agir de modo mais criativo?

De acordo com Scarcelli (1999), a consolidação deste novo modelo de atenção à saúde mental é determinada não apenas pelas questões políticas e materiais, mas, sobretudo, pela participação dos trabalhadores desta área, “pela sua disposição a iniciativas, pelo seu espírito de criação associado a uma formação adequada” (p. 300).

Embora fundamental, a atuação profissional no campo da saúde mental é, da forma como vem se delineando, permeada por incertezas. Figueiredo (1995) explica estas incertezas como advindas da forma de organização do cotidiano de trabalho nas instituições. A autora elenca dois tipos de equipe, a hierárquica e a igualitária. A primeira diz respeito a uma distribuição verticalizada do poder de intervenção, na qual, em geral, prevalece o saber

médico e que, muitas vezes, produz como problemas a rigidez ou inflexibilidade. E a última corresponde a uma forma de organização na qual todos os integrantes da equipe devem ter a palavra independente do momento, o que pode gerar uma indefinição ou conflito de especialidades.

Para Scarcelli (1999), as incertezas suscitadas neste campo estão ligadas à falta de um saber que oriente as práticas nesse contexto, já que, com o abandono da concepção clássica de transtorno mental e das formas tradicionais de lidar com ele, o saber psiquiátrico que as respaldava também não é mais exclusivo, propiciando diferentes formas de interpretar e cuidar das pessoas acometidas por transtorno mental. Daí a necessidade de uma equipe formada por profissionais de áreas variadas, denominada equipe multiprofissional, que se tornou um dos pilares da atual política direcionada à saúde mental. Em suma,

O grande desafio é desenvolver o trabalho coletivamente, mesmo porque a sensação de “não saber” faz parte do cotidiano dos trabalhadores, seja pela condição precária de formação, seja pela falta de um terreno teórico seguro, que ainda está por ser construído (Scarcelli, 1999, p. 303).

Parece ainda não haver clareza se a prática dentro desta nova proposta de atenção à saúde mental está, até o momento, produzindo ou não os resultados almejados com a sua criação. Porém, a implantação de novas modalidades de serviço nesta área está em ascendência no país. De acordo com informações do Ministério da Saúde (Brasil, 2008), o total de CAPSi chega a 95 unidades, distribuídas em todas as regiões do Brasil. Um deles localiza-se no município de Apucarana-PR, o qual tomamos como objeto de estudo. Os motivos de sua escolha, assim como sua caracterização são explicados no capítulo a seguir.

Aponte o dedo, pergunta que é isso? Como foi parar aí? Por que? Você faz parte de tudo (Bertold Brecht).

2 FORMULANDO O PROBLEMA

Delinear o objeto de estudo, bem como chegar ao objetivo que norteou o desenvolvimento desta dissertação não foi tarefa simples. Queremos dizer com isso que os problemas que tentamos investigar nesta pesquisa não surgiram repentinamente, prontos e acabados, mas foram construídos gradualmente a partir de situações vivenciadas por nós no dia a dia do CAPSi *José Pazelo*. Mostrar como se processou esta construção é nosso intuito no presente capítulo. Lembrando que, pela política vigente, o atendimento ao portador de transtorno mental deve ser feito dentro de uma rede de cuidados, iniciaremos nossa exposição apresentando como esta rede está configurada no município de Apucarana-PR.

2.1 A Rede de Atenção à Saúde do Município de Apucarana-PR

O CAPSi *José Pazelo*, inaugurado em 28 de novembro de 2007, localiza-se no município de Apucarana-PR²⁰. Este serviço se configura como um dispositivo de saúde mental do Sistema Único de Saúde, voltado para o atendimento de crianças e adolescentes até 17 anos. Fisicamente, o CAPSi deste município atende ao que é preconizado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2004a), contando com os seguintes recursos: consultórios para atividades individuais, salas para atividades grupais, espaço de convivência, oficinas, refeitório, sanitários e área externa para a prática de oficinas e esportes.

As atividades, que incluem tratamento medicamentoso, psicoterapia (individual e em grupos), oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento à família e atividades comunitárias, devem ser desenvolvidas por equipe multiprofissional e seu funcionamento ocorre de segunda a sexta-feira das 8h às 18 horas. Atualmente, integram a equipe duas psicólogas, uma enfermeira, uma assistente social, um auxiliar de enfermagem, três médicas, sendo duas psiquiatras e uma neurologista, um técnico administrativo, uma auxiliar de serviços gerais e uma estagiária de psicologia.

Além deste dispositivo, o município de Apucarana possui na área da saúde:

- Unidades Básicas de Saúde (UBS): são em número de vinte e seis e oferecem consultas em geral e atendimentos de rotina;

²⁰ A cidade de Apucarana está localizada geograficamente na região Norte do Estado do Paraná. Sua extensão territorial é de 558 km². Possui uma população de 120.133 habitantes. As principais atividades econômicas são a produção e industrialização do couro e de derivados de milho e a indústria têxtil, sendo responsável pela produção de 50% dos bonés do país (IBGE, 2008).

- Mini-Postos: em número de dez, são unidades intermediárias que prestam atendimentos simples de rotina e realizam exames de pequena complexidade;
- 1 CAPS para usuários de álcool e drogas;
- Hospital geral: possui 148 leitos ativos. De acordo com informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES, 2009), desse total de leitos, um é destinado ao atendimento em nível psiquiátrico;
- Hospital materno-infantil: disponibiliza 111 leitos;
- Pronto-atendimento municipal: presta atendimento de urgência clínica e pediátrica;
- Centro Infantil: realiza consultas pediátricas e odontológicas em geral e possui emergências de recuperação de desnutridos;
- Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Ivaí e Região (CISVIR): abrange dezesseis municípios. Os principais serviços disponibilizados se referem ao atendimento de especialidades médicas.
- Sede da 16ª Regional de Saúde do Estado do Paraná: presta apoio e investimentos nos municípios e nos consórcios. Oferece serviços a dezessete municípios da região na área de vigilância sanitária, combate a endemias, saúde do adolescente, idoso e mental, planejamento familiar, entre outros (Apucarana, 2009a).

Acrescentamos a estes, dois outros serviços que não têm sua sede em Apucarana, mas prestam serviços ao município por integrarem o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Ivaí (CISVIR), quais sejam, o Hospital Regional do Vale do Ivaí, entidade filantrópica mantida pelo repasse do SUS, que disponibiliza 240 leitos para a assistência psiquiátrica a adultos e destina mais 20 a usuários de idade inferior a 18 anos do sexo feminino; e o Centro de Atenção Psicossocial Nova Mente (CAPS I), voltado ao atendimento de adultos da região portadores de transtornos mentais severos, localizados nos municípios de Jandaia do Sul e Cambira-PR respectivamente (Paraná, 2009).

2.1.1 Outros setores públicos envolvidos com a infância: a justiça e a escola

Além da saúde, outros setores atuam junto ao público infanto-juvenil. Na área jurídica, destacamos o Conselho Tutelar e a Vara da Infância e Juventude que têm participação nos encaminhamentos e prestam apoio ao CAPSi quando necessário.

No âmbito educacional, a rede de ensino totaliza 52 escolas, sendo 15 delas destinadas ao ensino de 5ª a 8ª séries e ao ensino médio e 37 ao ensino de 1ª a 4ª séries. Estas últimas

contam com o serviço da Saúde do Escolar, programa vinculado à Secretaria de Desenvolvimento Humano do município, que é formado por equipes compostas por psicólogos, fonoaudiólogas e pedagogas responsáveis pela avaliação, atendimento e encaminhamentos dos alunos das escolas municipais que apresentam alguma dificuldade escolar, seja de aprendizagem ou comportamento (Apucarana, 2009b).

De acordo com uma das psicólogas que integram a Saúde do Escolar, o processo de avaliação tem início com o encaminhamento da criança pela escola a este serviço. Tal encaminhamento é realizado por meio de fichas, que são entregues às escolas no início do ano letivo, nas quais são descritas as dificuldades do aluno. A partir de então, cada profissional cumpre sua parte na avaliação, juntos formulam um laudo e é feita a devolutiva à escola, como descreve a psicóloga: “essa avaliação eu faço minha parte, a pedagoga faz a dela, daí a gente faz um laudo, daí a gente devolve pra escola”.

Ela acrescenta que, em geral, os recursos utilizados neste processo de avaliação são entrevistas, observações e testes. “A minha parte é com a família, converso, faço a anamnese e, depois, eu aplico testes . . . Mas tem muito a observação da criança, a parte de dificuldades, de introversão, extroversão da criança, iniciativa”.

Dependendo dos resultados da avaliação, prosseguem-se os possíveis encaminhamentos, que variam desde a sugestão para a inclusão dentro de algum recurso disponível na própria escola até o direcionamento para um atendimento especializado. Nas palavras da psicóloga:

Tem vários encaminhamentos, tem a classe especial, é uma alternativa, tem a APAE, às vezes, a gente encaminha, tem a sala de recursos, senão o apoio na própria escola, . . . a gente pode encaminhar para o especialista, neuro, oftalmo, fono.

2.2 O Problema Propriamente Dito

Logo nos primeiros meses de funcionamento do CAPSi, um fato passou a despertar a atenção da equipe de profissionais lotadas neste centro: o alto índice de encaminhamentos envolvendo queixas escolares. Junto com tal inquietação, a equipe viu-se diante de um impasse, o que fazer com esta demanda? E aqui, arriscamo-nos a afirmar que foi este o ponto de partida para a construção desta dissertação.

Partindo da suposição de que tais encaminhamentos ocorriam por um possível desconhecimento das escolas acerca do que era um CAPSi, uma das tentativas empreendidas pela equipe de profissionais do CAPSi *José Pazelo*, a fim de minimizar esta situação, foi elucidar às escolas possíveis dúvidas referentes ao funcionamento e público a ser atendido pela instituição.

Isto se concretizou em junho de 2008, quando o Conselho Tutelar do município promoveu uma reunião com os vários órgãos públicos vinculados ao cuidado da criança para debater sobre evasão escolar. Como nesta ocasião estariam presentes representantes de todas as escolas estaduais e municipais, foi solicitada pela equipe do CAPSi a disponibilização de um espaço para explicar e dirimir possíveis dúvidas acerca da finalidade e funções do serviço, a qual foi atendida.

Além de mobilizar iniciativas como esta, os encaminhamentos referentes a queixas escolares contribuíram para a delimitação do recorte metodológico da presente pesquisa. Ou seja, com base na análise da demanda escolar encaminhada ao CAPSi *José Pazelo*, buscamos compreender não só os motivos que levam crianças com queixas escolares a chegarem até este serviço, mas também avaliar o trabalho desenvolvido e o atendimento a elas prestado pela equipe de profissionais deste dispositivo.

Tendo em vista o cumprimento deste objetivo, decorridos seis meses da realização do evento citado, levamos avante um estudo para avaliar estatisticamente se, após este período, mantinha-se ou não o alto índice de encaminhamentos envolvendo queixas escolares. Como os resultados²¹ deste empreendimento apontaram que a demanda escolar atendida pelo CAPSi continuava alta, as indagações em torno desse fenômeno também persistiram. Afinal, por que, mesmo após os esclarecimentos prestados às escolas, esta forma de encaminhamento perseverava? Estabelecemos duas possibilidades sobre as quais nos propusemos a refletir: tal fato consiste realmente em uma necessidade, partindo do princípio de que todas as crianças direcionadas ao CAPSi por queixas escolares são portadoras de transtornos mentais graves, ou estes encaminhamentos são realizados de forma inadequada. Para avaliar estas duas possibilidades, adotamos como estratégia a realização de estudos de caso. A investigação de seis casos²² de crianças acolhidas pelo CAPSi devido a problemas relacionados à escola propiciou não apenas o levantamento de subsídios para averiguar nossas suposições como também a obtenção de dados que suscitou outras indagações. Notamos, por intermédio desses casos, que, ao contrário do que preconiza a política que orienta a criação e o funcionamento

²¹ Os resultados desta etapa da pesquisa podem ser consultados na página 65.

²² Os relatos dos seis casos encontram-se descritos entre as páginas 72 e 97.

do CAPSi, o trabalho multiprofissional neste dispositivo não foi privilegiado, o diagnóstico assim como a decisão de medicar os usuários se concentram na figura do médico o que, em suma, sugere que o CAPSi vem funcionando como um ambulatório.

Diante de tais constatações, julgamos relevante investigar a dinâmica de atendimento do CAPSi e o fizemos por meio de entrevistas com os profissionais deste dispositivo.

Dessa forma, esta pesquisa delineou-se em três fases subsequentes:

- Primeira fase: levantamento estatístico de todos os casos acolhidos pelo CAPSi *José Pazelo* entre julho e dezembro de 2008;

-Segunda fase: realização de estudos de caso envolvendo usuários encaminhados ao CAPSi devido a queixas escolares;

-Terceira fase: investigação do cotidiano de trabalho do CAPSi *José Pazelo* por meio de entrevistas com os profissionais desta instituição.

É sobre cada uma destas fases que trataremos no capítulo seguinte.

“Caminhante, não há caminho. Faz-se o caminho ao caminhar” (Antonio Machado).

3 TECENDO A PESQUISA: Uma construção em três fases

Considerando o CAPSi como um dispositivo recente dentro das políticas públicas de saúde mental do Brasil e, por tal motivo, um tema ainda pouco debatido, podemos caracterizar este estudo como uma pesquisa exploratória. Segundo Gil (2007) uma das finalidades desta modalidade de pesquisa consiste em ampliar o conhecimento sobre determinado assunto visando torná-lo mais explícito.

Com o intuito de compreender a dinâmica de atendimento de um CAPSi, delimitamos como local a ser investigado o CAPSi *José Pazelo*, localizado no município de Apucarana-PR, e, nesta instituição, recortamos para estudo a demanda escolar, uma dentre tantas outras que são acolhidas pelo serviço. A fim de atingir este objetivo, realizamos uma pesquisa de campo, que, de acordo com Minayo (1996), possibilita o encontro direto do investigador com seu objeto de estudo. No presente estudo, a pesquisa de campo permitiu o acesso a dados concretos e atuais referentes ao CAPSi. A pesquisa de campo ocorreu em três fases. Ressaltamos, todavia, que elas não foram planejadas a priori, mas desenvolvidas uma em decorrência da outra. Esta trajetória é o assunto abordado neste capítulo.

Iniciamos este estudo solicitando à coordenação do CAPSi de Apucarana uma autorização por escrito para a realização do mesmo. De posse desta autorização, encaminhamos o projeto de pesquisa para apreciação do Comitê de Ética da Universidade Estadual de Maringá e, uma vez aprovado este processo, prosseguimos com os demais passos da pesquisa.

3.1 Primeira Fase

Levando em consideração que o fator estimulador desta pesquisa foi a demanda escolar encaminhada ao CAPSi, nesta fase, visamos identificar se a demanda a ser investigada era, de fato, expressiva. Assim, esta primeira etapa consistiu em um estudo quantitativo.

Inicialmente, realizamos uma consulta a todos os prontuários dos usuários acolhidos pelo CAPSi *José Pazelo* no período compreendido entre julho e dezembro de 2008. De acordo com Chizzotti (2000), as informações necessárias a uma pesquisa podem ser obtidas por meio de “observações, de reflexões pessoais, . . . ou ainda do acervo de conhecimentos reunidos em bibliotecas, centros de documentação bibliográfica ou de qualquer registro que contenha dados” (p. 16).

No total, examinamos 193 prontuários, por meio dos quais foi possível verificar as características da clientela. As informações obtidas foram discriminadas em idade, gênero, queixa, quem encaminhou ao CAPSi e diagnóstico, as quais foram organizadas sob a forma de tabelas e gráficos.

3.2 Segunda Fase

Como os resultados provenientes da primeira fase da pesquisa revelaram um número expressivo de casos que envolviam queixas escolares atendidos no CAPSi, optamos pela realização de estudos de caso a fim de compreender as razões de tais encaminhamentos e posterior acolhimento pelo CAPSi. Segundo Chizzotti (2000, p. 102), o estudo de caso caracteriza-se por designar “as pesquisas que coletam e registram dados de um caso particular ou de vários casos, a fim de organizar um relatório ordenado e crítico de uma experiência”.

Contemplamos esta modalidade de pesquisa na medida em que ela representa “a estratégia preferida quando se colocam questões do tipo como e por que, quando o pesquisador tem pouco controle sobre os acontecimentos e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real” (Yin, 2005, p. 19).

Para realizar o recorte que gerou os casos aqui estudados, utilizamos os mesmos prontuários examinados na primeira fase. A população investigada foi as famílias, os educadores, uma profissional da saúde e duas profissionais da Saúde do Escolar. Estas pessoas, de alguma forma, estiveram envolvidas ou contribuíram prestando esclarecimentos concernentes aos casos dos alunos encaminhados ao CAPSi *José Pazelo* com queixas referentes a problemas escolares, com as quais realizamos entrevistas.

Como técnica para coleta de dados, optamos pela entrevista que, de acordo com Yin (2005), consiste, juntamente com a observação direta dos acontecimentos, em um recurso fundamental quando se trabalha com estudo de caso (Yin, 2005). Para Moro, Lecuona e Álvarez (1985), a entrevista constitui uma técnica cujo objetivo “es la recopilación cualitativa de información, mediante el testimonio directo de uno o vários participantes o testigos de um acontecimiento o processo histórico” (p. 192).

Dentre as modalidades de entrevistas, optamos, nesta pesquisa, pela entrevista semi-dirigida. Chizzotti (1991) estabelece que este tipo de entrevista permite relativa liberdade de discurso para o entrevistado e a exploração de pontos de interesse que visam dar conta das indagações do entrevistador. A qualidade desta técnica consiste na riqueza e abrangência de

assuntos que ela possibilita explorar, já que “o entrevistador se libera de formulações prefixadas, para introduzir perguntas ou fazer intervenções que visam a abrir o campo de explanação do entrevistado ou a aprofundar o nível de informações ou opiniões” (Minayo, 1996, p. 122).

Um gravador e um roteiro da entrevista, elaborado previamente a fim de servir de orientação para a sua realização, foram os instrumentos que auxiliaram na coleta de dados.

A escolha dos casos ocorreu de forma aleatória. Tendo em vista facilitar o trabalho do pesquisador e do pesquisado, aproveitamos a ida dos usuários agendados ao CAPSi para entrevistá-los.

Por meio do exame prévio acerca das consultas agendadas com profissionais do CAPSi, verificamos, de acordo com o número do prontuário, quais casos correspondiam ao período investigado na primeira fase da coleta de dados. Quando a família chegava para o atendimento, fazíamos a abordagem e, uma vez confirmada que a queixa era de ordem escolar, solicitávamos a participação na pesquisa.

Seguindo este processo, as entrevistas com os familiares dos usuários foram realizadas até que o assunto se mostrasse saturado. De acordo com Gil (2007) a determinação do número de casos não pode ser feita previamente, a menos que se trate de apenas um único caso. Segundo o autor, “. . . o procedimento mais adequado para este fim consiste no adição progressivo de novos casos, até o instante em que se alcança a ‘saturação teórica’” (Gil, 2007, p. 139), ou seja, quando o conteúdo produzido pelas entrevistas não acrescenta elementos relevantes para a investigação. Ao nosso ver, isto ocorreu a partir do sexto caso. Dessa forma, justificamos não só o número de casos investigados, mas também o fato de todos eles pertencerem ao gênero masculino.

Concluídas as entrevistas com os familiares, entramos em contato com os profissionais da escola, da Saúde do Escolar e da saúde para solicitar a participação nesta pesquisa por meio da concessão de entrevistas. Lembramos que todos os entrevistados receberam e assinaram uma cópia do termo de consentimento autorizando a realização da entrevista e a utilização das informações prestadas na pesquisa. Findado o processo de realização das entrevistas, as quais foram transcritas para análise, continuamos a coleta de dados por meio do exame dos prontuários, relatórios escolares e outros documentos relacionados aos seis casos investigados. Para Minayo (1996), a utilização concomitante de mais de um recurso para a obtenção de dados configura-se uma estratégia relevante no estudo de caso, visando, sobretudo, “à verificação e a validação da pesquisa” (p. 102). A partir do conjunto de informações obtidas, traçamos a caracterização dos casos a qual expomos a seguir.

Tabela 1: Idade, série e gênero referentes aos seis casos investigados

IDADE		SÉRIE ESCOLAR		GÊNERO	
Idade	Nº de casos	Série	Nº de casos	Sexo	Nº de casos
07	02	2º	01	Masculino	06
10	01	3º	02	Feminino	00
11	02	5º	02	-----	
14	01	Classe especial	01	-----	
Total	06	Total	06	Total	06

Tabela 2: Composição familiar e renda referente aos seis casos investigados

COMPOSIÇÃO FAMILIAR		RENDA	
Composição Familiar	Nº de casos	Renda (em salário mínimo)	Nº de casos
Pai, mãe e um irmão	02	1 salário	01
Pai, mãe e dois irmãos	01	De 1 a 2	02
Pai, mãe e três irmãos	02	De 2 a 3	02
Mãe, padrasto e três irmãos	01	Mais de 3	01
Total	06	Total	06

Tabela 3: Responsáveis pelo encaminhamento nos seis casos investigados

Quem encaminhou	Nº de casos
Escola/Saúde do Escolar	03
Escola	02
Família após orientação da Saúde do Escolar para procurar especialista	01
Total	06

Tabela 4: Queixa referente aos seis casos investigados

Queixa	Nº de casos
Problemas de comportamento e aprendizagem na escola	04
Suspeita de dislexia	01
Problemas de comportamento e aprendizagem + dores de cabeça	01
Total	06

Tabela 5: Diagnóstico referente aos seis casos investigados

Diagnóstico	Descrição	Nº de casos
F90.0	Distúrbios da atividade e da atenção	03
F90.0 + R48	Distúrbios da atividade e da atenção + Dislexia	01
F90.1	Transtorno hipercinético de conduta	01
F91	Distúrbio de conduta	01
Total		06

Tabela 6: Medicamento prescrito às crianças dos seis casos investigados

Medicamento prescrito	Nº de casos
Cloridrato de Metilfenidato	03
Cloridrato de Imipramina/ trocou para Cloridrato de Metilfenidato	01
Piracetam/ trocou para Cloridrato de Metilfenidato	01
Carbamazepina	01
Total	06

O próximo passo consistiu na elaboração dos relatos de cada caso, nos quais procuramos descrever as principais informações pertinentes aos mesmos, como identificação, queixa, encaminhamentos adotados, medicação e os resultados obtidos. Ao narrar cada história, elegemos, por motivos didáticos, a utilização de nomes fictícios e, como recurso ilustrativo, valemo-nos também de algumas transcrições dos discursos dos entrevistados. A fim de preservar o anonimato dos mesmos, a identificação foi feita por meio de siglas, assim organizadas:

Tabela 7: Identificação por siglas dos entrevistados na segunda fase da pesquisa

Entrevistados	Sigla
Familiar	F1, referente ao caso 1; F2, referente ao caso 2, e assim em diante.
Profissionais da escola	PE1, referente ao caso 1; PE2, referente ao caso 2, e assim em diante.
Profissionais da Saúde do Escolar	PsiSE, para a psicóloga; FonoSE, para a fonoaudióloga.
Profissionais da Saúde	Farm, para a farmacêutica.

Salientamos que os dados referentes ao atendimento prestado pelo CAPSi e, por conseguinte, à conduta médica concernente a cada caso foram obtidos via prontuário. Os prontuários pertinentes a cada caso, juntamente com outros materiais, como relatórios

escolares também consistiram em fontes de informação e foram identificados da seguinte forma:

Tabela 8: Identificação por siglas dos materiais utilizados como fontes de informação.

Material	Sigla
Relatório Escolar	Rel1, referente ao caso 1; Rel2, referente ao caso 2 e assim em diante.
Prontuário	Prontuário 1, referente ao caso 1; Prontuário 2, referente ao caso 2 e assim em diante.
Registro de ocorrência	Roc 1, referente ao caso 1; Roc 2, referente ao caso 2 e assim em diante.

3.3 Terceira Fase

A execução da segunda fase da pesquisa, além de gerar dados fundamentais para compreender a forma como se processavam os encaminhamentos referentes à queixas escolares ao CAPSi, evidenciou alguns indícios acerca do funcionamento deste dispositivo. Dentre eles, destacamos o fato de o trabalho não estar sendo desenvolvido em equipe, mas centralizada, em geral, na figura do médico, conferindo ao serviço características de um ambulatório, o que não condiz com a portaria nº 336/GM (Brasil, 2002a) que regulamenta o CAPSi.

Destarte, julgamos necessário acrescentar à pesquisa uma outra etapa a fim de compreender o cotidiano de trabalho do CAPSi: avaliar de que forma é realizado o acompanhamento e o tratamento dos usuários que a este dispositivo recorrem. Para tanto, utilizamos como recurso a realização de entrevistas semi-dirigidas com cinco profissionais do CAPSi, a saber: uma psiquiatra, a neuropediatra, a assistente social, uma psicóloga e a enfermeira que também exerce o cargo de coordenadora do serviço. Primeiramente, cada um dos participantes foi informado com relação ao teor da pesquisa. Após o consentimento e a assinatura do termo de consentimento, as entrevistas ocorreram na própria instituição.

A obtenção de dados via entrevista, técnica que já havia sido empregada na segunda fase da pesquisa configura-se uma fonte de informação oral. Segundo Moro, Lecuona e Álvarez (1985), uma das características de tal fonte é sua capacidade de refletir a sociedade concreta. Nas palavras dos autores:

La transmisión oral de conocimientos históricos es parte integrante de la cultura y por conseguinte, estos son capaces de expresar el conjunto de valores materiales y espirituales . . . son “...constituyentes del ambiente material y espiritual en que viven y actúan los hombres” (p. 182).

Nesse contexto, entendemos que o relato das pessoas envolvidas nos fenômenos pertinentes ao CAPSi de Apucarana, mais do que evidenciar acontecimentos locais ou experiências particulares de vida, expressa a sociedade que o produz. Afinal, conforme nos mostra Rémond (2005, p. 206) “a atualidade nos persegue, não nos poupa: há uma demanda social e disso somos . . . testemunhas”.

Bosi (1994) afirma que o narrador “tira segredos e lições que estavam dentro das coisas” (p. 90), ou seja, faz emergir elementos que possibilitam um aprofundamento dos fatos que vai além da forma como eles aparecem. Por este motivo, acreditamos, assim como Lozano (2005), que recuperar fatos por meio da história oral implica também em produzir conhecimentos científicos e históricos.

Uma vez realizadas e transcritas as entrevistas, as informações coletadas foram organizadas em temas, utilizando como ilustração os depoimentos dos participantes cuja identificação encontra-se na tabela.

Tabela 9: Identificação profissional dos entrevistados do CAPSi na terceira fase da pesquisa

Entrevistados	Sigla
Enfermeira e Coordenadora	Enf
Assistente Social	A S
Psicóloga	Psi
Neuropediatra	Neuro
Psiquiatra	Psiqui

3.4 Análise dos Dados

Dentro da proposta deste trabalho, desenvolvemos uma análise que privilegiasse o caráter histórico dos fatos. Orientamo-nos pela perspectiva marxiana que parte do pressuposto que a forma como se organizam os homens para subsistirem gera determinadas relações sociais que orientam o seu agir e pensar. E, uma vez modificada esta forma de organização, a

fim de atender as necessidades próprias de sua existência, transformam-se também as idéias e práticas sociais. Portanto, as relações sociais, assim como sua expressão por meio da arte, do pensamento, das ideias, do conhecimento, da prática social como um todo estão atreladas às necessidades de um determinado período histórico (Marx, s/d).

Dessa forma, entendemos que a existência, bem como os problemas relacionados à prática desenvolvida pelo CAPSi *José Pazelo* não podem ser compreendidos apartados das condições históricas que caracterizam a sociedade atual. Em outras palavras, asseveramos que o CAPSi, assim como as demais instituições, encontra-se inserido num determinado contexto histórico e reproduz uma prática social que, hoje, tem como valores dominantes o individualismo, a liberdade pessoal e o consumo.

Tal forma de apreciação, ao mesmo tempo que permite compreender um caso particular a partir da dinâmica social em sua totalidade, possibilita o inverso, ou seja, apreender o todo social a partir de um fragmento da sociedade. Assim, da mesma forma que as relações e as concepções produzidas em nossa sociedade podem nos ajudar a interpretar as práticas pertinentes ao CAPSi *José Pazelo*, esta instituição, enquanto fragmento desta sociedade, pode fornecer subsídios para entendermos a totalidade social.

É sob tais pressupostos que elaboramos as análises dos resultados obtidos por meio da realização das três fases desta pesquisa, que compõem o assunto dos capítulos a seguir.

*“Tudo, aliás, é a ponta de um mistério,
inclusive os fatos” (Guimarães Rosa).*

4 A DEMANDA DO CAPSi JOSÉ PAZELO: Números para refletir

Procuramos mostrar, neste item, os resultados obtidos por meio do levantamento de todos os prontuários dos usuários acolhidos pelo CAPSi *José Pazelo* entre os meses de julho e dezembro de 2008. As informações foram dispostas em tabelas e gráficos e, embora se trate de um levantamento meramente estatístico, acreditamos que os números aqui expostos revele situações intrínsecas ao serviço passíveis de reflexão.

Tabela 10: Idade e gênero dos usuários acolhidos pelo CAPSi de Apucarana-PR no período compreendido entre julho e dezembro de 2008.

IDADE			GÊNERO		
Idade	Nº de pacientes	%	Sexo	Nº de pacientes	%
3-5	10	5,18	Masculino	132	68,38
6-10	84	43,52	Feminino	61	31,60
11-14	61	31,60	-----	-----	-----
15-17	38	19,68	-----	-----	-----
Total	193	100%	193		100%

Com relação às queixas, separamo-las em três itens: queixa escolar, referente àqueles casos em que o problema relaciona-se apenas à dificuldade de aprendizagem e/ou comportamento na escola; queixa escolar associada a outros sintomas, que englobam os casos nos quais, além da queixa escolar propriamente dita, estão presentes sintomas de outra ordem; e, outras queixas, para designar os casos não relacionados a questões escolares.

Tabela 11: Queixas apresentadas pelos usuários acolhidos pelo CAPSi de Apucarana-PR no período compreendido entre julho e dezembro de 2008.

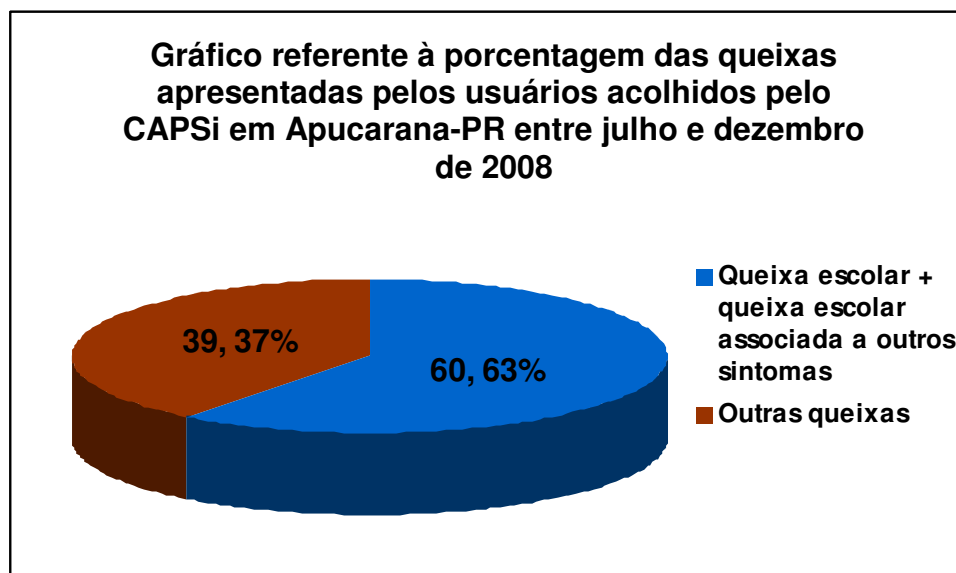
Queixa	Nº de pacientes	%
Queixa escolar	54	27,98
Queixa escolar associada a outros sintomas*	63	32,65
Outras queixas	76	39,37
Total	193	100%

* Outros sintomas se referem em sua maioria a conflitos familiares, cefaléia e medo de ir ao banheiro e/ou dormir sozinho. Em alguns casos, também foi citado o sintoma de alucinações.

Notamos que a queixa específica concernente a problemas de aprendizagem e/ou comportamento na escola, que totalizou 54 casos, representa um percentual em torno de 28%. Se considerarmos estas queixas somadas àquelas em que há uma associação entre queixas

escolares e outros sintomas, o total de casos sobe para 117, ou seja, cerca de 60% dos casos, conforme ilustra o gráfico:

Gráfico 1



Ainda no tocante às queixas, fizemos a distribuição dos casos por meses a fim de comparar os dados:

Tabela 12: Comparação referente às queixas apresentadas pelos pacientes encaminhados ao CAPSi de Apucarana-PR entre os meses de julho e dezembro de 2008.

Queixa	Julho		Agosto		Setembro	
	nº de casos	%	nº de casos	%	nº de casos	%
Escolar	08	26,66	06	19,35	11	23,91
Escolar associada a outros sintomas	06	20,00	15	48,38	17	36,95
Outras	16	53,33	10	32,25	18	39,13
Total	30	100%	31	100%	46	100%

Queixa	Outubro		Novembro		Dezembro	
	nº de casos	%	nº de casos	%	nº de casos	%
Escolar	22	43,13	05	21,73	02	16,66
Escolar associada a outros sintomas	15	29,41	07	30,43	03	25,00
Outras	14	27,45	11	47,82	07	58,33
Total	51	100%	23	100%	12	100%

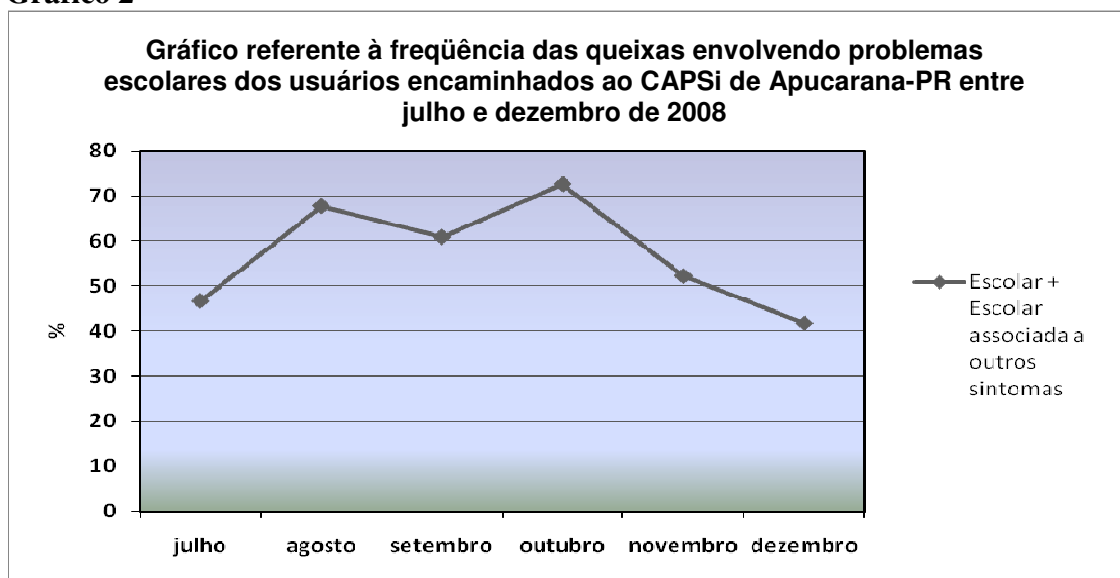
Tabela 12.1: Comparação entre as queixas envolvendo problemas escolares e outras queixas nos meses referentes entre julho e dezembro de 2008.

Queixa	Julho		Agosto		Setembro	
	nº de casos	%	nº de casos	%	nº de casos	%
Escolar + Escolar associada a outros sintomas	14	46,66	21	67,74	28	60,86
Outras	16	53,33	10	32,25	18	39,13
Total	30	100%	31	100%	46	100%

Queixa	Outubro		Novembro		Dezembro	
	nº de casos	%	nº de casos	%	nº de casos	%
Escolar + Escolar associada a outros sintomas	37	72,54	12	52,17	05	41,66
Outras	14	27,45	11	47,82	07	58,33
Total	51	100%	23	100%	12	100%

Conforme os dados acima, o percentual de queixas envolvendo problemas escolares teve seu ápice entre os meses de agosto e outubro, nos meses de julho e dezembro, que correspondem às férias escolares, estes índices diminuíram. Vejamos os detalhes desta distribuição no gráfico:

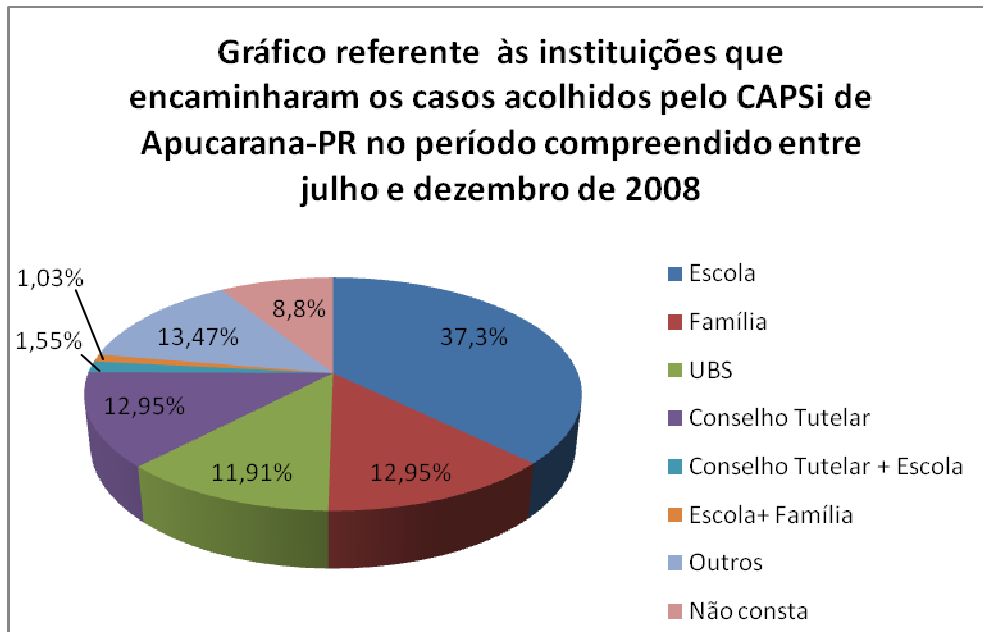
Gráfico 2



O alto índice de casos envolvendo problemas escolares coincide com o fato de a escola ter sido apontada como a principal responsável pelos encaminhamentos ao CAPSi. No

gráfico a seguir, são apresentadas as instituições envolvidas nos encaminhamentos dos usuários ao CAPSi no período investigado. Observamos, em alguns casos, que os encaminhamentos foram realizados em comum acordo entre duas instituições, como, por exemplo, a família junto com a escola ou o Conselho Tutelar junto com a escola.

Gráfico 3



Outros dados levantados dizem respeito ao diagnóstico. Para fins didáticos, optamos em classificá-los de acordo com as divisões adotadas pela Classificação Internacional de Doenças — CID-10 (Organização Mundial da Saúde, 1993). Os maiores índices registrados concentraram-se nos casos referentes a Transtornos do Comportamento e Transtornos Emocionais, que aparecem habitualmente durante a infância e adolescência, e Transtornos do Humor. É também significativo o índice de casos em que nenhuma patologia foi identificada.

Tabela 13: Diagnóstico de todos os usuários acolhidos pelo CAPSi de Apucarana-PR no período compreendido entre julho e dezembro de 2008.

Diagnóstico (de acordo com o CID-10)	Descrição	Nº de pacientes	M	F	%
F20-F29	Esquizofrenia, Transtornos Esquizotípicos e Transtornos Delirantes	04	03	01	2,07
F30-F39	Transtornos do Humor	36	16	20	18,65
F40-F49	Transtornos Neuróticos, Transtornos relacionados com estresse e Transtornos Somatoformes	05	02	03	2,59
F60-F69	Transtornos da Personalidade e do Comportamento do adulto	02	00	02	1,03
F70-F79	Retardo Mental	04	04	00	2,07
F80-F89	Transtorno do Desenvolvimento Psicológico	00	00	00	00
F90-F99	Transtornos do Comportamento e Transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância e adolescência	44	36	08	22,79
R48	Dislexia	04	04	00	2,07
Associação entre dois diagnósticos		13	10	03	6,73
Outros		04	02	02	2,07
Nenhuma patologia diagnosticada após avaliação, com orientações à escola e/ou família		47	34	13	24,35
Encaminhamentos a outras instituições		11	07	04	5,69
Não consta		19	14	05	9,84
Total		193	132	61	100

Convém salientar que, embora os dados aqui apresentados se restrinjam ao que ocorre no CAPSi de Apucarana-PR, acreditamos que eles possam ser representativos de uma situação geral presente na implantação das políticas de saúde mental para a infância e adolescência no país. Se, como afirma Engels (s/d, p.299), “são os próprios homens que fazem sua história, mas num determinado ambiente, de que são produtos”, o CAPSi *José Pazelo*, como parte integrante e produto da sociedade, pode também, em nosso entender, representá-la.



Figura 4: Alunos da Escola Normal Caetano de Campos, em 1901.



Figura 4: Brincadeiras na Escola, de Dalvan (1998).

A criança normal é, geralmente, alegre, sorridente, activa, chora pouco e gosta de brincar. Si teu filho é tristonho e apathico, ou excessivamente excitado e brigão, si chora muito e tem ataques de raiva, cuidado com a predisposição nervosa que o pode transformar, no futuro, em uma creatura doente e infeliz.

Teu filho pouco progride nos estudos? Antes de culpar o professor, submete-o a um exame psychologico. Conhecerás, então, o seu nivel mental, o seu equilibrio emotivo, e terás, assim, elementos para melhor o encaminhar na vida (Liga Brasileira de Higiene Mental, 1932).

5 COMPORTAMENTO, APRENDIZAGEM E MEDICAÇÃO: Percalços entre a escola e o CAPSi

Na tentativa de subsidiar uma compreensão acerca dos problemas que instigaram a realização deste estudo, temos como objetivo, neste capítulo, a apresentação dos resultados e da análise decorrentes dos dados obtidos por meio da investigação empreendida na segunda fase da pesquisa.

5.1 Da Escola ao CAPSi: Seis Histórias de um Mesmo Percurso

As informações provenientes das entrevistas e prontuários deram origem aos relatos dos seis casos aqui apresentados. Procuramos utilizar os conteúdos essenciais para o cumprimento da nossa proposta, tais como: os motivos dos encaminhamentos, as medidas adotadas pela escola e pelo CAPSi a fim de ajudar a criança e os resultados obtidos com estas intervenções. As entrevistas, em sua totalidade, encontram-se anexas à dissertação.

5.1.1 A história de Walter

Identificação

Nome: Walter

Sexo: Masculino

Idade atual: 11 anos

Série atual: 2ª ano - Classe especial²³

Walter possui um histórico de reprovações. Segundo sua mãe, foram pelo menos duas: “É deve ter [reprovado]... ele ficou dois anos lá naquela escola, antes dessa” (F1). O não aprendizado culminou com o encaminhamento de Walter para a classe especial em uma outra escola, com significativas mudanças observadas pela mãe no processo ensino-aprendizagem:

²³ Classe especial é definida como um serviço especializado em escola de ensino regular, destinado a alunos que apresentam casos graves de deficiência múltipla. Neste serviço, é realizado um trabalho pedagógico específico e individualizado, desenvolvido por professores habilitados ou especializados na área de deficiência mental. Para ingressar, os alunos são avaliados por equipes técnico-pedagógicas e multiprofissionais (Paraná, 2009).

Lá na outra escola, ele não aprendeu nada... ficou dois anos e não aprendeu... aí, o ano passado, na metade do ano, mandaram ele para a classe especial nesta outra escola. Agora, ele está aprendendo, sabe escrever o nome, fazer algumas continhas... (F1).

Apesar dos avanços, após avaliação realizada pela equipe da Saúde do Escolar, Walter foi encaminhado pela escola ao CAPSi, especificamente à psiquiatria, em vinte e três de junho de 2008, com a seguinte queixa: “O aluno apresenta déficit de atenção, não cuida dos seus pertences, comportamento agressivo contra pessoas: professores, colegas, etc”.

A mãe justifica o encaminhamento dizendo que, pelo fato do filho ser “muito agitado”, a “escola não suportava mais ele” (F1) e acrescenta que, em casa, ele “não para, briga com irmão e não obedece” (F1). Para a escola, os comportamentos apresentados por Walter “atrapalhavam a aprendizagem do aluno e da turma, dificultando o progresso escolar” (PE1). Ante seu comportamento, o CAPSi foi considerado uma alternativa devido à crença da escola de que “parcerias somam forças para que o trabalho didático-pedagógico consiga atingir seus objetivos” (PE1).

Todavia, antes de decidir encaminhar Walter, a escola já havia tentado ajudá-lo com as medidas cabíveis dentro da escola, tais como “conversas e orientações” ao educando, chamar a família para ser assistida e ouvida pela escola e encaminhá-lo ao setor de psicologia que atende à escola.

No CAPSi, o primeiro procedimento realizado foi a triagem, que aconteceu no dia oito de julho de 2008. E, logo após, foi agendado para o dia quatorze do mesmo mês, uma consulta com a neurologista, que atende no serviço, que solicitou um eletroencefalograma (EEG).

O resultado deste exame foi normal. Mas o diagnóstico dado a Walter foi Transtorno Hiperativo de Conduta (F90.1) e a conduta sugerida pela médica, neste caso, foi a prescrição do Cloridrato de Metilfenidato²⁴ (um comprimido cedo) acrescida de atendimento psicológico na escola. Todo esse processo é resumido pela mãe de Walter da seguinte forma: “Aí, mandaram eu vir à consulta aqui com ele. Ele fez exame de cabeça, mas não deu nada. A médica deu um remédio para ele tomar” (F1).

²⁴ Trata-se de um estimulante do sistema nervoso central cuja substância ativa é o Cloridrato de Metilfenidato. É indicado para os casos de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade como uma parte do tratamento que deve incluir medidas psicológicas, sociais e educacionais com o objetivo de “estabilizar as crianças com uma síndrome comportamental caracterizada por distractibilidade moderada a grave, déficit de atenção, hiperatividade, labilidade emocional e impulsividade”. Os efeitos colaterais englobam náusea, azia, diminuição do apetite, o que pode resultar em perda de peso e atraso no crescimento. O abuso da medicação pode levar à dependência física e psicológica, por este motivo recomenda-se a realização de exames de sangue periódicos durante o tratamento. (Cloridrato de Metilfenidato, s/d).

Após o início do tratamento no CAPSi, os resultados não apresentaram um consenso entre as opiniões da mãe, da escola e das descrições contidas no prontuário de Walter. Para a mãe, Walter está aprendendo, porém continua agitado: “Agora, ele está aprendendo, sabe escrever o nome, fazer algumas continhas... mas continua agitado. Mas ele obedece a professora, antes não obedecia na outra escola” (F1). A escola, por sua vez, enaltece melhoras tanto no que diz respeito a aprendizagem quanto ao comportamento: “O trabalho escolar teve significativa melhora, a criança apresenta avanço no comportamento e, conseqüentemente, na aprendizagem, está mais tranquila e demonstra interesse em aprender” (PE1).

No prontuário, esta “melhora” é confirmada até o mês de março de 2009: “Aparentemente melhor na escola (sem reclamações). Mãe não confirmou com a professora. . . Mãe esteve na escola e professora relata melhora da atenção. . . Está bem. Mudou professora. Sem queixas da escola” (Prontuário 1). Contudo, em abril de 2009, este repertório mudou: “‘Bagunceiro’ há uma semana. Há dúvidas sobre o uso da medicação (acha que a criança não está tomando)” (Prontuário 1). No mês seguinte, agora sem dúvidas com relação ao uso da medicação, o comportamento de Walter é descrito assim: “Obedecendo a professora e diretora. Lendo, calculando, tomando medicação regularmente” (Prontuário 1).

Embora os resultados sejam, em geral, considerados, satisfatórios, ao menos para a mãe, ainda restam dúvidas acerca das possíveis causas dos “problemas” apresentados por Walter: “Ah, não sei, né... agora a gente não sabe se era a escola ou se era o meu menino mesmo. Isso a gente não sabe...” (F1).

5.1.2 A história de Mateus

Identificação

Nome: Mateus
Sexo: Masculino
Idade: 14 anos
Série atual: 5^a

Mateus foi encaminhado pela escola ao CAPSi em setembro de 2008. Os motivos de tal encaminhamento foram, fundamentalmente, problemas relacionados à aprendizagem e comportamento apresentado na escola. No relatório escolar enviado como justificativa para o encaminhamento, consta a seguinte descrição:

O aluno apresenta aproveitamento escolar muito abaixo da média e também está fora da faixa etária para a série que está cursando (5ª). É extremamente indisciplinado, irrequieto, provoca os colegas o tempo todo, fala palavrões e é muito agressivo em suas respostas e no trato com todos (Rel2).

A fim de exemplificar e até mesmo comprovar o que relatavam, a equipe da escola enviou também o registro de ocorrência sobre a conduta de Mateus durante o ano de 2008. “O aluno estava com celular na sala de aula” (fevereiro de 2008), “o aluno estava ameaçando bater no colega”, “o aluno estava atrapalhando a aula da professora A.R.” (março de 2008), “o aluno falou em sala durante a aula de matemática que para vender ‘pedrinha’ não precisava estudar” (abril de 2008), “retirado da aula por indisciplina – estava cantando, falando coisas indevidas” (maio de 2008).

Segundo informações da mãe, as dificuldades enfrentadas pelo filho na escola como reprovações e indisciplina não são recentes: “Ele sempre foi problemático. E eles sempre me chamavam pra reclamar...” (F2). E acredita que a relação conflituosa com o pai pode ter interferido nesse processo:

Nossa... ele tinha muita dificuldade de aprender na escola, era bagunceiro, xingava todo mundo, reprovou duas vezes a 5ª série. Mas só que tem uma coisa, quando ele era pequeno o pai dele judiava muito dele... aí a diretora pediu (F2).

Para a escola, este fato se explica não por questões ligadas ao processo educativo de Mateus, mas por seu comportamento que não foi trabalhado de forma adequada nas séries anteriores.

Olha, ele era aluno aqui de Apucarana mesmo. Em Apucarana, as escolas do município têm salas de apoio²⁵, não é verdade? É...eu acho que a própria indisciplina dele acabou gerando essa coisa assim que não foi controlada de 1ª a 4ª e foi crescendo, e... não tinha mesmo controle...(PE2).

²⁵ As salas de apoio foram implantadas no Estado do Paraná com o intuito de atender às defasagens de aprendizagem apresentadas pelas crianças que frequentam a 5ª série do Ensino Fundamental. O programa prevê o atendimento aos alunos, no contraturno, nas disciplinas de Língua Portuguesa e Matemática, com o objetivo de trabalhar as dificuldades referentes à aquisição dos conteúdos nestas áreas (Paraná, 2009).

Continuando as explicações sobre os motivos que levaram a equipe de profissionais da escola a acreditar que Mateus apresentava algum “problema”, a diretora utiliza como recurso a comparação entre Mateus e seu irmão Gabriel:

Ele é muito agressivo pra conversar com ele, o G. não, o G. abaixa a cabeça e chora, mas o M. não, ele tem sempre uma resposta em baixo da língua, e uma resposta sempre agressiva. Agora, ele está estudando à noite. Está deixando os professores loucos, ninguém consegue controlar, indisciplina. Porque não tinha como deixar ele no meio dos pequenos, porque ele era muito agressivo, então... (PE2).

Não sei, é diferente do irmão, é a mesma situação eles são muito parecidos inclusive, ele é agitado também, é a mesma situação, não para sentado, mas só que o irmão, quando a gente fala, as lágrimas rolam assim rapidinho. Não diz uma palavra. Mas esse aí é o caso do M., é um caso assim, que infelizmente a gente não consegue resolver (PE2).

Embora vivenciem uma situação parecida na escola, Mateus mereceu um encaminhamento ao CAPSi e Gabriel não. Pelas declarações, isto ocorre pelo fato de Mateus ser agressivo e não se submeter às intervenções adotadas pela escola, enquanto o irmão “abaixa a cabeça e chora”.

Além da agressividade, a diretora aponta uma outra razão para o encaminhamento de Mateus. De acordo com suas observações Mateus também era hiperativo: “ele não parava sentado, saía toda hora da sala, saía toda hora pra beber água, ele não parava quieto”, então, “além da agressividade, tinha toda uma hiperatividade e, pelo que a gente conseguia observar, não era um comportamento normal assim. Comparando com os outros, ele destoava, assim, do grupo” (PE2).

Tendo em vista solucionar ou amenizar as dificuldades em lidar com Mateus, foram vários os recursos utilizados pela escola. O contato com a família, embora difícil, já que, segundo a diretora, a mãe trabalhava o dia todo e não respondia aos chamados da escola, foi buscado. A mãe, por sua vez, expõe que era só para reclamar: “eles me ligavam, pediam pra eu ir lá... era só reclamação, que não tinha mais o que fazer com ele, não adiantava falar, não adiantava fazer mais nada” (F2).

Outras alternativas adotadas foram a mudança de turno e sala e atendimento individualizado, realizado na sala da diretoria. Mateus estudava à tarde e, como reprovou a 5ª

série e já estava com 14 anos, foi sugerido à mãe que o adolescente estudasse no período noturno como explica a diretora: “Nós achamos que ele sendo muito agressivo, de repente no meio de pessoas maiores um pouquinho, ele não se tornaria um pouco, né, maleável. Por que estava muito difícil” (PE2). Antes dessa mudança, a diretora o trazia para sua sala juntamente com um amigo para orientar nas tarefas. Ao comentar sobre isso, ela revela também as dificuldades enfrentadas no cotidiano escolar:

Então, o que eu fazia, trazia ele aqui para minha sala fazer as atividades aqui do meu lado, orientando, muito mau, quase não dava pra ler o que ele escrevia, era ilegível praticamente e geralmente eu tinha que trazer os dois, ele e o L., não como castigo, mas pra orientar a tarefa. Eles não sabiam dividir, operações, eles não dominavam operações, subtração com reserva... Então, na medida do possível, eu estava sozinha naquela época pra atender telefone, mãe que chega, aluno, professor que chama, e a gente ia fazendo na medida do possível, . . . Porque o apoio a gente não tinha o ano passado, sabe, só tínhamos à tarde, que era o horário que ele estudava (PE2).

Mesmo demonstrando estar ciente da situação, no caso de Mateus, as explicações e intervenções foram buscadas fora da escola, uma vez que os comportamentos apresentados pelo aluno extrapolavam o controle que deveria ser exercido pelos professores.

Ah, quando extrapola assim os limites, quando professor chama a gente toda hora na sala porque não está conseguindo controlar, então, uma coisa que foge do controle do professor, ele não consegue, ele incomoda os colegas, ele não deixa os outros fazer nada, é assim que a gente tenta um encaminhamento, porque, em alguns casos, o professor vai levando, devagarzinho e ele consegue, pode ser que ele consiga melhorar alguma coisa, o comportamento, a aprendizagem, mas existem casos que a gente não consegue, sabe? Foge do nosso controle e a gente precisa pedir socorro. Nós não somos psicólogos, não é verdade? (risos) E a gente fica assim meio sem saber (PE2).

Neste caso, o “pedido de socorro” foi feito ao CAPSi. Após o encaminhamento da escola via relatório em vinte e seis de setembro de 2008, realizou-se a triagem no serviço no dia trinta do mesmo mês. Dois dias depois, Mateus já compareceu junto com a mãe para a primeira consulta com a neuropediatra, que, depois de escutá-los e tomar ciência do quadro, solicitou a realização de um eletroencefalograma.

O resultado deste exame apresentou alterações, “surto de ondas lentas (theta) generalizados” (Prontuário 2, dia 10/11/08) e a conduta médica, sob a hipótese diagnóstica de Distúrbio de Conduta²⁶ - F91, foi a indicação de Carbamazepina²⁷ - meio comprimido à noite. De dezembro de 2008 a janeiro de 2009, a dose desta medicação passou para um comprimido e, após solicitação e realização de um novo eletroencefalograma cujo resultado foi normal, a dose de Carbamazepina voltou a ser de meio comprimido no mês de abril. Por fim, em maio de 2009, Mateus, já sem queixas expressas pela mãe, é orientado pela médica a suspender o uso da medicação e retornar decorridos trinta dias para avaliação.

Embora a suspensão da medicação indique, de acordo com a avaliação médica, que houve uma melhora, as opiniões sobre os resultados obtidos após o início do tratamento foram divergentes.

Para a mãe houve mudanças, as quais, ela acredita, serem devidas ao remédio e à troca de turno: “Tá, tá bem melhor, mais calmo. Ele mudou pra noite este ano. . . . Acho que pode ser o remédio” (F2). Todavia a diretora da escola não partilha desta interpretação, assinalando que Mateus ainda permanece com as mesmas atitudes:

Fui perguntar para os professores e eles disseram que ele está terrível. . . . Ainda não teve nenhum resultado. A medicação acho que ainda não conseguiu... Essa coisa assim dele ser muito agressivo, ele é muito agressivo nas respostas, e, jogando com os colegas na Educação Física (PE2).

Em sua tentativa de esclarecer os motivos que se encontram atrelados aos problemas apresentados pelos alunos, a diretora comenta as dificuldades presentes no cotidiano escolar:

Mudo de período, é a gente conversa com a mãe... essas coisas assim que a escola vai tentando na medida do possível, você vê, todo ano fica só eu e a Ana, a Ana e eu que ficamos como pedagogas efetivas. Todo ano o Estado contrata duas ou três pedagogas,

²⁶ O distúrbio de conduta é caracterizado, segundo os critérios do Código Internacional de Doenças (CID-10) por comportamento antissocial, agressivo e desafiador. Este quadro deve ser persistente (entre seis meses ou mais) e envolve sintomas como manifestações excessivas de agressividade e de tirania, crueldade com relação a outras pessoas ou a animais, destruição dos bens, condutas incendiárias, roubos, mentiras repetidas, cabular aulas e fugir de casa, crises de birra e de desobediência frequentes e graves (Organização Mundial da Saúde, 1993).

²⁷ A Carbamazepina é um antiepiléptico. Mas, conforme assinalado na bula, em crianças e adolescentes age positivamente sobre sintomas de ansiedade e depressão, além de diminuir a irritabilidade e a agressividade. É um medicamento bem tolerável. Seus efeitos colaterais restringem-se a alguns sintomas desagradáveis como dor de cabeça, visão dupla, secura da boca, tontura, falta de coordenação dos movimentos; sonolência, cansaço, náusea, vômitos, reações alérgicas na pele, inchaço e aumento de peso. Durante o uso prolongado, também é recomendado consultas odontológicas e a realização de exames de sangue periódicos (Carbamazepina, s/d).

no final do ano encerra o contrato, tudo que a gente... começa a trabalhar com essas pessoas contratadas, no outro ano não há uma continuidade, vem outra de novo. Então, essa rotatividade muito grande de pedagogos que não há uma continuidade no trabalho, é difícil você ter um planejamento uma coisa, certinha. Alguém até tem boas ideias, mas a gente não consegue concretizar. O importante seria que tivesse uma equipe completa né? Mas todo ano é isso daí. Outra coisa que atrapalha bastante também é a demora do núcleo em mandar professor, quando o professor sai de licença, por exemplo a professora de Inglês, teve um problema sério de labirintite, ficou 20 dias de licença, quando a menina que assumiu a vaga dela veio, a professora já havia voltado. Então, os alunos ficaram sem aula e essa demora em conseguir professor, isso aí, atrapalha muito a escola, muito (PE2).

Ela acrescenta que “essa rotatividade de professores interfere na aprendizagem das crianças” (PE2), mas, contraditoriamente, afirma que os problemas percebidos possuem relação com a família: “a maioria dos alunos são de pais separados, os alunos que nos dão problemas, ou têm padrasto, ou têm madrasta, ou moram com a avó, são os que mais nos dão problema” (PE2) e explica seu argumento dizendo que este “desarranjo” familiar “*interfere na disciplina, a disciplina interfere na aprendizagem, não é verdade?*” (PE2).

5.1.3 A história de Luiz

Identificação

Nome: Luiz
Sexo: Masculino
Idade: 11 anos
Série atual: 5^a

Já na pré-escola, Luiz apresentava “problemas na fala” (F3), o que levou a mãe a procurar tratamento fonoaudiológico. Luiz manteve o tratamento por um ano e depois parou. Nesse período, a mãe também buscou, sem sucesso, atendimento psicológico para o filho, que, segundo ela, mostrava sinais de hiperatividade. Iniciou a primeira série em uma outra escola e lá permaneceu sem problemas significativos até a metade da terceira série, momento em que “começaram os problemas” (F3).

O problema, nesse caso, foi o preconceito sofrido por Luiz após um episódio envolvendo a professora, a diretora e colegas de turma.

Eles estavam numa atividade, não sei, e um menino gritou no ouvido dele, daí ele foi gritar no ouvido do menino também e a professora viu e achou que ele estava beijando o menino. O Luiz começou a mudar o comportamento, ficar mais triste assim, sabe? Só que eu só fui saber pelos outros alunos que me falaram o que estava acontecendo. Então, eu fui falar com a diretora e ela reafirmou que ele tinha beijado o menino e que as outras crianças estavam chamando ele de “viadinho” e disse que qual o problema, que tínhamos que aceitar... você acha? Ele tinha só oito, nove anos, ele era... era neutro ainda, ah, eu já saí com ele dali e troquei de escola no outro dia (F3).

Ao ingressar nesta outra escola, a mãe explicou o que havia acontecido e foi sugerido que Luiz realizasse um acompanhamento psicológico. Os atendimentos tiveram início neste mesmo ano pela equipe da Saúde do Escolar. E dessa forma, Luiz concluiu a terceira série. Mas, na quarta série, outras dificuldades surgiram, particularmente no que tange ao relacionamento com a professora. “Ela [professora] acho que não tinha paciência. Chamava ele de burro, rasgou uma folha do caderno dele e ‘socou’ na boca dele, puxava o cabelo... ichi...” (F3). E, frente a tal situação, a mãe tomou providências:

Eu fui no sindicato de professores falar, né, sobre o caso dele. Eles foram à escola ver o que estava acontecendo, só que daí a professora começou a é... passou a ignorar ele, ele fazia as tarefas ela não corrigia, sabe. Ela chamava o nome de todo mundo, mas não chamava o dele. Aí ele começou a ignorar ela também e passou a não fazer as tarefas também, aí, ela ficou no pé dele de novo porque ele não fazia as tarefas (F3).

Foi este o período em que Luiz foi encaminhado ao CAPSi, motivado por uma suspeita de dislexia²⁸. Isto é confirmado pelo encaminhamento enviado ao CAPSi pelo psicólogo da Saúde do Escolar em 31 de outubro de 2008: “Solicitação de parecer neurológico para auxiliar na conduta psicológica de orientação aos pais e à escola”.

²⁸ Este transtorno envolve prejuízos na área da escrita, leitura e soletração e sua causa é essencialmente hereditária e genética, não inclui, portanto, fatores como má alfabetização, desatenção entre outros. Os portadores de dislexia apresentarão sempre dificuldades com relação à escrita e lentidão na aprendizagem da leitura (Associação Brasileira de Dislexia, 2009).

Sobre isto, a mãe relata que o psicólogo em questão necessitava de ajuda de outros profissionais para chegar a um diagnóstico, “disse que precisava de uma médica e de uma fono. Aí, ele encaminhou pra cá [CAPSi], ele achava que o Luiz tinha dislexia”.

Ao tentar explicar o que é dislexia, a mãe exemplifica com as dificuldades apresentadas por Luiz e conclui que tal transtorno é de origem genética. “Eu nem sabia que existia isso assim, mas ele tem dificuldade de escrever, troca as letras, pula folhas do caderno. Aí fomos saber que tem a ver com a família” (F3).

Além das dificuldades na escrita, que, aliás, segundo a mãe, não mereceram por parte da escola nenhuma tentativa de incluir Luiz em alguma forma de reforço escolar, a escola aponta como queixas o comportamento agressivo e a desobediência às normas escolares, como o não cumprimento de tarefas e a falta de respeito à professora e aos colegas:

O aluno tem alguns comportamentos que não são adequados à sua idade e nem ao ambiente escolar. É um aluno agressivo, fala palavrões e não respeita os colegas e nem a professora. Disperso, não copia tarefa, brinca o tempo todo, canta, dança, faz micagem e, ao ser chamado a atenção, joga os materiais no chão, chuta a carteira e fica “emburrado”. Sai da sala sem autorização da professora e não faz nada e, além de tudo, perturba os colegas que estão fazendo (Rel3).

A mãe, por sua vez, ressalta a inquietação de Luiz em casa: “Nossa! Ele não para, é bem agitado. . . . Eu achava ele muito agitado, ele não pára, é o tempo todo se mexendo, nem pra assistir TV, assiste de ponta cabeça, não para prá nada” (F3).

O tratamento de Luiz no CAPSi teve início em 4 de novembro de 2008, data na qual foi realizada a triagem. Logo após a triagem, a mãe saiu o com agendamento para a neuropediatra no dia sete do mesmo mês. Nessa primeira consulta, a mãe e a criança foram ouvidas e, a partir disso, a médica retratou o caso da seguinte forma:

Dificuldades escolares desde a 1ª série em Português, principalmente. Em cálculo vai bem. Erros grosseiros na escrita. Mãe refere muita dificuldade na leitura. Criança fez fono somente no 1º ano. Este ano com alteração no comportamento. Disperso, hiperativo. Escuta TV muito alto.

Já nesta consulta, foi levantado como hipótese o diagnóstico de Dislexia – R48+ Distúrbio de déficit de atenção – F90.0. A conduta médica foi a solicitação de eletroencefalograma (EEG) e exame audiológico.

A consulta seguinte ocorreu em janeiro de 2009. O resultado do EEG apresentou alterações: “surtos lentos e dispersos” (prontuário 3). O diagnóstico foi mantido e a conduta desta vez foi a prescrição de Cloridrato de Metilfenidato, um comprimido após o almoço.

Em março, além da consulta com a criança, foi solicitada e realizada uma reunião com a Saúde do Escolar a fim de agilizar o atendimento fonoaudiológico e requerer o parecer psicológico de Luiz.

Em maio, conforme registros do prontuário, Luiz iniciou o tratamento fonoaudiológico. Neste mês, a fonoaudióloga informou à médica que Luiz estava mais agitado com o uso do Cloridrato de Metilfenidato e sugeriu à mãe que a criança se consultasse com outro neurologista. Ciente dessas informações, a neuropediatra do CAPSi troca a medicação, suspende o uso de Cloridrato de Metilfenidato e prescreve Carbamazepina 200, um comprimido à noite.

Esta conduta é elucidada pela farmacêutica:

Ah, ele [Carbamazepina] é um antiepilético, mas ele é um neurotrópico também. Se ele é um neurotrópico ele também vai ajudar. Porque o Metilfenidato também é um neurotrópico. No caso de adultos, ele não é utilizado prá isso, mas prá criança, com certeza, está ligado a esse fator. Porque a Carbamazepina é mais tolerável, tem um efeito colateral menor. . . . Porque o Metilfenidato pode causar até uma parada cardíaca, dependendo da dose. Já a CBZ não. Ele tem uma ação parecida com o do Metilfenidato, só que tem uma diferença, o custo. O Metilfenidato é mais caro, de difícil acesso, a Carbamazepina faz parte da farmácia básica, é mais fácil da pessoa ter acesso. Então, de repente, se o médico acha que dá prá substituir é preferível a Carbamazepina (Farm.).

Sobre o diagnóstico de Dislexia, a fonoaudióloga que atende na Saúde do Escolar aponta que a diferenciação entre casos em que há Dislexia de outros é realizada por meio de testes, observação do caderno, conversas com outros profissionais como professoras e psicólogas e, em alguns casos, o encaminhamento ao médico.

Contudo, ela alerta que muitos casos não são encaminhados adequadamente e aponta as falhas observadas na qualidade do ensino:

A escola está mandando muitos casos para a fono alfabetizar. Ele não consegue, eles mandam e não é o nosso papel. Às vezes, a gente atendia porque era assustador, vinham com erros grosseiros, aí a gente via que ele conseguia... Agora, a gente não faz mais isso. A gente vê que não é alfabetizado, conversamos com a professora. Vamos atender casos que envolvem dificuldades na fala, troca de letras que o disléxico tem também. . . .O resultado não está bom. O ensino está ruim. Não é culpa dos professores, a grade não contempla o que o professor tem que trabalhar. É difícil atingirmos todos os casos, é um trabalho a longo prazo, o professor precisa de apoio, tem que entender que a criança tem jeito (FonoSE).

A atuação médica, que muitas vezes medicaliza casos como este, também é alvo de críticas pela profissional:

Hoje em dia tem diagnóstico. O médico diagnostica e manda remédio. Não há remédio pra dislexia, mas os médicos dão. Quando está associado ao TDAH, eles prescrevem e se é só dislexia também. Em geral, é problema de metodologia da escola e vai pro médico e aí o que que faz, o médico pediu, o médico assinou... O nosso papel é muito pequeno e o professor acaba abandonando essa criança porque diz que não tem apoio para lidar com elas (FonoSE).

Como afirma a entrevistada, em geral, a dislexia envolve questões metodológicas a serem trabalhadas na escola. A profissional descreve sua atuação junto à escola da seguinte forma: “buscamos passar para os professores metodologias diferentes para lidar com esses casos, os mais usados, que particularmente gosto muito e trabalho são os métodos da boquinha e o fônico” (FonoSE). E acrescenta: “Às vezes, ele [professor] considera que esse aluno é um ‘burrinho’ que não vai prá frente mesmo. A gente mostra que não, que o nível intelectual dele o permite ser alfabetizado” (FonoSE).

Até o momento, as ações investidas pela escola, fonoaudióloga e pelo CAPSi não contribuíram, conforme nos revelam os dados, para amenizar a queixa apresentada. A mãe revela que, no começo, Luiz “deu uma acalmada, depois não. Agora, ele tá tendo uns ‘branco’, esqueceu muitas coisas que ele sabia”. Além disso, “depois que ele começou fono melhorou em português e caiu um pouco em matemática que ele era melhor” (F3). Já no prontuário, consta no mês de maio de 2009 que a criança está agitada e com notas baixas tanto em português quanto em matemática.

5.1.4 A história de Júlio

Identificação

Nome: Júlio

Sexo: Masculino

Idade atual: 7 anos e 8 meses

Série atual: 3^a

A queixa descrita no prontuário do CAPSi na época em que Júlio chegou ao serviço foi: “nervoso, agressivo, dificuldades de aprendizagem, não para quieto, dores de cabeça, disperso, dificuldades de concentração” (Prontuário 4). Dificuldades estas que a mãe já previa antes de Júlio iniciar as atividades escolares:

O caso do Júlio, ele entrou em coma quatro vezes e, até hoje, os médicos não descobriram porque. Ele inchava e entrava em coma. Nossa, ele chegou a ficar internado três meses seguidos... Teve uma vez que o médico achou que ele não voltava mais, aí quando ele saiu do quarto, o João mexeu o pezinho. Então, eu sabia que ele ia ter dificuldades na escola (F4).

Uma vez na escola, as dificuldades de Júlio não tardaram a aparecer: “É que a escola fez uma reunião porque ele tava tendo muita dificuldade, muita dificuldade, principalmente pra ler e escrever. Ele tem muita dificuldade pra ler” (F4).

Além disso, a escola se preocupou com outros comportamentos apresentados por Júlio:

O aluno durante todo o ano de 2008 não queria vir à escola, chegava ao portão todos os dias chorando, algumas vezes entrava e a maioria dos dias ia embora. A escola não conseguiu entender porque esta situação estava acontecendo, algumas vezes achávamos que era algum trauma, outras vezes pensávamos que os pais estavam dando apoio à atitude do filho, então, por inúmeras vezes, falamos com a mãe, pai e até com a tia, mas não conseguimos compreender o que levava o aluno a ter tal atitude, pois o mesmo não falava, por mais que indagávamos, não dizia nada (PE4).

Ainda sobre este episódio, que ocorreu quando Júlio frequentava a 2^a série, a mãe lembra que, após o ocorrido, foi solicitado o encaminhamento para o neurologista de

Arapongas²⁹. “Teve uma época que ele não entrava de jeito nenhum, batia na professora, chutava o portão, fugia, foi aí que mandaram eu levar ele no Dr. C.” (F4). Sem compreender os motivos das reações de Júlio, a mãe acreditava que o problema estava nele: “Alternava, tinha dia que ele queria ir, tinha dia que não queria e não ia. Chegou uma hora que eu falei não o problema era ele, não adiantava eu xingar a professora, a escola... estava muito difícil” (F4).

O comportamento relatado motivou alguns encaminhamentos. Um deles, para avaliação com uma das psicólogas da Saúde do Escolar que indicou a necessidade de encaminhar o caso para um neurologista. “Conforme solicitado, o aluno foi avaliado e apresentou o seguinte resultado: nível intelectual, classificou-se, no momento, como médio para sua faixa etária. No Bender (visomotora), apresentou um pequeno rebaixamento e problemas neurológicos” (Encaminhamento da psicóloga da Saúde do Escolar ao neurologista de Arapongas, dia 04/07/08).

Embora a mãe relate problemas envolvendo a aprendizagem do filho e o teste psicológico aponte um nível intelectual médio, a professora afirma que Júlio possui todas as condições para a alfabetização, o que só não está ocorrendo devido ao desinteresse do aluno.

O aluno é muito faltoso, apático e desinteressado das atividades acadêmicas. Diante das dificuldades, chora ou desiste de prosseguir com as atividades, necessitando de ajuda individual para terminá-las. Acredito que o grande problema dele relaciona-se a isto. Aparentemente, tem todas as possibilidades de ser alfabetizado nos próximos meses (Rel4).

Na escola, com o objetivo de ajudar Júlio, as alternativas encontradas foram reforço escolar e acompanhamento psicológico. Houve ainda um apelo para a fé: “A diretora falava que fazia oração pra ver se ele se acalmava” (F4). Sem sucesso em tais intervenções, a escola optou por uma avaliação médica: “Perante o comportamento do aluno, a escola solicitou à família que procurasse uma avaliação médica” (PE4).

Num primeiro momento, a família buscou atendimento médico em Arapongas. Fizeram uma consulta, o neurologista pediu alguns exames e marcou o retorno. A mãe disse ter encontrado dificuldades na realização dos exames, por este motivo buscou ajuda em outro lugar e, por sugestão de uma amiga, encontrou o CAPSi. Todavia a psicóloga da Saúde do Escolar explica o encaminhamento ao serviço de uma forma diferente:

²⁹ Município da região Norte do Paraná localizado a aproximadamente 15 km de Apucarana.

Quando a gente encaminhôu ele pra lá [CAPSi], nós conversamos com a mãe, ela pediu auxílio de um especialista, nós sugerimos o neuro né, pra ver se a gente detectava algum problema, daí a gente pode ver na criança que uma dificuldade de aprendizagem pode trazer muitos problemas, o desinteresse da criança, ela pode não querer ir pra escola porque ela percebe as dificuldades dela (PSE).

A mãe compareceu ao CAPSi pela primeira vez em setembro de 2008. Tanto a triagem quanto a primeira consulta com a neurologista ocorreram na mesma ocasião, no dia 17 do mês em questão. De acordo com as informações contidas no prontuário, o quadro apresentado por Júlio envolvia:

Dificuldade de comportamento, cefaléia, dores nas pernas, inquieto, disperso, porém, na escola, não tem queixas. Criança reclama que fica incomodado devido a necessidade de estar movimentando-se. Tem manias, mama, dorme puxando o cabelo. Prematuro, teve provável sofrimento intrauterino. Problemas de saúde.

Foram requeridos três exames: tomografia (TC), eletroencefalograma (EEG) e exame audiológico. A hipótese diagnóstica referida pela médica foi F90.0 – Distúrbios da atividade e da atenção.

Na consulta seguinte, exceto o exame audiológico que fora marcado para novembro, os demais não evidenciaram alterações. A conduta médica foi solicitar a manutenção do acompanhamento pela Saúde do Escolar e a prescrição de Piracetam³⁰, duas vezes ao dia. Sobre este medicamento, a farmacêutica entrevistada menciona que: “ele é um medicamento pouco prescrito para crianças. Na verdade, ele é mais utilizado pra idoso”. Isso porque “nenhum estudo formal de farmacocinética foi realizado em crianças. O Piracetam é utilizado em um número limitado de crianças”. E acrescenta: “Ele não vai resolver tanto para hiperatividade, quer dizer, ele não vai resolver nada. Ele só aumenta mesmo a assimilação, ele vai assimilar melhor aquilo que ele está aprendendo, mas pra hiperatividade não” (Farm.).

³⁰ O Piracetam é indicado para dificuldades envolvendo a memória, a atenção, a concentração e raciocínio, além de desvios de comportamento e dificuldade de adaptação. O produto é bem tolerado e, geralmente, não dá origem a efeitos secundários. Podem ocorrer, raramente, quadros de agitação, nervosismo, distúrbios do sono, distúrbios gastrointestinais, tais como vômitos e diarreia. (Piracetam, s/d).

Esta conduta, assim como o diagnóstico foram mantidos até fevereiro de 2009, momento em que a médica levanta a hipótese de Júlio apresentar também Dislexia. Nesta ocasião, houve um novo encaminhamento para a Saúde do Escolar para solicitar avaliação fonoaudiológica e também o acompanhamento psicológico que havia sido interrompido.

Em abril, o quadro permanecia inalterado. “Criança com as mesmas dificuldades” (Prontuário 4 – 17/04/2009). A fonoaudióloga, por sua vez, informa que após avaliação, não foi constatada nenhuma anormalidade. Então, a médica troca a medicação, suspende o Piracetam e receita o Cloridrato de Metilfenidato, meio comprimido de manhã e meio à tarde, mas mantém a dúvida com relação ao diagnóstico de dislexia. Na consulta do mês de junho, a médica examina os cadernos de Júlio e faz as seguintes observações: “professora anota leitura fraca. Algumas vezes leu, algumas não leu. Escreve bem. Erros gramaticais. Troca de letras (fonemas)” (Prontuário 4 – 05/06/2009).

E, decorridos quase oito meses de tratamento, os resultados são apontados como satisfatórios apenas no que tange ao comportamento de Júlio. O mesmo não ocorre com relação à aprendizagem, área em que as dificuldades permaneceram:

Disse que tá bem agora. Só dificuldade na leitura, no comportamento não tem problema. Acho que melhorou bastante. Deu muita diferença, agora, ele é mais tranquilo. Ele era muito nervoso. Ele é muito nervoso. Em casa, se você falasse que o dever estava errado ele não aceitava, ficava muito nervoso. Agora você fala, ele apaga e faz. . . . É está mais calmo. Só tem dificuldade pra ler mesmo. Mas eu sabia que ele teria um atraso profundo na mente (F4).

Mais que um conformismo pelo fato de Júlio ainda apresentar dificuldades para ler, notamos, pela fala da mãe, que, para ela, Júlio está condenado a apresentá-las para sempre. Isto é esperado por ela, já o “nervosismo” do filho não.

Na escola, os problemas de aprendizagem continuam sendo observados: “O aluno apresenta-se mais tranquilo e não está mais chorando. Na aprendizagem, continua com dificuldades para ler e fazer as atividades escritas” (Rel4). “Não estamos muito satisfeitos quanto à aprendizagem do Júlio, está muito defasado quanto aos conteúdos, não tem tido bons rendimentos” (PE4).

A fala da psicóloga realça este ponto de vista ao vincular o fato de Júlio estar bem quanto ao comportamento, por estar fazendo uso da medicação, embora os problemas de aprendizagem permaneçam: “Então, eu até agora comecei a atender ele, mas parece que agora

ele está bem, está tomando medicamento. Mas ele está, no momento ele está com problemas de aprendizagem, não está conseguindo acompanhar a turma como deveria” (PsiSE).

Por fim, as causas dos problemas escolares ou dos resultados não satisfatórios, em alguns casos, são assim elucidados:

O tratamento realizado no CAPSi ajuda bastante no desempenho escolar do aluno, mas ainda não é suficiente, sentimos muito a ausência da família em certos casos, não é o do Júlio, pois a mãe fez tudo que foi possível para resolver o problema do filho, mas a maioria dos pais não encaminham ao CAPSi, não acompanham a criança e nem comparecem à escola (PE4).

5.1.5 A história de Guilherme

Identificação

Nome: Guilherme

Sexo: Masculino

Idade: 10

Série atual: 3^a

Guilherme está na terceira série e reprovou três vezes: “Foi o ano passado. Estava na 3^a. . . . Ele também reprovou a 2^a e a 1^a” (F5). Embora as dificuldades na escola persistam até hoje, de acordo com a mãe, o reforço escolar só foi oferecido na primeira série. Mas, apesar de indicar esta e outras falhas da escola, a mãe se responsabiliza pelo o histórico de reprovações do filho:

Até a 2^a série eu achava que era culpa minha. Estava na correria, trabalho... eu estudava também, não dava muito tempo para ajudar ele. Só que daí o segundo ano que ele fez a segunda série foi bem, passou. Ele também sentia muita dor de cabeça. Aí, eu até pensei em trocar ele de escola, mas eu conhecia a escola faz tempo. Eu até tentei, mas não achei vaga. Aí se você for lá com um caso desse, aí é que não tem vaga mesmo. É que andou acontecendo umas coisas assim... na escola . . . Tinha uma coordenadora muito brava com as crianças. Eu achava que ela não ia com a cara dele. Um dia minha mãe foi buscar ele e viu essa coordenadora segurando ele no braço e deu um tapa no rosto dele. Foi o ano passado, mas a vó dele viu (F5).

Esta situação de violência pela qual passou Guilherme não foi considerada pela escola ao tentar compreender os comportamentos por ele apresentado, tanto que Guilherme foi encaminhado ao CAPSi com a seguinte queixa: “Problemas na escola: desinteressado pelos estudos com piora no ano de 2008 – a partir de agosto. Mãe não vê motivos para este comportamento. Agressivo, sem limites, desobediente, hiperativo” (prontuário 5).

O comportamento manifestado por Guilherme é colocado como um fator que atrapalha a sua própria aprendizagem e da turma como um todo. “Ah, o aluno vinha apresentando muita dificuldade na aprendizagem, tanto é que foi reprovado. E, além disso, além de não aprender e não se dedicar aos estudos, ainda atrapalhava os demais colegas de sala de aula” (PE5). Este posicionamento também é corroborado pela mãe ao falar sobre os motivos que a levou a buscar ajuda no CAPSi:

O que motivou foi a escola. Eu percebia que ele era muito desligado. Que nem a professora falava que ele era muito inteligente na parte oral, mas a dificuldade era na escrita e que ele era muito inquieto tanto com ele quanto com os amigos, não deixava ninguém quieto (F5).

Os comportamentos que dificultavam o “andamento” da turma são descritos pela professora em relatório enviado ao CAPSi. Em muitos momentos o discurso é contraditório:

Criança sociável, as outras crianças gostam dele, porém briga muito e agride os colegas quando as coisas não saem como ele quer. Não faz as tarefas, cria brinquedos no horário da aula como barquinhos de papel gigantes, perucas coloridas. Não tem limites e atrai a atenção para ele, traz materiais diferentes do material escolar para ‘ser a atração’. . . Come o lanche durante as aulas, é inquieto, não se concentra, não para, anda, pula, gira e, se parar, dorme. . . . No coletivo com a turma, não consigo controlá-lo. Ultimamente, está agredindo outras crianças e gosta de destruir coisas como quebrar carteira, até o trinco da porta ele estragou. É um menino bom de lidar. Individualmente, é muito prestativo. No recreio, quase sempre tem reclamação. Gosta de fazer “arte”, como quebrar caneca, cortar fila e sempre arruma confusão (Rel5).

Como conclusão, a professora expõe os motivos da não aprendizagem de Guilherme: “Enfim, ele não aprende porque se recusa a aprender” (Rel5).

Em casa, a mãe não observava as mesmas atitudes. “Em casa, a atitude dele era totalmente diferente. Não era tanto que nem na escola” (F5). Mas, por conselho da escola, buscou tratamento no CAPSi: “Mas na escola a diretora me chamava e falava que a família tinha que ver o que podia fazer pelo Guilherme, porque se deixasse ele assim podia prejudicar ele mais tarde, o futuro dele. Precisava de fazer algum tratamento” (F5).

Além de aconselhar a mãe a procurar alguma forma de tratamento, a escola menciona que houve tentativas visando solucionar ao problema, tais como reforço escolar, atendimento psicológico com a Saúde do Escolar e conversas com a família. Porém, diante da não resolutividade, entendida pelos profissionais como uma limitação da escola, considerou-se necessário buscar ajuda em outro setor.

O aluno freqüentou o reforço escolar, também teve constante atendimento individual prioritário na sala de aula pela professora regente, diálogo da equipe pedagógica com a família. E, então, quando nos deparamos com nossos limites profissionais a família decidiu ir até o CAPSi. . . . O que ocorria era que ele não conseguia concentrar-se. Com isso, não produzia e acabava diminuindo o rendimento escolar da sala toda, o tumulto contagiava e ele chamava atenção de todos. E como as intervenções pedagógicas não estavam sendo suficientes, vimos que seria necessário uma intervenção especializada (PE5).

Assim, o CAPSi tornou-se um local de referência para o caso de Guilherme por contar com profissionais e técnicas diferenciadas das existentes na escola. “Então, a escola indicou o CAPSi, onde encontrariam profissionais capacitados para orientações” (PE5).

A entrada de Guilherme no CAPSi ocorreu em novembro de 2008. Neste mês, além da triagem, foram realizadas as duas primeiras consultas com a neurologista. Após a investigação da queixa e a solicitação de eletroencefalograma cujo resultado foi normal, o diagnóstico levantado pela médica foi F90.0 – Distúrbio da atividade e da atenção. Considerou-se também a possibilidade do uso de Cloridrato de Metilfenidato a partir de 2009.

Em janeiro de 2009, Guilherme, após prescrição médica, iniciou o uso desta medicação, meio comprimido duas vezes ao dia. Esta conduta foi mantida nos meses de fevereiro e março. Em abril, ainda com reclamações da escola, a médica indica o aumento da dose da medicação de meio para um comprimido duas vezes ao dia. No mês de maio, não houve queixas com relação a Guilherme: “Sem queixas da escola. Comportamento melhor, cadernos OK” (Prontuário 5) e a conduta médica foi mantida.

Os resultados observados pela família foram basicamente os comportamentais, nas palavras da mãe:

Ele melhorou, não está mais inquieto, o caderno está bonito, está caprichando, fazendo as tarefas. Todo mês eu vou lá conversar, a Dr^a. pede. Ele deu uma boa melhorada no comportamento, não faz mais malvadeza com os colegas. Ele amarrava uma cordinha entre as carteiras para derrubar as meninas, quebrou o trinco das portas, essas coisas (F5).

A escola também observou mudanças. “Neste ano de 2009, estamos vendo alguns progressos. Ele está mais tranquilo, é... está demonstrando certo interesse, já não tem tanta rebeldia e brigas com os colegas como no ano passado (PE5). Estes progressos ainda não alcançaram, todavia, os objetivos desejados pela escola: “Quando profissionais atuam com afinco em sua área, bons resultados com toda certeza ocorrerá seja a curto, médio ou longo prazo. Já podemos observar melhoras no comportamento do aluno. Não é o almejado, porém são pequenos passos significativos” (PE5).

5.1.6 A história de André

Identificação

Nome: André
Sexo: Masculino
Idade: 7 anos
Série atual: 2^a

Quando foi encaminhado ao CAPSi, André cursava a primeira série. Com o término do ano letivo, veio a reprovação. Todavia o sistema de ensino adotado pelas escolas deste município permite que a criança realize uma prova para avaliar se ela pode ou não frequentar a série posterior. André foi avaliado e passou para o segundo ano. A orientadora pedagógica da escola explica de que forma aconteceu este processo:

Nós temos o ensino de nove anos agora, com a incorporação da pré-escola... Esse menino ficou retido na primeira série, retido, nós montamos o processo de

reclassificação. E, do departamento de desenvolvimento humano, veio a avaliação que ele estava apto a frequentar o segundo ano atual, não é? (PE6).

Os motivos da reprovação, ou melhor, retenção de André, assim como as demais queixas envolvidas no seu encaminhamento ao CAPSi, embora divergentes segundo a opinião dos entrevistado, englobam dificuldades com relação à aprendizagem e ao comportamento.

A não realização das tarefas e a agressividade são alguns motivos lembrados pela mãe:

É que ele não fazia nada, as tarefas, não copiava. . . . Mas assim, a única reclamação era que ele não queria fazer a tarefa, mas ele ia muito bem na leitura, em tudo. O ano passado e agora também. O problema foi mais por causa da agressividade (F6).

A professora de André e a psicóloga da Saúde do Escolar que o avaliou acrescentam que André “é desatento, desinteressado, não cuida do material, não faz a tarefa de sala de aula, é briguento, gosta de provocar os amigos, não obedece as normas da escola (Rel6, agosto de 2008). Estas profissionais indicam ainda uma defasagem na aprendizagem: “A minha maior preocupação é na parte pedagógica, que não está tendo progresso, poderia estar melhor se houvesse interesse do aluno (Rel6, agosto de 2008).

Sobre a qualidade da aprendizagem de André, a opinião da orientadora pedagógica é diferente. “Déficit de atenção, não de aprendizagem. Na aprendizagem, ele atende satisfatoriamente bem. Mas de atenção ele tem um déficit muito grande” (PE6). Quanto à agressividade, ela expõe que “o sistema nervoso dele é bastante alterado, ele não tem limite, inclusive ele agride, ele tem um estado emocional bem comprometido” (PE6) e tenta esclarecer ao argumentar que há “informações que outros componentes da família apresentam problemas comportamentais, estão no Ginásio” (PE6).

A mãe de André, por sua vez, apresenta uma outra versão para explicar as dificuldades do filho:

É que, sabe, tudo isso que o André tem, esses problemas, é muito por causa da professora do ano passado. Olha o que eles fizeram: a professora filmou ele na sala de aula pra mostrar como era o comportamento dele. . . . Me chamaram um dia e me mostraram a filmagem no computador. Ele tampava a câmera, andava, andava e tampava a câmera e ele falava “eu não quero que me filma” e tampava a câmera. Daí, uma funcionária da escola, olha era uma funcionária!!, me chamou e falou porque eu

não tirava meu filho da escola, porque, quando acontecia alguma coisa, eles chamavam ele, conversavam, daí a professora fechava a porta segurava ele junto com outros alunos e pedia prá crianças que ele tinha agredido baterem nele. Teve um dia também que ele esqueceu... acho que era a agenda... Então, a irmã dele foi levar para ele, quando chegou lá disse que ele tava para fora da sala, no pátio fazendo a tarefa. Aí eu fui até lá, pra saber o que estava acontecendo, mas não deixaram eu entrar, o portão tava fechado. Então eu chamei a patrulha escolar. Eles entraram e falaram “não, realmente ele estava para fora”. A professora falou que não queria ele lá dentro da sala de aula. A patrulha conversou, falou sobre os direitos dele e que era para ele estar dentro da sala junto com os outros. Não sei se eles fazem algum B.O, alguma coisa, senão pode ir atrás prá você ver (F6).

O fato de a mãe relacionar os problemas de André a situações vivenciadas na escola é por ela reforçado ao comparar o comportamento atual dele com os apresentados em outros locais:

Ah, em casa, ele era calmo. Na creche também. Ele ia desde os oito meses na creche e quando ele foi para a escola ele não aceitava. Começou a ficar bem confuso, porque aí ele tinha que fazer tarefa, escrever. Muda de sala, de professora, aí acho que vai bagunçando a cabeça da pessoa (F6).

Na tentativa de ajudar e lidar com André, a escola, antes de encaminhar ao CAPSi, adotou algumas estratégias. A busca pela família a fim de conhecê-la e orientá-la foi uma delas.

É, nós antes de fazermos qualquer encaminhamento prá técnicos, nós entramos em contato com a família pra conhecer a realidade da família, e estarmos nos interando de todos os fatores possíveis, que podem estar ocasionando aquela dificuldade de aprendizagem, tanto comportamental como na parte acadêmica, enfim, todos os fatores possíveis familiarmente falando (PE6).

Houve, inclusive em um destes encontros com a família, sugestões de como trabalhar com André em casa para que ele cumpra seu dever de aluno: “Foi colocada aos pais toda vida escolar do aluno e dando sugestões para os pais, tirando o brinquedo que ele gosta por um período e outras coisas, como não brincar com os coleguinhas” (Roc 6 – 28/08/08).

De acordo com a orientadora pedagógica da escola, o contato com a família possibilita entender certos problemas emocionais que possam estar interferindo na vida da criança. No caso de André, ela teceu as seguintes observações:

Nós notamos que há uma certa, possível desestruturação familiar, acho que talvez não tenha sido trabalhada a questão da família na época certa, talvez, uma ausência de afeto, de repente até uma superproteção por ele ser o único menino da casa antes, depois, ele teve um irmãozinho, gerando um possível ciúme, a atenção era toda voltada pro André, depois surgiu o irmãozinho e gera uma certa polêmica na vida emocional do menino (PE6).

Outro recurso utilizado pela escola é a observação do desempenho escolar da criança. A profissional entrevistada relata que há uma averiguação do dia a dia escolar e caso a criança, de um dia para o outro, após explicação do professor, não tenha aprendido determinado conteúdo, isso constitui uma “condição fundamental para que tenha um possível déficit de atenção” (PE6).

No caso de André, o acompanhamento psicológico também foi indicado. “A diretora falou para os pais que vai falar com a psicóloga para fazer um acompanhamento psicológico para que o aluno melhore tanto no comportamento como nas atividades” (Roc6, 28 de agosto de 2008). E dependendo dos resultados da avaliação, ele seria encaminhado “pra sala de recurso, classe especial ou permanece no regular para reforço paralelo” (PE6).

A mãe, por outro lado, expõe uma medida menos convencional praticada pela escola: enviá-lo para casa. “É. Elas mandavam ele para casa. Às vezes, eu chegava ele tava aqui, aí, eu falava: ‘por que você está aqui?’ Ah, mas eu liguei para o núcleo. Eles falaram que não, que o lugar dele é na escola” (F6).

Até a mudança de turma foi recomendada. Em outubro de 2008, após um episódio envolvendo André e a professora, no qual André afirmava que a professora mandou os colegas baterem nele e a professora, por sua vez, que André é quem estava a agredindo e os outros alunos estavam tentando segurá-lo, o pai sugeriu que o trocassem de sala a fim de fazer uma experiência. Mas ouviu da diretora que o problema “não é a sala de aula, é o comportamento dele [André] tanto dentro quanto fora da sala” (Roc6, 29/10/08).

Enfim, o encaminhamento ao CAPSi é colocado pela orientadora pedagógica como o último recurso encontrado pela escola para lidar com casos como o de André, e explica: “nós vamos sempre tomando os máximo dos máximos cuidados, prá ser trabalhados todas as

técnicas diversificadas da escola, todos os recursos por parte da escola, quando se esgotaram, aí é que a gente pede socorro lá fora” (PE6).

André foi encaminhado pela Saúde do Escolar ao CAPSi em 21 de outubro de 2008 sob a alegação da seguinte queixa: “Criança muito agitada, com déficit de atenção e dificuldade de aprendizagem. Teste intelectual classificação abaixo da média. Sono agitado e agressivo”. A triagem com os pais ocorreu dois dias depois, e foram agendadas para os dias doze e dezessete de novembro as consultas com a neuropediatra e psiquiatra, respectivamente. Na primeira consulta, tanto uma quanto outra investigaram a queixa e alguns fatos relacionados à história de vida da criança. A neuropediatra solicitou consulta oftalmológica, Raio-X da face e eletroencefalograma (EEG) e a psiquiatra levantou como hipótese diagnóstica F32.1 – Episódio depressivo moderado ou F90.0 – Distúrbios da atividade e da atenção, prescrevendo Imipramina³¹ 25mg, meio comprimido à noite.

Antes das próximas consultas, houve alguns contatos do CAPSi com o Conselho Tutelar a fim de investigar o fato de André não estar comparecendo na escola. Em um desses contatos, o pai compareceu ao serviço para falar que a escola estava exigindo um atestado para justificar o afastamento da criança da escola para tratamento (Prontuário 6). O afastamento de André também é confirmado por meio do registro de ocorrências da escola, cujo conteúdo, descrito no dia 18 de novembro de 2008, consta informações da consulta e a afirmação: “O aluno vai ficar afastado da escola enquanto estiver em tratamento. A mãe se comprometeu a apresentar para a escola o atestado do médico”. Tal fato, porém, não foi, em momento algum, sugerido pelos profissionais do CAPSi.

No mês de dezembro, só ocorreu a consulta com a psiquiatra e, segundo o prontuário observou-se melhoras, “paciente mais calmo” (prontuário 6). Em janeiro de 2009, após a mãe se queixar do comportamento de André em casa, a hipótese diagnóstica dada pela psiquiatra mudou para F90.0 — Distúrbios da atividade e da atenção. Com a alteração no diagnóstico, houve também a permuta de medicação: Cloridrato de Metilfenidato 10mg, um comprimido de manhã e um no almoço.

³¹ Medicamento indicado para estados depressivos de etiologia e sintomas variados. Também são recomendados em casos de ataques de pânico, pavor noturno, enurese noturna e condições dolorosas crônicas. Os efeitos colaterais mais frequentes consistem em secura da boca, constipação intestinal, sudorese, alterações na acomodação visual e/ou visão turva. Em alguns casos, pode provocar efeitos psíquicos, fadiga, sonolência, alterações do sono, estado de ansiedade aumentado, sensação de inquietude e agitação, oscilação de depressão para hipomania ou mania, sintomas de delírio, ativação dos sintomas psicóticos. Efeitos colaterais neurológicos também são observados, ocorrem frequentemente tremores e, ocasionalmente, sensação de formigamento, entorpecimento, cefaleia, vertigens (Imipramina, s/d).

Com a neurologista, o retorno ocorreu em fevereiro de 2009. O resultado do EEG foi normal, e na consulta oftalmológica, constatou-se alergia ocular que será tratada. Manteve-se a conduta da psiquiatra. Esta conduta permaneceu inalterada por ambas as médicas até junho de 2009, visto que, de acordo com a professora, o paciente fica inquieto e agitado quando passa o efeito da medicação (menos de quatro horas, segundo o prontuário). Então, a dose foi aumentada para três comprimidos.

Pelas informações contidas no prontuário de André, as mudanças esperadas ocorreram no início do tratamento, mas não houve uma continuidade posteriormente. Os profissionais da escola também partilham deste parecer: “Após os encaminhamentos aos técnicos, e o nosso trabalho junto ao professor, no início do ano, ele apresentou uma melhora boa sabe? . . . o André apresentou uma melhora muito boa, vindo a cair há dois meses atrás” (PE6).

A mudança de professora é apontada pela mãe como uma das razões no que tange às mudanças observadas. “Ah, ele melhorou cem por cento. Esse ano ele está ótimo. A professora dele também é muito boa” (F6). Tal fato é confirmado pela orientadora pedagógica:

Houve uma mudança de professor para professor. A princípio, houve uma aceitação muito grande, não colocando em hipótese alguma a capacidade dos profissionais na cabecinha do nosso aluno. Parece-me que ele se enquadrou melhor com esta nova professora. Então, é o que, no início, ele melhorou bastante, ficamos muito felizes, mas veio a se agravar novamente (PE6).

A medicação também é lembrada como um dos responsáveis pelas mudanças. As informações coletadas revelam uma dependência entre “bom comportamento” e uso da medicação:

Mas ele é um caso que, quando você falou da medicação, eu tava lembrando dele, porque a família estava deixando de dar a medicação, foi assim visível a mudança. Ele tomava medicamento, daí a família parou, e aí a família não levou na consulta que tava marcada parece, deixou de dar o medicamento, então ele voltou a ter problemas. Ele tava até avançando, mas ele voltou a ter problemas (PSE).

Então, ele oscila muito, o Cloridrato de Metilfenidato veio a auxiliá-lo na acomodação da atenção. Enquanto este medicamento estiver fazendo efeito, a atenção dele está presa ali, no processo ensino aprendizagem, com sucesso. É notada a diferença do

Cloridrato de Metilfenidato 10, 20, minutos após o efeito, ele muda até expressão do rosto (PE6).

Sobre este assunto, a orientadora pedagógica diz acreditar que a duração desta medicação varia de organismo para organismo, mas, no caso de André, o efeito “estava tendo validade de apenas duas horas” (PE6). No prontuário, também consta esta observação: “Paciente inquieto e agitado quando passa o efeito da medicação – menos de quatro horas!!” (Prontuário 6).

Essas constatações não são confirmadas pela profissional da farmácia, que, acerca dos efeitos desta medicação, relata:

Isso daí também é um tratamento né. Então, ele fica no organismo . . . ele demora até ser excretado totalmente, ele demora alguns dias. Então não vai mudar esse efeito. Por isso que a gente fala o paciente não pode ficar sem tomar o medicamento, mas se ele ficar um dia ele não vai notar diferença ainda (Farm).

5.2 Nas Entrelinhas dos Casos

Com base nos seis casos apresentados, elaboramos uma análise cujo tema centrou-se na busca pela medicação como forma de dirimir os problemas da educação e as implicações deste processo tanto na área educacional quanto da saúde.

5.2.1 Medicação: a solução para os problemas educacionais

Os casos descritos revelam que os encaminhamentos ao CAPSi ocorrem quando, supostamente, esgotam-se, dentro do contexto escolar, a gama de possibilidades em lidar com crianças que não se submetem às normas, apresentam comportamentos agressivos, mostram-se desinteressadas pelo estudo ou não aprendem. Estas dificuldades são apontadas em algumas declarações como limitações da escola e o fato de os objetivos da instituição escolar não alcançarem êxito acaba justificando a busca por parcerias em outros setores, como o CAPSi. Todavia o repensar das práticas escolares não é considerado neste processo.

Convém tecermos, nesse momento, algumas considerações acerca do significado desses comportamentos, que se configuram hoje, segundo as palavras dos entrevistados, em

um, senão o principal, entrave à concretização do ensino. As explicações dadas para a indisciplina apresentada na escola recaíram, fundamentalmente, sobre a criança e sua família. Por vezes, a escola também foi lembrada. Não podemos esquecer, conforme assinala Boarini (1998), que esta criança, esta família e esta escola não são entidades separadas da sociedade e, uma vez que a constituem, “não estão isentas dos encaminhamentos e sentimentos produzidos por esta mesma sociedade” (p. 9). Sociedade esta que, como explica a autora, valoriza o individual, o particular, implicando numa fragilização do espaço e das funções públicas, portanto, da escola e do ensinar.

Sob este ponto de vista, a disciplina e a indisciplina são entendidas como produções sociais, construídas pelo modo como vivemos e pelas relações decorrentes deste processo. Dessa forma, ao contrário da concepção vigente, que naturaliza a indisciplina escolar, como comprovam os encaminhamentos para tratamento médico e/ou psicológico de crianças que não cumprem as normas estabelecidas pela escola, acreditamos que “o comportamento indisciplinado pode estar revelando os conflitos velados da instituição e, mais que isso, pode estar indicando a insatisfação com uma escola, que dia-a-dia torna-se cada vez mais anacrônica e incompetente” (Boarini, 1998, p. 13).

É de domínio público o caos em que se encontra a rede de ensino no país. Dados referentes ao ano 2000 apontam que 39 de cada cem estudantes do Ensino Fundamental estão acima da idade para a série que cursam e 21,7% repetem de ano (Constantino, 2003). Podemos ilustrar este panorama com alguns depoimentos veiculados pela mídia recentemente. Vejamos o que diz uma estudante de doze anos de uma escola pública do Pará em reportagem elaborada por Lepri (2009) e divulgada na mídia em março deste ano: “A gente vem para estudar, chega e não tem aula. A gente tem que acordar cedo, cedo, tomar banho, se arrumar, vir para o colégio. Chega, não tem e volta”. Nesta mesma reportagem, uma professora de São Paulo descreve a situação:

A gente encontra alunos em outras classes que não escrevem nada, ou então aqueles que são copistas. Você passa a apostila e ele é capaz de escrever o texto, mas, na hora em que você pede para ler, ele não lê nada do que ele escreveu.

Muitos outros relatos poderiam ser mencionados. Aliás, os entrevistados ouvidos nesta pesquisa também observaram dificuldades com relação à situação do ensino. A rotatividade de professores, crianças encaminhadas à fonoaudióloga para serem alfabetizadas, alunos que chegam à 5ª série sem dominar as operações matemáticas básicas. Como se não fossem

suficientes estes problemas de ordem pedagógica, os depoimentos desvelaram outro agravante a que estão sendo expostos alguns destes alunos: a violência física e a exclusão fomentada pelos próprios educadores.

Assim, se, por um lado, as queixas dos educadores recaem sobre o comportamento, sobretudo a agressividade física ou verbal das crianças direcionada contra outras crianças e/ou membros da equipe pedagógica da escola, a instituição escolar não é menos violenta. Nesse sentido, as reações apresentadas pelas crianças frente a estas circunstâncias não deveriam ser tratadas como uma resposta emocional inadequada, um desvio de personalidade ou um transtorno mental propriamente dito, mas como uma denúncia de que a escola não está bem.

Embora geradas nas e pelas relações estabelecidas no contexto escolar, os comportamentos dos alunos considerados ofensivos às normas e aos objetivos da instituição são, na busca de soluções para estas situações, apartados do contexto que foram engendrados. “O indivíduo particular é quase sempre responsabilizado pelas tensões e conflitos existentes” (Boarini, 1998, p.15) e, partindo desse princípio, as medidas adotadas pela escola procuram sanar ou minimizar a agressividade apresentada pela criança, acreditando que isto favorecerá o cumprimento das metas educacionais.

Patto demonstrou exaustivamente em seus estudos (1985; 1997) que, na tentativa de explicar e solucionar os problemas de ordem educacional na década de 1980, a escola encontrou respaldo na psicologia, sobretudo por meio dos testes psicológicos. A psicologia cumpriu a função de responder aos anseios dos profissionais da educação ao encaminharem crianças que apresentavam dificuldades escolares, qual seja, identificar alguma anormalidade que justificasse tais dificuldades. Todavia a autora explicita que:

essas dificuldades não podem ser entendidas sem que se levem em conta práticas e processos escolares que dificultam a aprendizagem. Tais práticas e processos produzem nos alunos atitudes e comportamentos que são comumente tomados como “indisciplina”, “desajustamento”, “distúrbio emocional”, “hiperatividade”, “apatia”, “disfunção cerebral mínima”, “agressividade”, “deficiência mental leve” e tantos outros rótulos caros a professores e psicólogos (Patto, 1997, p. 2).

Esta forma de entender os problemas educacionais continua sendo desconsiderada. Os estudos anteriormente citados mostram que psicólogos insistem em encaminhar casos como estes para tratamentos especializados. Todavia, como destacam Boarini e Borges (2009, p. 124), “só o especialista já não basta”. Embora a participação da psicologia nesse processo

ainda tenha relevância, percebemos, na atualidade, que a “fórmula mágica” encontrada, em geral pelos professores e adeptos na área da psicologia, é a medicação. Afinal,

Temos um novo padrão a ser seguido: as soluções devem ser instantâneas e pouco trabalhosas; e a sociedade, com o auxílio do novo personagem que entra no cenário – a indústria farmacêutica – não tardou em encontrar a ‘solução’: os psicotrópicos, disponíveis em qualquer farmácia (Boarini & Borges, 2009, p. 124).

Uma vez encaminhadas ao CAPSi sob o diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade ou Distúrbio de Conduta, o medicamento vem sendo uma das alternativas utilizadas no tratamento destas crianças. Parte-se da ideia de que, “ajudando” a criança a se acalmar e a se concentrar, facilita-se o processo de ensino-aprendizagem. A crença é, portanto, que, quando se trata a criança, figura na qual supostamente reside o problema, os objetivos da escola podem ser concretizados.

A esperança de que o medicamento resolva os problemas de aprendizagem e, conseqüentemente, garanta uma educação de qualidade não foram corroboradas pelas informações obtidas neste trabalho. Os resultados notados pelos familiares e profissionais entrevistados mostram, de uma maneira geral, que, após seis meses ou mais de tratamento medicamentoso, as dificuldades permanecem. Quando muito, foram mencionadas melhoras em termos de comportamento, o que não implicou, necessariamente, em melhora de aprendizagem, e não significa que ocorreu devido ao medicamento, porque, em alguns casos, as mudanças também coincidiram com alterações do meio social da criança como troca de escola, de professora ou de turno.

Tendo em vista que os resultados são considerados positivos a partir do momento em que a criança se mantém calma, tranquila, cumpridora das tarefas escolares, em última análise, sob o controle do professor, podemos entender que a medicação está servindo não só para adaptá-la a uma escola repleta de problemas, mas para esconder a ineficiência da instituição escolar. E se, acerca de um século atrás, separavam-se as crianças consideradas “anormais” das “normais” a fim de garantir que o desempenho dos mais adiantados não fossem prejudicados, como afirma Wanderbroock (2009), atualmente, o medicamento também assume esta função.

Não podemos esquecer que a procura pela medicação se realiza num momento em que os avanços na área farmacêutica são notórios. O desenvolvimento da psicofarmacologia ganha impulso, segundo Rodrigues (2003), a partir de 1950 com a descoberta dos primeiros

antipsicóticos e antidepressivos e, atualmente, na “busca de resultados efetivos, a medicação não encontra nenhum rival à altura” (p. 3). Não é exagero considerar que hoje encontramos remédio para tudo, até para o que não tem. “temos medicações para tratar ejaculação precoce, impotência, depressão, mau-humor, preguiça crônica, distrabilidade, etc. Parece não haver limites” (Rodrigues, 2003, p. 5). Basta lembrar o que uma das entrevistadas comentou a respeito da dislexia: “Não há remédio para dislexia, mas os médicos dão. Quando está associado ao TDAH, eles prescrevem e se é só dislexia também” (FonoSE).

Outro ponto a considerar é que se há remédio pra tudo, também há diagnóstico pra tudo. Rodrigues (2003) destaca uma tendência da psiquiatria e dos sistemas classificatórios de transtornos mentais em acompanhar as intervenções medicamentosas disponíveis. O autor ilustra este posicionamento ao argumentar que, em alguns casos, a mudança ou a criação de um quadro nosológico é determinada pela resposta a uma substância farmacológica específica, caminhando para o que chama de “medicalização da vida cotidiana” (p. 5).

Mais do que o cotidiano, assistimos a uma medicalização dos conflitos sociais. Muitas condutas, como a indisciplina ou a não aprendizagem, que, ao nosso juízo, evidenciam os precários resultados do sistema educacional e escolar em nossos dias, possuem uma classificação e são diagnosticadas segundo os critérios do DSM-IV ou CID-10. Ressaltamos que o CAPSi não se exclui desse processo, ao contrário, participa de forma ativa: constitui a via para a obtenção desse diagnóstico e, conseqüentemente, da medicação.

5.2.2 Medicação: seus efeitos adversos

O exame do conteúdo fornecido pelos participantes da pesquisa nos permite explorar uma outra questão que consideramos pertinente nesta discussão. Em geral, os profissionais da educação participam do processo de decisão acerca da existência ou não de um transtorno e da necessidade de encaminhar uma criança para tratamento médico e, por conseguinte, medicamentoso.

Como já afirmamos, a intervenção medicamentosa é sugerida para aqueles casos em que se acredita não haver, dentro os aparatos disponíveis na escola, possibilidade de resolução. Uma das implicações dessa crença no medicamento, enquanto a salvação para os problemas enfrentados na escola, reside na dependência que é criada valendo-se desta ideia. O professor passa a acreditar que só conseguirá realizar sua proposta em sala de aula se determinadas crianças estiverem sob uso da medicação, impossibilitando uma reavaliação de

sua prática e a tentativa de encontrar alternativas diferentes para lidar com situações do cotidiano escolar.

Esta dependência é avalizada pelos profissionais da saúde que aceitam sem críticas, inclusive confirmando o diagnóstico sugerido pela escola, uma demanda cujos problemas deveriam ser trabalhados pela escola. Tornam-se, nesta perspectiva, reféns das mazelas educacionais.

*“No meio do caminho tinha uma
pedra
Tinha uma pedra no meio do
caminho. . .” (Carlos Drummond
de Andrade).*

6 TRABALHO COLETIVO: Uma prática possível?

Neste capítulo, expomos os resultados concernentes à terceira etapa da coleta de dados, assim como a análise elaborada com base nos mesmos.

6.1 O CAPSi em Cena: Seus Atores, sua Atuação

Os resultados expostos neste tópico foram organizados em quatro temas, estabelecidos pelo teor das entrevistas realizadas com os profissionais do CAPSi *José Pazelo*. As entrevistas, na íntegra, encontram-se em anexo.

6.1.1 Sobre a função do CAPSi e de seus profissionais

No momento de ingresso no CAPSi *José Pazelo*, os entrevistados, em sua maioria, afirmaram desconhecimento quanto à política que orienta o serviço, bem como sua função. Dois profissionais que anteriormente trabalharam em CAPS também relataram estas dificuldades, como ilustra o depoimento:

Olha, eu confesso que eu não tinha isso muito claro. Porque a experiência que eu tinha de CAPSi era diferente desse daqui, realmente. O CAPSi que eu tinha conhecimento que eu trabalhei, e por pouco tempo, era um CAPS Infantil, mas que atendia álcool e drogas (Enf).

Muitos profissionais, ao relatarem seu desconhecimento, associaram o serviço a um ambulatório:

Não. De jeito nenhum. Oh, eu sabia na parte teórica, mas a prática foi só... porque assim, os CAPS que eu trabalhei tanto de adulto quanto de criança, cada um tinha um perfil diferente, acho que dependia da região de onde ele estava. Então assim, eu só fui amadurecer a ideia de CAPS alguns anos atrás, porque *tem CAPS que tem nome de CAPS, mas funciona como ambulatório* [grifos nossos] (Psiqui).

Não. Nada, nada. Não tinha nem ideia. . . . É, porque *a ideia que eu tinha é que fosse um ambulatório* [grifos nossos]. Mas aí eu comecei a ver que era diferente (Neuro CAPSi).

Mais ou menos, na verdade. Porque eu tinha visitado o CAPSi de Londrina, conheci mais ou menos o de lá, só que, *quando eu cheguei aqui, percebi que era um pouco diferente, era mais ambulatorial* [grifos nossos], então, mas eu vim assim, um pouco assim, aí eu fui perguntando pro pessoal como é que era (Psi).

Após o contato com a política sobre saúde mental, que, segundo os relatos, ocorreram pelo convívio com os profissionais que já trabalhavam no local, “mais por conta mesmo. Lógico, e por convívio com as pessoas aqui que eu acho que também ainda estão aprendendo” (Neuro). Via internet: “Eu leio alguns artigos que eu pego na internet, de saúde mental pública, . . . é mais por interesse, para saber o que rege a política mental no país, né?” (Psiqui), ou ainda devido à necessidade em estudá-la para concursos, “Desde o concurso. Eu estudei para o concurso” (AS), a concepção de CAPSi é apresentada pelos profissionais da seguinte forma:

Ao meu ver assim, né, seria para dar um suporte, seria para a desinstitucionalização do paciente mesmo. *Invés dele ficar internado, ele vem aqui para receber esse suporte* [grifos nossos], tanto ele quanto a família do paciente (AS).

Um CAPSi, na prática né? Acho que é um espaço para tentar resgatar aquilo que a criança está perdendo. E para centrar o papel dos cuidadores. Acho que o funcional é isso. E também eu acho que CAPSi, ele serve como uma ponte para... é... *no sentido de encaminhar a criança e o adolescente para especialidade*, eu acho que é mais ou menos assim, *sai da rede básica e vai para um atendimento especializado* [grifos nossos] e ver se essa criança precisa e encaminha para outros setores, um olhar diferente né? (Psiqui).

A noção de CAPSi expressa nos excertos acima alude ao serviço enquanto substitutivo ou ainda como um centro de atendimento especializado, no qual crianças e adolescentes podem ser encaminhados quando necessário. Na visão de outros profissionais, a ideia de CAPSi é atrelada à necessidade de oferecer um atendimento de forma mais constante ao

usuário, a fim de obter melhores resultados. Tal forma de pensar é justificada pelo fato deste dispositivo se constituir como um lugar de referência ao atendimento de transtornos mentais graves. Vejamos:

Seria o atendimento, né, a pessoas com transtornos mentais e que necessitassem de um atendimento, assim, mais de perto, né? Não somente uma consulta ou uma medicação e vai pra casa, volta daqui um mês, daqui dois meses. Seriam pessoas que precisariam de um atendimento mais constante, uma observação clínica mais constante para ter um efeito melhor desse tratamento, ter um resultado melhor desse tratamento, seriam casos assim de transtornos mais graves, né? E não transtornos leves que só um acompanhamento médico e/ou psicológico que resolve (Neuro).

então, a gente tem que atender casos de transtorno mental graves, fazer com que eles estejam aqui, fazer um tratamento com eles aqui, estando aqui o máximo de tempo possível, dependendo do problema, né? (Psi).

Embora o CAPSi tenha uma finalidade específica, ao abordarem sobre a função desempenhada no local, os profissionais a relacionaram mais à profissão em si do que aos objetivos da instituição. A enfermeira, que também exerce a função de coordenação, afirma que procura “coordenar o grupo, ver quais são as dificuldades dos profissionais, ver o que que a gente pode somar para melhorar o trabalho deles” e conclui: “na verdade eu acho que eu fico apagando incêndio”. A psiquiatra resume sua atuação em diagnosticar e medicar. “Então, o atendimento é clínico. É extremamente clínico. Não sei, a minha visão é mais clínica, tipo assim, é dar o diagnóstico e medicar, e poder estar fazendo algumas colocações sobre o caso”.

Apesar de mencionar que sua função no CAPSi é facilitar o convívio do usuário na comunidade, a assistente social mostra certa insatisfação por não conseguir desempenhar o que acredita ser sua real função: o atendimento social.

Meu trabalho, eu sinto que às vezes fica assim a desejar, que eu vejo assim, que deveria ficar mais ligada à questão, assim, de transporte para os pacientes, os benefícios, e às vezes eu acabo me envolvendo com tanta coisa que isso fica um pouco de lado, é eu acho que eu fico um pouco a desejar no atendimento social.

A psicóloga relata que, no início, sua função foi “de ser uma psicóloga infantil individual”. Mas, como atualmente realiza algumas oficinas, acredita estar ocupando uma função que deveria ser de outra profissional: “eu ajudo com os trabalhos manuais, não deveria talvez, mas eu acho que sim, não sei quem faria isso, porque a gente nem tem artesã para essas coisas”.

E, após quase dois anos de funcionamento, a coordenadora do CAPSi afirma: “na verdade, nós não funcionamos ainda como um CAPSi deveria funcionar” (Enf). Esta declaração é comprovada ao investigarmos o cotidiano do serviço, o qual revela a inexistência de um trabalho realizado em equipe e cuja organização aponta características de uma forma de atendimento ambulatorial.

6.1.2 A entrada no CAPSi: com quem é minha consulta?

6.1.2.1 O funcionamento

A entrada no serviço tem início com a triagem que é realizada pela enfermeira ou assistente social. Em seguida, dependendo do caso, é agendada uma consulta com um dos profissionais. “Aí, ela tria, aí, a gente tinha que estar discutindo, mas, aí assim, elas vêem o que a criança precisa e marcam a primeira consulta” (Psiqui). Em geral, esta primeira consulta é agendada para uma das especialidades médicas: “Eu acho que elas percebem se é um quadro de hiperatividade, um quadro neurológico, elas marcam para a Dr^a. S., se for um quadro mais clínico, elas encaminham para mim e para a Dr^a. I” (Psiqui). A neuropediatra confirma esta conduta: “Então, o que eu sei é que é passado por uma triagem e, aí havendo a necessidade de avaliação neurológica, a assistente social ou a enfermeira fazem a triagem e encaminham para eu estar avaliando”.

A avaliação psicológica, quando solicitada, ocorre, segundo os relatos, em momento posterior. “Então, eu não sei se elas encaminham direto, porque, assim, as crianças que eu atendo na primeira consulta elas não passaram por avaliação psicológica, eu acho que elas passam depois” (Psiqui). No que tange a este assunto, a assistente social oferece uma explicação que recai sobre a desorganização do trabalho:

Na verdade, por enquanto, ainda está tudo tumultuado. Apesar de já estarmos funcionando há quase dois anos, ainda estamos em fase de implantação. Então, os

estudos de caso são feitos esporadicamente, casos mais graves a gente já faz triagem e já marca o atendimento, casos graves, eu digo assim, tentativa de suicídio, pacientes em crise, daí a gente já chega a marcar atendimento com a psiquiatra. Na dúvida, a gente tenta deixar para estudo de caso. Na dificuldade da equipe conseguir dar prosseguimento ao estudo de caso, muitas vezes, acaba que a gente agenda para a neurologista ou a psiquiatra avaliar para poder dar atendimento, mas quanto a isso a gente é bem desorganizado ainda.

Ao discorrerem sobre como são realizadas as avaliações dos casos, os profissionais também demonstraram a falta de integração da equipe, uma vez que cada um se remete à sua forma particular de avaliação. A psiquiatra, por exemplo, relata que, num primeiro momento, esta etapa é feita com os pais e a criança: “Aí, eu peço para os pais estarem relatando, na presença da criança, aquilo que mais, que eles acham mais importante” Numa segunda consulta, a criança entra sozinha, e depois, “a mãe vem e conta toda história de vida da criança e, aí, a gente vê o que se tornou psiquiátrico”. A Neuropediatra utiliza como recurso a solicitação de exames: “A avaliação primeiro é clínica, né? Consulta médica, né, e avaliação do caso, e exames físicos, exames neurológicos, e, dependendo do caso, eu dou os encaminhamentos, exames, dependendo de cada caso”. E a psicóloga, entrevistas. “Avaliação? Ah, é entrevista. Na verdade, eu faço perguntas relacionadas ao que o familiar traz, normalmente, a quantidade, a frequência, esse tipo de avaliação assim, para ver o tamanho do problema, para saber qual é a necessidade do caso”.

Discussões de casos pela equipe ocorrem sem planejamento e de maneira individualizada e não são realizadas sobre todos os casos. “É, muitas vezes os médicos nos chamam para passar o caso e discutir, isso é feito de uma maneira individual, às vezes ele chama a assistente social, ou o profissional da enfermagem, a psicóloga” (Enf). “O clínico vê o diagnóstico, conversa com o psicólogo, com a assistente social, mas em momentos diferentes. Não é feita uma reunião em grupo para poder discutir” (Psiqui).

Sem um espaço disponibilizado para esta tarefa, o diagnóstico é definido a critério do médico. “Bom, eu não sei assim como se chega, porque, na verdade, eu nunca diagnostiquei, olha, é isso ou aquilo, quem diagnostica mesmo, são as médicas, elas que fazem” (Psi). A assistente social, por sua vez, aponta o diagnóstico como uma tarefa do médico, por não se sentir capacitada para tal.

Deveria estar acontecendo mais o estudo de caso, mas o diagnóstico mesmo que eu vejo que é feito é a doutora que faz. Exclusivamente ela. Eu não vejo assim, tipo psicólogo, ninguém chegar assim a um diagnóstico, eu não me vejo capaz sabe? Assim, quando o paciente vai falando, hoje que a gente tem conhecimento de algumas situações, até imagina o que pode ser, mas diagnóstico é sempre a doutora.

De acordo com a Neuropediatra, a participação da equipe no diagnóstico acontece às vezes, quando o caso demanda cuidados que extrapolam a sua área de atuação.

Às vezes participa, às vezes a gente precisa de ajuda. Porque tem algumas coisas que às vezes foge da minha área e, aí, a gente precisa estar discutindo com psiquiatra, psicólogo e mesmo com a coordenação do CAPSi, às vezes é caso que não é tanto a parte médica envolvida, é um problema social, falta de uma medicação, uma coisa em casa, acaba envolvendo mais coisas, né?

Todo este panorama é explicado da seguinte forma:

deveria ser isso, a equipe toda senta para conversar, discutir os casos e tirar um diagnóstico, né? Mas isso não ocorre. Não ocorre porque nós não temos uma equipe única que trabalha junto, nós temos duas equipes trabalhando no mesmo espaço e daí nem sempre os funcionários se encontram (Enf).

Sem adentrarmos, neste momento, aos motivos que podem estar gerando tal situação, fato é que esta forma de funcionamento traz implicações, como conta a assistente social:

E muitas vezes a gente acaba atendendo muitos casos que não são casos CAPSi mesmo [grifos nossos]. Que eu vejo que é uma falha assim do serviço. E são muitos casos que não deveriam estar aqui [grifos nossos]. Outros são graves e a gente acaba acolhendo todos. Acho que nós ainda estamos um pouco perdidos quanto a isso.

6.1.2.2 Os casos atendidos

As informações fornecidas pelos profissionais permitem-nos apontar que não há um consenso com relação aos principais casos atendidos pelo CAPSi. Para cada profissional, uma demanda diferente.

Para a enfermeira, a busca por atendimento no serviço refere-se notadamente a “transtorno de comportamento e dificuldade de aprendizagem. É o que a gente mais tem visto”. A assistente social observa que “é mais um socorro para a escola. Eles são quem mais pedem socorro”, o que também é assinalado pela neuropediatra: “Então, são casos mais encaminhados pela Saúde do Escolar, né? Casos mais de distúrbio de comportamento, hiperatividade e o distúrbio de aprendizagem. São mais a escola que encaminha mesmo, são mais esses casos que eu atendo aqui”.

A psicóloga, além da demanda escolar, faz menção a um outro tipo de transtorno: “os transtornos... sei lá, eu pego muito transtorno de pânico. Lógico, existe a demanda que vem da escola, de crianças hiperativas e que dizem assim, quer dizer, não tem para onde ir e acabam vindo prá cá”.

Por outro lado, a psiquiatra afirma que o serviço atende, em sua maioria, casos referentes a transtorno de humor e psicose.

Tem aqui, mais quadros de transtornos de humor e psicose. De ansiedade tem pouco, retardo mental, muito pouco, associado a transtorno mental, distúrbios de aprendizagem, só com quadros clínicos associados, o que vem mais eu acho que é transtorno de humor e quadro psicótico.

Com relação aos casos envolvendo queixas escolares, a opinião dos profissionais também é divergente. Alguns afirmam que muitos desses casos não são absorvidos pelo CAPSi. “Muitas vezes não é confirmado [o diagnóstico]. O que a gente observa é que muitas vezes falta um manejo melhor da criança dentro da escola. Há um despreparo do professor para trabalhar aquela situação com a criança” (Enf). “Que assim, vem encaminhado pela psicóloga da escola, ou em alguns casos pela fono. Aí nem sempre a doutora concorda. Aí ela manda uma cartinha por escrito, geralmente eles pedem um laudo, aí, ela faz por escrito, um retorno” (AS).

Outros, em especial as médicas, acreditam que estes encaminhamentos são realizados de maneira adequada, ou seja, a hipótese da escola de que a criança é portadora de algum transtorno é confirmada após avaliação no serviço. “Ah, acho que, não sei, pelo que eu vi, 100%. Não sei. Não peguei nenhum caso assim de escola que não era, não é?” (Psiqui). Segundo a neurologista, os profissionais da escola estão habilitados para avaliar casos como estes:

Então, algumas vezes sim. Acho até que na maioria das vezes. A professora, o educador ou até mesmo a psicopedagoga tem condição de estar avaliando se a criança tem esse ou aquele problema, se é caso para estar mandando para uma avaliação, eu acho que tem. E assim, nesse sentido eu acho que eles ajudam bastante, ajudam bastante e acho que acertam bastante.

6.1.3 Como deveria ser...

Em alguns momentos, o discurso dos profissionais do CAPSi revela uma percepção de que o serviço, da forma como se encontra estruturado hoje, não cumpre a função para a qual foi criado.

“Não tem assim uma rede, né?”, aponta, por exemplo, a psiquiatra ao falar sobre a falta de acompanhamento dos casos que recebem alta ou são encaminhados a outros serviços. Outro ponto destacado, durante a entrevista, foi a necessidade de interação do CAPSi com a atenção básica e a comunidade: “outra coisa assim, que eu acho que o CAPSi poderia funcionar . . . é tipo assim, fazer um trabalho de base. É sair do CAPSi e ir para a comunidade”. Opinião que é compartilhada pela enfermeira:

Nós temos que reestruturar e trabalhar melhor junto com a base, com a atenção básica, aí quando nós fizermos melhor, quando os nossos laços ficarem mais solidificados com a atenção básica, com a escola, com a comunidade, aí sim eu acredito. Então, eu acho que nós temos que melhorar isso (Enf).

Lembramos que esta interação entre o CAPSi e a comunidade, embora prevista pela política que regulamenta o serviço (Brasil, 2004a), refere-se a um planejamento junto com

outros setores a fim de promover a inserção social do usuário e não a atuação direta dos profissionais do CAPSi na comunidade.

Outro ponto ressaltado diz respeito à importância do trabalho em equipe:

Que eu acho importante assim, na triagem, . . . a pessoa vem para a triagem, mas todo mundo participar da triagem. Vem a criança com a mãe, todo mundo vê a criança e vê a mãe . . . então eu acho assim, que a triagem, não sei pelo que eu vi, *o grupo tem que fazer a triagem* [grifos nossos]. O grupo fazer, você entende? (Psiqui).

6.1.4 Mas não é porque...

Se, por um lado, alguns profissionais demonstram ciência das dificuldades relacionadas à forma de funcionamento do CAPSi, eles apresentam também suas explicações e sugestões para o aprimoramento do serviço. De acordo com a assistente social, a falta de profissionais é considerada um obstáculo:

Eu vejo assim, que a gente tem uma falta de pessoal aqui, então, acaba que a gente tem que fazer outras funções, se a gente tivesse um número maior de funcionários, né, que eu vejo que hoje é a maior dificuldade para as coisas andarem.

Assim, a solução seria a contratação de funcionários. “Pelo que é proposto, precisamos de mais funcionários, eu não tenho muito tempo, não temos nenhum T. O, né, educador físico que seria interessante pra criança, falta bastante coisa” (Psi). “Eu acho que o que está faltando mesmo é a parte humana mesmo, uma artesã, uma fono, acho que seria muito bom aqui, é, terapeuta ocupacional, educador físico, e mais psicólogo também, a demanda é grande” (Neuro).

A psiquiatra cita como sugestão a “participação de ONGs” e a formação de “um grupo com a escola” a fim de propiciar um espaço para esclarecimentos sobre a doença.

Por fim, a neuropediatra lembra que há uma disparidade de funcionamento entre os diversos CAPSi existentes, gerando dificuldades para entender como deveria ser o trabalho nesse dispositivo e propõe a criação de um protocolo de atendimento unificado:

Então, que a gente observa assim que, através da..., das reuniões que tem na supervisão, que não existe uma unificação do tratamento, desses atendimentos nos CAPSi de uma forma geral, cada CAPSi tem um atendimento individualizado, até

porque a gente recebe alguns pacientes que vêm de outros CAPSi, de Curitiba, São Paulo, e você vê que é diferente, né, um CAPSi do outro. *Eu acho interessante que houvesse um tipo de protocolo, uma coisa que pudesse, pelo menos, a base ser toda igual para poder facilitar principalmente para quem está atendendo* [grifos nossos], né, para você ter uma idéia do que é aquilo, quem vai trabalhar num CAPSi saber que é daquele jeito, paciente saber que ele vai ser atendido daquela maneira aqui ou, se ele mudar para outro local, a essência vai ser a mesma. É lógico que, de acordo com a região, com a possibilidade de cada município, a coisa vai se adaptando. Mas a gente vê que existe uma diferença muito grande de atendimento entre os CAPSi, né? Pode ser que, com o passar do tempo, isso vai se modificando, no sentido de dar um atendimento melhor.

6.2 A Prática Coletiva em Discussão: Propostas Atuais e Concepções Sociais em Direções Opostas

Nesta análise, discorreremos sobre as dificuldades para a construção de um trabalho coletivo no âmbito da saúde mental em um contexto social cujas concepções vigentes são essencialmente individualistas.

6.2.1 O trabalho coletivo em saúde

Tendo como referência as informações coletadas nesta pesquisa, uma constatação salta aos olhos: um dos pilares das novas práticas de cuidado em saúde mental, ou seja, o trabalho desenvolvido por equipe multiprofissional não está sendo desenvolvido. O CAPSi *José Pazel* apresenta dificuldades em organizar um trabalho coletivo tanto internamente, entre os membros da própria equipe, quanto externamente em articulação com outros serviços de saúde e a comunidade.

Ressaltamos que esta não é uma dificuldade local, circunscrita ao CAPSi de Apucarana. A título de exemplo, citamos o estudo de Bezerra e Dimenstein (2008) sobre os CAPS de Natal-RN. O resultado desta pesquisa revelou, dentre outras constatações, a inexistência de uma interface entre os CAPS e os demais níveis de atenção: “não se conhecem as equipes presentes no território e nem a possibilidade de realização de trabalhos articulados” (p. 637). Ante as evidências encontradas, as autoras concluíram que:

Os CAPS, que deveriam atuar como articuladores e ordenadores da rede, acabam centralizando a demanda e inserindo-se de forma muito tímida nos territórios e na comunidade. A forma como os serviços estão organizados, portanto, constituem-se em uma grande dificuldade para atuação frente às demandas de saúde mental (Bezerra & Dimenstein, 2008, p. 639).

Estas dificuldades são observadas por Scarcelli (1999) ao afirmar que o grande desafio na construção de novos modelos de atenção em saúde mental é “desenvolver o trabalho coletivo” (p. 303). E a razão disto, provavelmente, pode estar na dinâmica social que se centra no indivíduo, cujas implicações podem ser observadas nas diferentes esferas sociais. Tal panorama foi reforçado em recente pesquisa realizada pelo Instituto Datafolha acerca do perfil do jovem brasileiro, divulgada em 2008, que identificou como o sonho de vida do jovem em primeiro lugar o trabalho em uma profissão, em segundo, um emprego e em terceiro a casa própria (Datafolha, 2008).

Nesse contexto, não podemos esperar que a formação oferecida pelas diversas universidades privilegie uma visão do todo ou uma compreensão do objeto da profissão como constituído dentro de um emaranhado de relações produzidas socialmente. No tocante à formação dos profissionais da área da saúde mental, Scarcelli (1999, p. 308) tece o seguinte comentário:

Os cursos universitários, no geral, inclusive os de psicologia e medicina, não enfatizam a produção de um novo conhecimento na direção de práticas antimanicomiais. Mas, independentemente destes estarem ou não voltados para este tipo de prática, muitos profissionais saem de seus cursos sem se sentirem capazes para desempenhar sua nova função, por não terem se apropriado de alguma “técnica” orientadora de suas ações.

Sem uma técnica norteadora, cada profissional transpõe para o âmbito público, conforme relataram os funcionários do CAPSi, aquilo que a formação acadêmica e a cultura existente em torno da profissão estabelecem como padrão hegemônico, ou seja, o atendimento clínico individual. Tal prática gera, não raro, uma demanda particular para as diferentes especialidades, descaracterizando a função para a qual se destina o serviço.

Há que se questionar ainda sobre a aplicabilidade de uma política que tem como sustentáculo o trabalho coletivo numa sociedade que privilegia o contrário. Acreditamos que a dificuldade em consolidar práticas coletivas no serviço público possa ser entendida por este paradoxo. Afinal, como atender a esta proposta se somos impregnados por uma cultura individualista? Com esses dizeres, não estamos defendendo a permanência das coisas como estão. Mas apontando que estas dificuldades, de fato, existem e devem ser conhecidas e enfrentadas por aqueles que, por opção ou não, atuam na área da saúde pública e saúde mental.

Ao narrarem o cotidiano do CAPSi, os trabalhadores até assinalaram falhas e alguns, inclusive, demonstraram o que está faltando para que o dispositivo atinja seu propósito. Todavia as soluções almejadas se limitaram, em geral, à contratação de outros profissionais para atender à crescente demanda. Ao pensar alternativas para melhorar o serviço, os profissionais se excluíram deste processo, como se possíveis mudanças dependessem mais do número de profissionais do que do repensar a prática instituída e a forma como está estruturado o trabalho.

O fato de as declarações dos profissionais mostrarem que há ciência de que o CAPSi não funciona como deveria nos fez pensar que o entrave gira em torno de não saber como fazer, como operacionalizar as transformações necessárias. A fala de uma das médicas acerca da necessidade de um protocolo de atendimento que direcione o trabalho de uma forma unificada nos diversos CAPSi evidencia dois aspectos cruciais: expõe um problema relacionado à política que orienta o dispositivo, que, ao não estabelecer normas definidas de atuação, permite a existência de nuances entre os diferentes CAPSi, dificultando o discernimento entre as estratégias que são ou não pertinentes ao serviço, e, ao mesmo tempo, revela o anseio de ter uma orientação, diríamos até, de uma ordem “superior” que norteie suas ações.

Segundo Scarcelli (1999, p. 303) “a sensação de ‘não-saber’ faz parte do cotidiano dos trabalhadores” e, na tentativa de sanar os conflitos decorrentes desse contexto, a equipe pode desenvolver suas intervenções de duas formas. Ou abandonando “as próprias concepções, abrindo-se mão da especificidade em função do grupo”, ou buscando “a prevalência de um determinado ponto de vista, o que culmina na incomunicabilidade e impossibilidade de convivência para um projeto comum” (p. 311). No segundo caso, a autora salienta que o saber médico ganha destaque, porque, embora seja alvo de críticas por parte dos demais profissionais, “parece apresentar-se como dona de algumas certezas, que muitas vezes chegam a ser estruturantes para a própria equipe” (Scarcelli, 1999, pp. 312-313).

6.2.2 O controle social

Em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em Brasília, foram definidas e aprovadas propostas que já vinham sendo discutidas pelo Movimento Sanitário³² em décadas anteriores. Uma destas propostas, referente ao exercício do direito à saúde, e que vigora ainda hoje, garantia a “participação popular no controle social dos serviços de saúde” (Brasil, 1986, p. 5).

Entendemos que o exercício desse controle só se torna possível se houver um conhecimento por parte dos demais setores da sociedade e da população em geral acerca da função e objetivos dos aparatos de saúde. Conhecimento este que percebemos, pelos dados coletados, não existir nem entre os próprios profissionais e setores da área como enfatiza a coordenadora do CAPSi: “o próprio Saúde da Família, eles tem uma visão distorcida de nós”.

Os encaminhamentos inadequados realizados pela escola e a aceitação dos familiares ao buscarem e receberem um atendimento médico no serviço também comprovam o desconhecimento popular no que tange ao dispositivo. Isto nos chama a atenção, particularmente, devido ao fato de o processo de Reforma Psiquiátrica, tanto no Brasil quanto em outros países, ter sido impulsionado pelos movimentos sociais.

Na Itália, por exemplo, destacamos a participação do Movimento Nacional dos Familiares dos Usuários e da Consulta Nacional pela Saúde Mental, um congregado de diversas associações da sociedade civil (Goulart, 2008). Já no Brasil, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental pode ser considerado, segundo Amarante (1995, p. 52), como “o primeiro movimento em saúde com participação popular não sendo identificado como um movimento ou entidade da saúde, mas pela luta popular no campo da saúde mental”.

Esta mobilização popular, que muito contribuiu para gerar mudanças na política pública em saúde mental, bem como no modelo de atenção nesta área, não se mantém em vigor hoje. Sem a compreensão acerca da função do CAPSi, muda-se o nome, mas não a prática, que permanece focada no atendimento ambulatorial. Por conseguinte, sem o engajamento popular na construção e implementação das políticas públicas no setor, os CAPSi são criados como entidades a-históricas e, uma vez apartados de sua história, servem mais ao atendimento de outras necessidades e demandas sociais do que ao cumprimento de sua própria função. Basta lembrar que, diferente do que é proposto pela política (Brasil,

³² Movimento que emergiu entre as décadas de 1970 e 1980 cujo objetivo era “constituir-se enquanto um saber contra-hegemônico e crítico ao modelo dominante de atenção à saúde e produzir uma reforma nas políticas e práticas de saúde que vigoravam no Brasil de forma a possibilitar a obtenção efetiva da saúde por toda a população” (Dimenstein, 1998, p. 59).

2002a; 2004a), as informações dos profissionais do CAPSi mostram que o serviço se desenvolve tal qual um ambulatório.

Às vezes passa pela triagem que é com o profissional assistente social ou a enfermeira, e depois passa para a neuropediatra quando é esse caso de aprendizagem. Quando é um caso de transtorno mental, que prá gente fica visível, fica claro na triagem, a gente às vezes consegue uma avaliação com a psicóloga. . . e, a partir daí, passa para um atendimento psiquiátrico, quando está claro prá gente que é um problema psiquiátrico a gente marca mesmo, pela urgência do caso, para a psiquiatra e, depois, a gente, né, ele entra para o serviço mesmo assim (Enf).

Ficou evidente para nós que esta incompreensão acerca da função histórica deste dispositivo torna difícil, uma fiscalização e uma cobrança capazes de assegurar a funcionalidade do serviço.

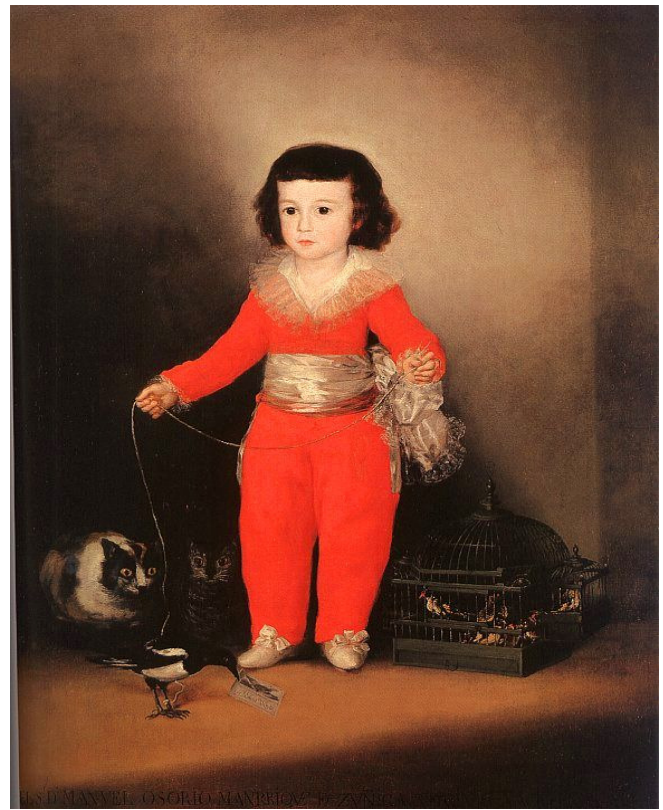


Figura 6: Don Manuel Osório Manrique de Zuñiga, de Goya (1790s).



Figura 7: Meninos Brincando, de Portinari (1955)

“Desconfiai do mais trivial, na aparência singelo. E examinai, sobretudo, o que parece habitual. Suplicamos expressamente: não aceiteis o que é de hábito como coisa natural, pois em tempo de desordem sangrenta, de confusão organizada, de arbitrariedade consciente, de humanidade desumanizada, nada deve parecer natural nada deve parecer impossível de mudar” (Bertold Brecht)

7 APÓS O CAMINHO PERCORRIDO, OS DESCAMINHOS ENCONTRADOS

Cumpre-nos, neste momento, a tarefa de finalizar este trabalho. Isto não significa que todas as questões pertinentes ao tema proposto tenham sido plenamente exploradas. Acreditamos, todavia, que tanto o conteúdo aprofundado quanto as lacunas que restaram devido aos limites implicados na elaboração da dissertação possam servir como motivação para uma continuidade do debate em torno desta temática.

Ainda que recentes, as políticas públicas na área da saúde mental infanto-juvenil vêm ganhando espaço em vários países, e o modelo de atenção às crianças e aos adolescentes portadores de transtornos mentais em processo de implantação alicerça-se, em geral, numa rede comunitária de cuidados. No Brasil, o local de referência ao atendimento deste público é o CAPSi. Foi com o intuito de aprimorar nosso conhecimento a respeito do funcionamento deste dispositivo que delineamos o objetivo desta pesquisa, qual seja, avaliar a dinâmica de um CAPSi.

Empreendemos nossa investigação no CAPSi *José Pazelo*, localizado no município de Apucarana-PR. E, a partir da demanda escolar encaminhada a este serviço, levantamos os subsídios necessários para compreender o processo de trabalho em equipe, assim como a forma de atendimento e tratamento realizados a fim de assistir os usuários. Os resultados desta investigação possibilitaram-nos constatar os descaminhos nas áreas da educação e saúde sobre os quais lançamos nossas reflexões.

É importante ressaltar que, embora circunscrito ao CAPSi *José Pazelo*, acreditamos que este estudo seja passível de generalização. Isto porque nossa leitura dos fatos parte do princípio de que os valores em voga na sociedade são produzidos e reproduzidos na prática social. E o CAPSi *José Pazelo*, como parte integrante da sociedade, apesar de guardar certa singularidade em relação ao todo social, está sujeito às determinações implicadas nesta prática. De modo que a prática por ele produzida pode representar a totalidade.

Designamos como descaminho o desvio de função praticado tanto pela escola quanto pelo CAPSi. Na escola, observamos que a função de ensinar, tornando essa prática uma atividade interessante aos alunos, está sendo delegada não só à família e aos especialistas, mas sobretudo ao medicamento. Se o aluno tem dificuldades de aprender ou de se comportar durante as aulas, tal fato é entendido, em geral, pelas pessoas envolvidas no processo de ensino, como um problema não de ordem institucional ou social, mas do aluno, daí a crença na necessidade em medicá-lo.

Como vimos nos depoimentos, são várias as situações que apontam o universo escolar como um espaço desfavorável à apropriação do conhecimento. Relatos de agressões verbais e físicas e a exclusão cometidas contra alunos, além de dificuldades internas, como rotatividade de professores e, em alguns casos, a falta destes para ministrar aulas, comprovam esta constatação. E, embora tal panorama tenha sido descrito pelos próprios entrevistados, pais e profissionais da educação buscam uma solução fora da escola: o remédio, uma solução mais rápida, tal como exige a acelerada sociedade em que vivemos e que, se não resolve os problemas referentes ao âmbito educacional, ao menos ajuda a torná-los menos perceptíveis.

A saúde, particularmente o CAPSi, insere-se nesse contexto como a via para a obtenção de medicamento. Encaminhadas pela escola, fundamentalmente sob a alegação de que apresentam sintomas de patologias, como Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDAH – ou Distúrbios de Conduta, estas crianças são acolhidas e, muitas vezes, atendidas no CAPSi como portadoras destes ou outros transtornos. Passam por consultas médicas, realizam exames, como eletroencefalogramas e tomografias, culminando, não raro, na prescrição de medicação. Lembramos que, segundo Elia (2005), em texto divulgado pelo Ministério da Saúde sobre a política que orienta este setor, toda demanda deve ser acolhida, o que não implica necessariamente em atendimento. Uma alternativa pode ser, por exemplo, a desconstrução da demanda.

Ante as informações coletadas, observamos que muitos encaminhamentos ao CAPSi são realizados porque a escola, por meio dos aparatos que dispõe, não consegue obter êxito ao tentar executar sua função e que a demanda escolar é, em geral, produzida dentro do contexto escolar e das relações nele estabelecidos. Julgamos que, se a instituição escolar funcionasse como deveria, evitar-se-iam os gastos desnecessários que, por extensão, provoca na área da saúde, como a disponibilização de funcionários e a realização de uma gama de procedimentos, tais como os exames já mencionados. Há que se pensar ainda sobre os programas de educação inclusiva em implantação no país, porque se, por um lado, tais programas se inserem dentro de uma política cujo objetivo central é garantir o “acesso, a participação e a aprendizagem dos alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação nas escolas regulares” (Brasil, 2007, p. 8), por outro, notamos a existência de uma escola que não consegue, sequer, garantir a escolarização referente a casos menos complexos.

O processo de medicalização dos problemas escolares, empreendido via CAPSi, evidenciou que a dinâmica do serviço apresenta dificuldades em concretizar as diretrizes acerca desta nova modalidade de atendimento à saúde mental, previstas na Portaria GM nº

336 (Brasil, 2002a) e em publicações elaboradas pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2004a; 2005). O trabalho em equipe, assim como o trabalho em rede, pilares deste modelo de atenção, não são efetivos e o atendimento permanece de forma ambulatorial. Assim, a decisão sobre atender ou não, medicar ou não, além de inúmeras outras resoluções ficam a critério do profissional que recebe a demanda, em geral, o médico.

Esta forma de funcionamento torna difícil a solidificação deste novo modelo de atenção à saúde mental, já que como ressalta Scarcelli (1999), é essencial a participação dos trabalhadores da área nesse processo. Entretanto muitas vezes esta participação não culmina em transformações devido à forma de organização do cotidiano de trabalho. Figueiredo (1995) descreve dois tipos de organização do trabalho, uma hierarquizada, na qual prevalece o saber médico, e a igualitária, na qual o conhecimento de todos os integrantes é valorizado e possui o mesmo poder de decisão. Sobre isso Scarcelli (1999) acrescenta que, embora seja, em muitas ocasiões, alvo de questionamentos pela equipe, a categoria médica “apresenta-se como dona de algumas certezas, que muitas vezes chegam a ser estruturantes para a própria equipe” (pp. 312-313).

Entendemos que as dificuldades que envolvem o processo de consolidação de um trabalho coletivo em saúde mental relacionam-se à contradição de ter que implementá-lo numa sociedade cujos valores são contrários a esta proposta. Atualmente, valorizamos o indivíduo, a competição, a liberdade e o consumo.

É necessário acrescentar que, a participação popular, fundamental para salvaguardar o cumprimento das funções destas instituições, também não se concretiza. No caso do CAPSi, não há, por parte da população, inclusive dos profissionais que lá trabalham, um conhecimento sobre a sua história, bem como sobre os motivos de sua criação e, por ser integrante de uma prática social cujo foco é o indivíduo, esta mesma população, que deveria exercer o controle sobre o serviço prestado pelo CAPSi, garantindo seu adequado funcionamento, demanda soluções para outras necessidades que fogem às atribuições do dispositivo.

Considerando o CAPSi como um dos dispositivos da rede de cuidados extra-hospitalar, historicamente representa um avanço com relação ao atendimento de crianças e adolescentes acometidos por transtornos mentais, já que, em tempos anteriores, a única forma de cuidado a este público era o tratamento asilar em hospitais. Mas, ao oferecer um atendimento nos moldes de um ambulatório e prestar assistência a um público que não se caracteriza enquanto tal, o CAPSi se desvia do que é preconizado pelas políticas nacionais de saúde mental.

Uma outra questão, que nos ajuda a refletir sobre as dificuldades apresentadas pelas instituições que lidam com crianças, reside nas transformações pelas quais vem passando a infância na contemporaneidade. Dentre as principais queixas relatadas por pais e profissionais da educação, destacaram-se as relacionadas aos comportamentos indesejados no meio escolar como agressões e desinteresse pelos estudos, evidenciados em inúmeros depoimentos: “mas o Mateus não, ele tem sempre uma resposta em baixo da língua, e uma resposta sempre agressiva . . . ninguém consegue controlar, a indisciplina” (PE2). “Ele era muito inquieto tanto com ele quanto com os amigos, não deixava ninguém quieto” (F5). “É um aluno agressivo, fala palavrões e não respeita os colegas e nem a professora. Disperso, não copia tarefa, brinca o tempo todo, canta, dança” (RE3). “O aluno é desatento, desinteressado, não cuida do material, não faz a tarefa de sala de aula, é briguento, gosta de provocar os amigos, não obedece as normas da escola” (RE6).

Como já mencionado anteriormente, uma das alternativas para lidar com tais manifestações foi a busca pelo tratamento junto ao CAPSi cujos resultados esperados e, por vezes, alcançados centram-se na reversão destes comportamentos para condutas que atendam ao ideal de aluno e de filho almejado por escolas e pais, ou seja, crianças tranquilas, obedientes e cumpridoras de suas tarefas e normas. “Ele melhorou, não está mais inquieto, o caderno está bonito, está caprichando, fazendo as tarefas” (F5). “Está, está bem melhor. Mais calmo” (F2). “Criança obedecendo à professora e diretora. Lendo, calculando” (Prontuário 1). “Em casa, se você falasse que o dever estava errado, ele não aceitava... ficava muito nervoso. Agora você fala, ele apaga e faz” (F4).

Os discursos reproduzidos anteriormente permitem-nos avaliar que, à medida que a criança “aparece” por meio de manifestações diferentes das idealizadas, ela se torna um estorvo com o qual não sabemos lidar e para o qual buscamos formas de silenciar, controlar ou ocultar, lembrando que o remédio, hoje, é considerado uma maneira eficiente de responder a esta necessidade. Vale frisar que, se este cenário se aplica à criança em geral, particularmente, observamos que as crianças do sexo masculino parecem se configurar como um obstáculo ainda mais incômodo, visto que, conforme os dados dispostos na tabela 10, o número de casos referentes ao sexo masculino encaminhados ao CAPSi representou mais da metade do total de casos investigados. Quando analisamos os casos diagnosticados dentro do grupo de Transtornos do Comportamento e Transtornos Emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência, dentre os quais se incluem os diagnósticos de TDAH e Distúrbios de Conduta, por exemplo, a diferença entre o número de casos envolvendo crianças do sexo masculino e feminino torna-se ainda mais evidente.

Conforme as informações da tabela 13, de um total de 44 casos, 36 corresponderam a meninos e apenas 8, a meninas. Reconhecemos a relevância destes dados e acreditamos que mereçam ser discutidos em futuros trabalhos. Todavia não adentraremos neste assunto por considerar que extrapolaríamos o intuito do presente estudo.

Considerando que alguns estudiosos apontam uma mudança na concepção de infância, tentar escondê-la seja, talvez, o caminho menos penoso ao lidar com o desconhecido. Se Àries (1981) demonstra em seus estudos que a infância não existia enquanto uma categoria específica e com características próprias, processo este desencadeado entre os séculos XV e XVII, sendo a criança, até então, um ser culturalmente indiferenciado dos adultos, atualmente, após um período de intensa dedicação às peculiaridades do universo infantil, especialistas dedicados ao assunto apontam que distância entre o “mundo” dos adultos e o “mundo” das crianças volta a se encurtar.

Para Postman (2005), por exemplo, esse estreitamento, provocado, sobretudo, pelos avanços tecnológicos, particularmente os relacionados aos meios de comunicação que propiciam um acesso irrestrito à informação tanto ao adulto quanto à criança, está condenando a infância ao seu desaparecimento. Se o espaço infantil desaparecerá ou permanecerá sob outros aspectos, não cabe a nós profetizar. Entretanto não podemos negar que transformações nesse campo são visíveis. Hoje, tal e qual os adultos, as crianças participam e são alvos de violência, frequentam salões de beleza, são consumidoras em potencial, preocupam-se com o corpo e em estar na moda, divertem-se com os mesmos filmes e programas de TV, apenas para citar alguns exemplos.

De outra perspectiva, Oliveira (1989) coloca que a infância nasce atrelada ao processo de transformação do modo de produção feudal para o industrial-burguês, e este último está ancorado no trabalho assalariado como forma de gerar riquezas e de garantir a subsistência. Assim, como o crescimento econômico dependia desta forma de trabalho e, portanto, de mão de obra, a criança passa a ter relevância, neste contexto, por representar o futuro trabalhador. Tanto que a mortalidade infantil, antes ignorada, passa a ser uma preocupação social, provocando uma série de intervenções tendo em vista garantir não só a sua sobrevivência como a sua “boa” formação em termos físicos, psíquicos e morais.

A relação entre necessidade de mão de obra e o valor que a criança adquiriu a partir do desenvolvimento industrial é destacada por Adam Smith (1723-1790) em *A Riqueza das Nações*. Ao aludir às relações de trabalho na organização fabril inglesa, Smith (1979) defendia que, apesar das vantagens que os patrões detinham sobre os trabalhadores, estes

últimos deveriam, ao menos, obter um salário suficiente para a educação de quatro filhos, uma vez que “metade das crianças nascidas morrem antes de atingirem a maturidade”³³ (p. 58).

No Brasil, este cenário se desenrolou a partir do século XX com o crescimento das indústrias e, por conseguinte, das cidades, que, aliado ao contexto de mudanças políticas com o advento da República, fomentou expectativas com relação ao desenvolvimento futuro da nação. Um futuro cuja esperança centrou-se na figura da criança, que foi alvo de intensas preocupações, notadamente, pelas classes dominantes da época, como ilustra o discurso proferido pelo então senador Lopes Trovão em 1896: “Por isso, senhores, como recurso supremo, eu me volto para a infância – os pequeninos de hoje que serão os grandes de amanhã; é nella que ponho as esperanças da grandesa do actual regimen pela regeneração da pátria” (Lopes Trovão, citado por Moncorvo Filho, 1927).

Como a situação da criança naquela época era caótica, tornou-se imperativo adotar medidas sobre o seu cuidado para que, no futuro, ela pudesse elevar a pátria à condição de uma grande nação como era almejado. Esse cuidado implicava em assegurar uma infância livre da degeneração física e moral.

A necessidade em zelar pela infância gerou uma intensa mobilização, notoriamente evidenciada pelos esforços empreendidos pelo movimento higienista. Seu ideário disseminou-se entre os diferentes setores sociais, e a saúde, a educação e a família foram conclamadas a atuar nesse processo.

Tentamos reforçar, por meio destas colocações, que o cuidado à infância, desenvolvido a partir de um espaço particular conferido à figura da criança com o advento da sociedade moderna, teve seu significado atrelado a uma organização social cujo cerne era o trabalho assalariado.

Hoje, porém, economistas (Rifkin, 1995; De Masi, 1999, 2001) defendem teses que apontam para o fim desta forma de trabalho.

Na sociedade industrial, o alastramento do consumo e a relativa lentidão do progresso tecnológico permitiram ao mercado de trabalho absorver a nova mão-de-obra criada pela superprodução e reabsorver a velha mão-de-obra, que com a introdução de novas máquinas se tornara excessiva. Na sociedade pós-industrial, entretanto, os avanços tecnológicos caminham a tal velocidade que o equilíbrio entre oferta e procura de

³³ Smith, A. (1979). *Investigação sobre a natureza e as causas da riqueza das nações* (2a ed.) São Paulo: Abril Cultural. Os Pensadores.

trabalho fica definitivamente rompido, criando um crescente acúmulo de mão-de-obra em relação às exigências da produção (De Masi, 1999, p. 10).

E, se “o trabalho já não representa mais a categoria geral que explica o papel dos indivíduos e da coletividade” (De Masi, 2001), isto nos leva a refletir que as práticas voltadas ao cuidado da criança também já não têm o mesmo significado de outrora. Se antes havia uma preocupação em formar a criança moral e intelectualmente para o trabalho, hoje, com as condições históricas em transformação, a necessidade em torno do cuidado à infância está permeada por incertezas.

Não há dúvidas de que o interesse pela infância observado no início do século XX não se apresenta da mesma forma em nossos dias. Contudo, o ideário que permeia os encaminhamentos atuais permanece o mesmo, ou seja, a higienização. Naquele período, higienizavam-se por meio do asilamento em hospitais ou de medidas profiláticas, tais como as praticadas nas clínicas de euphrenia ou nas clínicas de orientação infantil. Hoje, higienizamos via medicação, ou seja, apropriamo-nos dos avanços no campo da farmacologia para “compreender” e “solucionar” os conflitos produzidos socialmente, tentando mediante intervenções voltadas à criança em particular, resoluções para os problemas da educação, da saúde e da família, por exemplo.

Diante do exposto, finalizamos este trabalho com algumas reflexões em torno do objetivo aqui proposto, reiterando que o mesmo consistia em avaliar a dinâmica de trabalho de um CAPSi. O conjunto de informações obtido por meio da investigação do cotidiano do CAPSi *José Pazelo* revelou quão distante o funcionamento deste dispositivo está do que é apregoado pelas políticas públicas em saúde mental que orientam este setor.

A atuação interdisciplinar, visando um enfoque ampliado dos problemas, assim como o desenvolvimento de ações integradas a outros serviços que compõem a rede de atenção em saúde mental, cuja responsabilidade compete ao CAPSi (Brasil, 2004a), apresentam limitações. Vale ressaltar que, diferente do que a profissional da psiquiatria afirma, o trabalho em rede não implica em “sair do CAPSi e ir para a comunidade”, mas buscar “uma integração permanente com as equipes da rede básica de saúde” (Brasil, 2004a, p. 25), tendo em vista o acompanhamento, a capacitação e o apoio dessas equipes para trabalharem com os portadores de transtornos mentais dentro do seu território.

Frente às dificuldades na efetivação de um trabalho coletivamente, a dinâmica de atendimento do CAPSi *José Pazelo* restringe-se aos moldes ambulatoriais, implicando numa forma de atenção em que a concepção do transtorno mental e das pessoas por ele acometidas

são compreendidas sob um único prisma. Em geral, observamos que o ponto de vista que se sobressai e direciona as decisões pertinentes ao serviço, como o atendimento e o tratamento dos usuários, centram-se no profissional da medicina. E, embora demonstrem ciência desta situação ao relatarem que o diagnóstico é definido quase que exclusivamente pelas médicas, os demais profissionais que integram a equipe técnica, como a assistente social, a enfermeira e a psicóloga, pouco questionam esta forma de assistência, conferindo a este modelo de atenção uma naturalidade impossível quando consideramos os fenômenos como produtos das transformações sociais.

REFERÊNCIAS

- Ajuriaguerra, J. (1980). *Manual de psiquiatria infantil*. Rio de Janeiro: Masson do Brasil.
- Alexander, F. G., & Selesnick, S. T. (1980). *História da psiquiatria: uma avaliação do pensamento e da prática psiquiátrica desde os tempos primitivos até o presente* (2a ed.). São Paulo: IBRASA.
- Amarante, P. (Coord). (1995). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Apucarana. (2009a). *Saúde*. Acessado em 20 de abril, 2009, de <http://www.apucarana.pr.gov.br>.
- Apucarana. (2009b). *Educação*. Acessado em 20 de abril, 2009, de <http://www.apucarana.pr.gov.br>.
- Ariès, P. (1981). *História social da criança e da família* (2a ed). Rio de Janeiro: LTC.
- Associação Brasileira de Dislexia. (2009). *Dislexia: definição, sinais e avaliação*. Acessado em 13 de julho, 2009, de <http://www.dislexia.org.br>.
- Assumpção, F. B., Jr. (1994). Pequena história da psiquiatria infantil: aspectos críticos. Em F. B. Assumpção, Jr. (Org.). *Psiquiatria da infância e da adolescência*. São Paulo: Livraria Editora Santos.
- Baptista, V. (1930, julho). O problema da assistência e proteção a infância. *Pediatria Prática. Revista mensal de Clínica Infantil e Puericultura*, 3, 147-153.
- Baptista, V. (1938, 1º e 2º trim.). Seção de menores anormais do Hospital Central de Juqueri. *Arquivos do Serviço de Assistência a Psicopatas de São Paulo*. Ano 3, 251-258.

Bezerra, E., & Dimenstein, M. (2008). Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. *Psicologia Ciência e Profissão*. 28(3), 632-645.

Bezerra, B., Jr. (1999). Prefácio. Em M. I. A. Fernandes, M. C. T. Vieira, M. C. G. Vincentin (Orgs.). *Tecendo a rede: trajetórias da saúde mental em São Paulo*. Taubaté/SP: Cabral Editora Universitária.

Bilac, O. (1905). No hospício nacional. *Kosmos*. Revista Artística, Científica e Litteraria. Rio de Janeiro, Ano 2, 2, 309-315.

Boarini, M. L. (1998). Indisciplina escolar: a queixa da atualidade. *Apontamentos/Universidade Estadual de Maringá*, Maringá: EDUEM.

Boarini, M. L., & Borges, R. F. (2009). *Hiperatividade, higiene mental, psicotrópicos: enigmas da caixa de Pandora*. Maringá: EDUEM.

Bosi, E. (1994). *Memória e sociedade: lembranças de velhos* (3a ed.) São Paulo: Companhia das Letras.

Brasil. (1903). *Decreto nº 1.132, de 22 de dezembro de 1903*. Organiza a Assistencia a Alienados. Acessado em 5 de março, 2009, de <http://www.planalto.gov.br>.

Brasil. (1944). *Decreto nº 17.185, de 18 de novembro de 1944*. Aprova Regimento do Serviço Nacional de Doenças Mentais do Departamento Nacional do Ministério da Educação e Saúde. Acessado em 5 de março, 2009, de <http://www2.camara.gov.br/legislacao/legin.html/textos/visualizar>.

Brasil. (1966). *Decreto nº 58.740, de 28 de junho de 1966*. Aprova as Normas Técnicas Especiais do Código-Nacional de Saúde, para Assistência e Proteção à Maternidade, à Infância e à Adolescência. Acessado em 5 de março, 2009, de <http://www2.camara.gov.br/legislacao/legin.html/textos/visualizar>.

Brasil. (1986). *VIII Conferência Nacional de Saúde*. Relatório final. Brasília. Acessado em 1 de dezembro, 2009, de http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. (1988). *Relatório final da I Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (1994). *Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental.

Brasil. Ministério da Saúde. (2002a). *Portaria nº 336/GM, de fevereiro de 2002*. Acessado em 29 de novembro, 2007, de <http://www.saude.gov.br>.

Brasil. Ministério da Saúde. (2002b). *Relatório final da III Conferência de Saúde Mental, 11 a 15 de dezembro de 2001*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (2004a). *Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Autor.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde (2004b). *Portaria nº 1947/GM, de outubro de 2003. Legislação em saúde mental: 1990-2004*. 5.ed. ampl. Brasília: Autor.

Brasil. Ministério da Saúde. (2005). *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil*. Brasília: Autor.

Brasil. Ministério da Saúde. (2006). *Estatuto da criança e do adolescente* (3a ed.). Brasília: Autor.

Brasil. Ministério da educação. Secretaria de Educação Especial. (2007). *Política nacional de educação especial na perspectiva da educação inclusiva*. Brasília: Autor. Acessado em 28 de novembro, 2009, de <http://portal.mec.gov/seesp/arquivos/pdf/politica.pdf>.

Brasil. Ministério da Saúde. (2008). *Saúde Mental em dados – 5*. Ano 3, 5. Informativo eletrônico. Brasília: Autor. Acesso em 20 de janeiro, 2009, de <http://www.ccs.saude.gov.br/saude>.

Brasil. Ministério da Saúde. (2009). *Avaliar CAPS faz um retrato do trabalho dos CAPS*. Acessado em 16 de outubro, 2009, de http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/notíciaAvaliarCAPSparaBVS19fev09.pdf.

Carbamazepina. (s/d). Genérico. Bula de remédio. Acessado em 20 de julho, 2009, de <http://www.bulas.med.br>.

Caldas, M. (1932a). A Euphrenia – Sciencia da boa cerebração. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*. Rio de Janeiro, Ano 5, 2, 29-41.

Caldas, M. (1932b). A clinica de euphrenia. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*. Rio de Janeiro, Ano V, n 2, 65-80.

Carlos Arthur Moncorvo Filho. (2007). Acessado em 28 de abril, 2009, de <http://medbiography.blogspot.com/2007/11/c-arthur-moncorvo-filho-incl-foto-photo.html>.

Chizzotti, A. (1991). *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. São Paulo: Cortez.

Chizzotti, A. (2000). *Pesquisa em ciências humanas e sociais* (4a ed). São Paulo: Cortez.

Cloridrato de Metilfenidato. (s/d). Bula de remédio. Acessado em 20 de julho, 2009, de <http://www.bulas.med.br>.

CNES. Secretaria de Atenção à Saúde. DATASUS. (2009). *Indicadores: leitos psiquiátricos*. Acessado em 02 de dezembro, 2009, de <http://cnes.datasus.gov.br>.

Constantino, L. (2003). Má qualidade da educação afeta futuro dos brasileiros. *Folha de S. Paulo*. Acessado em 18 de julho, 2009, de <http://www1.folha.uol.com.br/folha/educacao>.

Couto, M. C. V. (2003). Trilhando novos caminhos: a política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. Em A. M. C. Guerra & N. L. A Lima. *Clinica de crianças com transtornos no desenvolvimento: uma contribuição no campo da psicanálise e da saúde mental*. (pp. 191-198). Belo Horizonte: Autentica.

Couto, M. C. V. (2004). Por uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. Em T. Ferreira (Org.). *A criança e a saúde mental: enlaces entre a clínica e a política*. (pp. 61-74). Belo Horizonte: FHC-FUMEC.

Couto, M. C. V.; Duarte, C. S., & Delgado, P. G. G. (2008). A saúde mental infantil na saúde pública brasileira: situação atual e desafios. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 30 (4), 390-398.

Datafolha. (2008). Jovem brasileiro sonha com emprego e casa própria. *Folha de S. Paulo*. Acessado em 30 de novembro, 2009, de <http://www1.folha.uol.com.br/folha/brasil/ult96u426627.shtml>.

Delgado, P. G. G.; Schechtman, A.; Weber, R., et al. (2007). Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Em M. F. Mello, A. A. F. Mello, & R. Kohn, (Orgs.). *Epidemiologia da saúde mental no Brasil* (pp. 39-84). Porto Alegre: Artmed.

De Masi, D. (1999). *Desenvolvimento sem trabalho*. São Paulo: Esfera.

De Masi, D. (Org.). (2001). *A economia do ócio*. Rio de Janeiro: Sextante.

Dimenstein, M. D. B. (1998). O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos de Psicologia*, 3 (1), 53-81.

Elia, L. (2005). A rede de atenção na saúde mental: articulações entre Caps e ambulatórios. Brasil, Ministério da Saúde. *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil*. Brasília: Ministério da Saúde.

Engels, F. (s/d). Carta de Engels a Starkenburg de 25 de Janeiro de 1894. Em K. H. Marx & F. Engels. *Obras escolhidas*. (pp. 298-300). V.3. São Paulo: Alfa-Omega.

Fausto, B. (2001). *História concisa do Brasil*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, Imprensa Oficial do Estado.

Figueira, F. (1910). Educação medico-pedagógica das crianças atrasadas. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria Neurologia e Medicina Legal*. Ano 7, 3-4, 320-331.

Figueiredo, A. C. (1995). Do atendimento coletivo ao individual: um atravessamento na transferência. *Cadernos IPUB*, Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 4 (17).

Freyre, G. (1969). *Casa grande e senzala: formação da família brasileira sob o regime de economia patriarcal* (14a ed.). Rio de Janeiro: José Olympio.

GEPHE. (2000). Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Higienismo e Eugénismo. Acessado em 20 de março, 2009, de <http://dgp.cnpq.br/buscaoperacional>.

Gil, A. C. (2007). *Como elaborar projetos de pesquisa* (4a ed.). São Paulo: Atlas.

Goulart, M. S. B. (2008). Os 30 anos da “Lei Basaglia”: aniversário de uma luta. *Mnemosine*, 4 (1), p. 2-15.

Guerra, A. M. C. (2005). A psicanálise no campo da saúde mental infanto-juvenil. *Psychê*, São Paulo, Ano 9, 15, 139-154.

Heywood, C. (2004). *Uma história da infância: da idade média à época contemporânea no ocidente*. Trad. R. C. Costa. Porto Alegre: Artmed.

Hoffmann, M. C. C. (2003). *Perfil demográfico e clínico da clientela atendida nos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil em 2003*. Dissertação de Mestrado Profissionalizante em Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia, Salvador.

Huertas, R. (1998). Niños degenerados. Medicina mental y regeneracionismo en la España del cambio de siglo. *Dynamis. Acta Hisp. Méd. Sci. Hist. Illus*, 18, 157-159.

Imipramina. (s/d). Funed. Bula de remédio. Acessado em 20 de julho, 2009, de <http://www.bulas.med.br>.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2008). *Síntese de Indicadores Sociais*. Brasília, DF. Acessado em 21 de maio, 2009, de <http://www.ibge.gov.br>.

Instituto Brasileiro de Opinião e Pesquisa. (2008). *5 milhões de crianças têm distúrbio mental no país*. Associação Brasileira de Psiquiatria: Autor. Acessado em 25 de novembro, 2008, de <http://www.psiquiatriainfantil.com.br>.

Instituto Fernandes Figueira. (s/d). *Antonio Fernandes Figueira*. Acessado em 28 de abril, 2009, de <http://www.iff.fiocruz.br/textos/affmep.htm>.

Kantorski, L. P.; Jardim, V. M. R.; Wetzell, C. et al. (2009). Contribuições do estudo de avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 1 (1), 1-9.

Lepri, J. (2009). Má qualidade do ensino atrasa os alunos brasileiros. *Jornal da Globo*. Reportagem. Acessado em 18 de julho, 2009, de <http://g1.globo.com/jornaldaglobo>.

Liga Brasileira de Hygiene Mental (1930, março). A hygiene mental no Brasil. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*. Rio de Janeiro, Ano 3, 3.

Llaberia, E. D., & Corbella, J. C. (1994). Aportación a la historia de la psiquiatria infantil en España. El periodo de formación de la especialidad. 1880-1936. *Gimnemat*, XXII, 61-104.

Lobo, L. (2005). Devir criança: pesquisa de fontes para uma genealogia da criança anormal no Brasil. Em A. M. Jacó-Vilela, A. C. Cerezo, & H. B. C. Rodrigues (Orgs.). *Anais do IV Encontro. Clio-Psyche – História e Memória*. Juiz de Fora: Clio Edições Eletrônicas.

Lozano, J. E. A. (2005). Prática e estilos de pesquisa na história oral contemporânea. Em M. M. Ferreira, & J. Amado (Orgs.). *Usos e abusos da história oral*. (pp. 15-25. 6a ed.). Rio de Janeiro: Editora FGV, pp.15-25.

Magalhães, F. (1932). Entrevista do professor Fernando Magalhães ao “O Globo” em 26/10/1932. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*. Ano 5, 2.

Marcílio, M. L. (1997). A roda dos expostos e a criança abandonada na história do Brasil. 1726-1950. Em M. C. Freitas (Org). *História social da infância no Brasil*. São Paulo: Cortez.

Marcondes, D. (1941). A higiene mental escolar por meio da clínica de orientação infantil. *Revista de Neurologia e Psiquiatria de São Paulo*. 7 (6), 251-258.

Marx, K. H. (s/d). Carta a P. V. Annenkov de 28 de dezembro de 1846. Em K. H. Marx & F. Engels. *Obras escolhidas*. V.3. São Paulo: Alfa-Omega.

Mendonça, D. (2006). *A higiene mental do escolar: o arдил da ordem*. Dissertação de mestrado. Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR.

Minayo, M. C. S. (1996). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 4ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco.

Moncorvo Filho, C. A. (1923). *Departamento da creança no Brasil*. Relatório dos anos 1919-1922. Apresentado ao Dr. Miguel Calmon. Rio de Janeiro: Typ. J.R. de Oliveira & C.

Moncorvo Filho, C. A. (1925). *Departamento da creança no Brasil*. Relatório do anno 1924 apresentado ao Exmo SNR. Dr. Miguel Calmon. Rio de Janeiro: Empreza Gráfica Editora Paulo, Pongetti & Cia.

Moncorvo Filho, C. A. (1927). *Histórico da protecção à infância no Brasil: 1500-1922* (2a ed.). Rio de Janeiro: Empreza Graphica Editora – Paulo, Pongetti & Cia.

Moro, A. P., Lecuona, O. Z., Álvares, A. G. (1985). *Metodologia de la investigación histórica*. Playa, Ciudad de Habana: Pueblo y Educación.

Moysés, M. A. A. & Collares, C. A. L. (1992). A história não contada dos distúrbios de aprendizagem. *Cadernos CEDES*, 28, pp. 31-48.

Oliveira, M. L. B. de. (1989). *Infância e historicidade*. Tese de doutorado não-publicada, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

Organização Mundial da Saúde. (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Organização Panamericana da Saúde; Organização Mundial da Saúde. (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo 2001: saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Genebra: Autor.

Padovan, M. C. (2007). *As máscaras da razão: memórias da loucura no Recife durante o período do Estado Novo*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Pernambuco, Recife.

Paraná. (2009). *Alunos especiais*. Acessado em 25 de julho, 2009, de www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/portal/estatisticas/alunos/alunos_especial.php.

Paraná. (2009). *Salas de Apoio*. Acessado em 25 de julho, 2009, de <http://www.diaadia.pr.gov.br/deb/modules/conteudo/conteudo.php?>

Paraná. Secretaria de Estado da Saúde (2009). *Plano Diretor de Regionalização: hierarquização e regionalização da assistência à saúde, no estado do Paraná*. Acessado em 16 de junho, 2009, de www.saude.pr.gov.br/archivos/File/CIB/PDR_010609.pdf.

Patto, M. H. S. (1985). A criança da escola pública: deficiente, diferente ou mal trabalhada? São Paulo (Estado). Secretaria da Educação. Coordenadoria de Estudos e Normas Pedagógicas. *Reverendo a proposta de alfabetização*. São Paulo: SE/CENP.

Patto, M. H. S. (1997). Para uma crítica da razão psicométrica. *Revista de Psicologia da USP*. 8 (1). Acessado em 21 de julho, 2009, de www.scielo.br.

Pinto, R. F. (2005). *CAPSi para crianças e adolescentes autistas e psicóticas: a contribuição da psicanálise na construção de um dispositivo clínico*. Dissertação de mestrado, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Piracetam. (s/d). Bula de remédio. Acessado em 20 de julho, 2009, de <http://www.bulas.med.br>

Postman, N. (2005). *O desaparecimento da infância*. Rio de Janeiro: Graphia.

Rémond, R. (2005). Algumas questões de alcance geral à guisa de introdução. Em M. M. Ferreira, & J. Amado (Orgs.). *Usos e abusos da história oral* (pp. 203-209, 6a ed.). Rio de Janeiro: FGV.

Rifkin, J. (1995). *O fim dos empregos: o declínio inevitável dos níveis dos empregos e a redução da força de trabalho*. São Paulo: Makron Books.

Rocha, L. C. (1997). Há algo de degenerado no reino da sociedade industrial moderna. Em A. Merisse et al. *Lugares da infância: reflexões sobre a história da criança na fábrica, creche e orfanato* (pp. 11-24). São Paulo: Arte & Ciência.

Rodrigues, J. T. (2003). A medicação como única resposta: uma miragem do contemporâneo. *Psicologia em estudo*, 8 (1), Maringá. Acessado em 21 de julho, 2009, de www.scielo.br.

Sá, C. (1929). Formação de hábitos sadios nas crianças. *Anais do III Congresso Brasileiro de Higiene*, 1926. [S.l.:s.n].

Sagawa, R. Y. (2002). *Durval Marcondes*. Rio de Janeiro: Imago, Brasília: CFP.

Santos, M. A. C. (2000). Criança e criminalidade no início do século. Em M. Del Priore (Org.). *História das crianças no Brasil* (pp. 210-230, 2a ed.). São Paulo: Contexto.

São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Recursos Humanos. Centro de Legislação Pessoal. (1967). *Decreto nº 47.167, de 29 de dezembro de 1967*. Dispõe sobre a

organização da Divisão Psiquiátrica Juqueri, em Franco da Rocha, e da outras providencias. São Paulo: Autor.

Saviani, D. (2005). História da escola pública no Brasil: questões para pesquisa. Em J. C. Lombardi, D. Saviani, & M. I. M. Nascimento (Orgs.). *A escola pública no Brasil: história e historiografia* (pp. 1-30). Campinas: Autores Associados.

Scarcelli, I. R. (1999). Trabalhadores em saúde mental na construção de práticas antimanicomiais: a rede substitutiva no município de São Paulo. Em M. I. A. Fernandes, M. C. T. Vieira, & M. C. G. Vincentin (Orgs.). *Tecendo a rede: trajetórias da saúde mental em São Paulo* (pp. 297-320). Taubaté/SP: Cabral Editora Universitária.

Silva, R. P. (2008). *Medicina, educação e psiquiatria para a infância: o pavilhão-escola Bourneville no início do século XX*. Dissertação de mestrado, Fiocruz, Rio de Janeiro.

Sircilli, F. (2005). Arthur Ramos e Anísio Teixeira na década de 1930. *Paidéia*. 15 (31), 185-193. Acessado em 19 de junho, 2009, de <http://www.scielo.com.br>.

Stasevskas, Y. O., & Maximino, V. S. (1999). A rede e o sentido. Em M. I. A. Fernandes, M. C. T. Vieira, & M. C. G. Vincentin (Orgs.). *Tecendo a rede: trajetórias da saúde mental em São Paulo* (pp. 155-168). Taubaté/SP: Cabral Editora Universitária.

Wanderbroock, D. (2009). *Educação sob medida: os testes psicológicos e o higienismo no Brasil (1914-1945)*. Maringá: EDUEM.

World Health Organization. (2003). *Caring for children and adolescents with mental disorders*. Geneva: Autor.

World Health Organization. (2005). *Atlas: child and adolescent mental health resources: global concerns, implications for the future*. Geneva: Autor.

Yin, R. K. (2005). *Estudo de caso: planejamento e métodos* (3a ed.). Porto Alegre: Bookman.

Zaniani, E. J. M. (2008). *Sob os auspícios da proteção: Moncorvo Filho e a higienização da infância*. Dissertação de mestrado. Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR.

Zuquim, J. (2002). Pequenos psicopatas: infância, criminalidade e loucura na primeira república. Em E. H. Antunes, L. H. S. Barbosa, & L. M. F. Pereira (Orgs). *Psiquiatria, loucura e arte: fragmentos da história brasileira*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.

REFERÊNCIAS DAS FIGURAS

Figura 1: *A menina Brilhante*, 2009. Desenho de uma usuária do CAPSi José Pazelo.

Figura 2: *Uma sessão de phonographo* (fotografia). Fonte: *Kosmos*. Revista Artística, Científica e Litteraria. Rio de Janeiro, Ano 2, 2, 313.

Figura 3: *A Escola* (fotografia). Fonte: *Kosmos*. Revista Artística, Científica e Litteraria. Rio de Janeiro, Ano 2, 2, 312.

Figura 4: *Alunos da Escola normal Caetano de Campos*. 1901 (fotografia). Acessado em 20 de janeiro, 2010, de http://www.cdcc.sc.usp.br/ciencia/artigos/art_23/sampaimagens/escolacaetanocampos_pracar_epublica190.

Figura 5: *Brincadeiras na escola*, 1998. (Acrílico sobre eucatex – 24x19cm). Acessado em 20 de janeiro, 2010, de <http://www.rubedo.psc.br/dalvan.htm>.

Figura 6: *Don Manuel Osório Manrique de Zañiga*, 1790s. (Pintura óleo/tela – 127x101,6 cm). Acessado em 22 de janeiro, 2010, de http://www.metmuseum.org/works_of_art/collection_database/european_paintings/manuel_osorio_manrique_de_zuniga_1784_1792_francisco_de_goya_y_lucientes/objectview.aspx?collID=11&OID=110000987

Figura 7: *Meninos brincando*, 1955. (Pintura óleo/tela – 60x72 cm). Acessado em 22 de janeiro, 2010, de <http://www.portinari.org.br>.

ANEXOS

Anexo 1: Parecer do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá

Anexo 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PROJETO DE PESQUISA: SAÚDE MENTAL: A DEMANDA DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTIL

PESQUISADORAS: Marina Maria Beltrame

Profa. Dra. Maria Lúcia Boarini

INSTITUIÇÃO: Universidade Estadual de Maringá – Pós-Graduação em Psicologia

Este estudo faz parte do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Maringá e tem como objetivo analisar a demanda escolar acolhida pelos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil José Pazelo localizado no município de Apucarana-PR a partir da reconstrução do processo de encaminhamento e acompanhamento de algumas crianças e adolescentes encaminhadas com queixas escolares a esta instituição.

Utilizaremos como procedimento de coleta de dados a realização de entrevistas semi-estruturadas com a família, os profissionais da escola, os profissionais do CAPSi de Apucarana-PR e com profissionais de outras instituições que, de alguma forma, acompanham e/ou acompanharam as crianças ou adolescentes selecionados para a pesquisa.

Considerando os objetivos e os procedimentos adotados nesse estudo, gostaríamos de contar com a sua colaboração por meio da concessão de entrevista, a qual será gravada.

Esclarecemos que será resguardado o sigilo e privacidade em relação às pessoas que serão entrevistadas.

Asseguramos que todos os participantes têm total liberdade, em qualquer momento, para recusar ou retirar o consentimento em participar desse estudo.

Agradecemos sua participação.

Eu, _____, após ter lido e entendido as informações e esclarecimentos de todas as minhas dúvidas, referentes a este estudo, **CONCORDO VOLUNTARIAMENTE** a participar do mesmo.

DATA: ____/____/____

Eu, Marina Maria Beltrame, participante deste projeto, declaro que forneci ao entrevistado todas as informações referentes aos objetivos e propostas a serem desenvolvidas nesse estudo.

DATA: ____/____/____

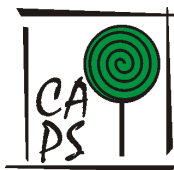
Colocamo-nos a disposição para prestar quaisquer informações no seguinte endereço:

Universidade Estadual de Maringá
- Programa de Pós-Graduação em Psicologia.
 Avenida Colombo, 5790 – Campus Universitário
 Maringá – PR – CEP. 87.020-900 Fone: (44) 3261-3871
 e-mail: marimaria11@yahoo.com.br

Qualquer dúvida ou maiores esclarecimentos procurar um dos membros da equipe do projeto ou o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá – Sala 01 – Bloco 010 – Campus Central – Telefone: (44) 261-4444.

APÊNDICES

Apêndice A: Autorização da coordenadora do CAPSi José Pazelo



Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil José Pazelo
R.: Cel. Luiz José dos Santos, 94 – Centro
Fone: (43) 3901-1047 – Apucarana - Pr

Eu, _____,
coordenadora do Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil José Pazelo, localizado no município de Apucarana-PR, autorizo Marina Maria Beltrame (discente do Programa de Pós-Graduação-Mestrado em Psicologia da Universidade Estadual de Maringá) sob orientação da Profª Drª Maria Lúcia Boarini a realizar a pesquisa intitulada “Saúde Mental: a demanda de um Centro de Atenção Psicossocial Infantil” neste estabelecimento desde que a mesma tenha a aprovação do Comitê de Ética da referida Universidade.

Coordenadora

Apêndice B: Quadro de constatações e roteiro de entrevista para familiares e profissionais da escola

Quadro de constatações e roteiro de entrevista às famílias e profissionais da educação

Constatações	Hipóteses	Perguntas à família	Perguntas aos profissionais da escola
Há um alto índice de casos envolvendo problemas escolares sendo encaminhados e acompanhados pelo CAPSi	A demanda encaminhada ao CAPSi por problemas escolares não constitui a demanda preconizada para este dispositivo.	O que motivou a procura de tratamento no CAPSi?	Por que a criança foi encaminhada para o CAPSi?
Há um índice significativo de diagnósticos envolvendo TDAH e dentre os casos acompanhados pelo CAPSi. Em contrapartida, os índices referentes ao diagnóstico de Esquizofrenia e autismo, público ao qual se destina o serviço, são baixos.	Os casos envolvendo problemas escolares estão sendo entendidos como uma patologia.	Como é a criança em casa? Como é a criança na escola? Quais problemas a criança apresentava na escola?	Qual foi a participação da escola nesse processo? De que forma a escola compreende os problemas apresentados pela criança na escola?
Objetivo: entender como e por que a demanda escolar chega ao CAPSi.	A família e os profissionais da escola não sabem o que é um CAPSi.	O que a escola fez para tentar ajudar a resolver os problemas apresentados pela criança antes de encaminhá-la ao CAPSi? Como foi a vida escolar da criança em séries anteriores?	Antes de indicar alguma forma de tratamento (no CAPSi ou em outro lugar) quais foram as medidas adotadas pela escola a fim de ajudar a criança nos problemas apresentados (de aprendizagem e/ou comportamento)?
		Além do CAPSi. A criança possui alguma outra forma de acompanhamento na escola ou em outro local? Como foi o atendimento no CAPSi?	A escola tinha conhecimento acerca do que era e como funcionava o CAPSi? E porque considerou o local mais indicado para o encaminhamento da criança?
		Você sabia o que era este serviço?	O que motivou a escola a indicar uma forma de intervenção “fora da escola” no intuito de ajudar a criança?
		Quais os resultados obtidos até o momento?	Além do tratamento realizado no CAPSi, a criança conta atualmente com alguma outra forma de apoio?

Qual a avaliação que a escola faz da criança hoje, após alguns meses de tratamento no CAPSi?

A escola considera o tratamento realizado no CAPSi suficiente para alcançar melhoras no desempenho escolar da criança? Que alternativas podem auxiliar nesse processo?

Apêndice C: Entrevistas com familiares, profissionais da educação e dados dos prontuários

CASO 1**1) ENTREVISTA COM A MÃE**

Nome da criança: W. C.
Prontuário nº 203
Idade atual: 11
Série atual: 2ª classe especial
Nome da mãe: M. L. C.
Data da entrevista: 15/05/09

Há quanto tempo seu filho faz tratamento neste local?

Ah,... uns seis meses, eu acho...

A Sr^a sabe o que é o CAPSi, pra que serve...

Não sei bem direito não...

Como vocês chegaram até aqui?

A escola que mandou, né...

E por quê?

A escola não suportava mais ele, né... era muito agitado. Aí mandaram eu vim fazer consulta aqui com ele. Ele fez exame de cabeça, mas não deu nada. A médica deu um remédio pra ele tomar.

Que remédio?

Ah, eu não lembro o nome...

E a Sr^a acha que ele melhorou?

Lá na outra escola ele não aprendeu nada... ficou dois anos e não aprendeu... aí o ano passado, na metade do ano, mandaram ele pra classe especial nesta outra escola. Agora ele ta aprendendo, sabe escreve o nome, fazer algumas continha... Mas continua agitado. Mas ele obedece a professora, antes não obedecia, na outra escola.

Por que a Sr^a acha que na outra escola ele não aprendia e agora ele aprende?

Ah, não sei né... agora a gente não sabe se era a escola ou se era o meu menino mesmo. Isso a gente não sabe...

Ele está em que série?

É classe especial, que ele foi nessa escola agora.

Ah... Ele está com quantos anos?

De 10, pra 11... tenho que perguntar pra ele certinho...

Então ele repetiu algumas séries?

É, deve ter... ele ficou dois anos lá naquela escola, entes dessa.

A escola te chamou alguma vez para conversar sobre o seu filho?

Nesta escola eu fui duas vezes.

O que eles falaram?

Uma vez foi pra eu saber da consulta aqui... eles me mandaram um papel mas eu fui lá perguntar... depois, a outra vez a médica pediu pra eu ir lá saber se meu menino tava bom, melhor... que nem eu te falei, ele ta aprendendo, mas ainda ta agitado...

Como ele é em casa?

Bem agitado. Não para, briga com o irmão... (silêncio) não obedece muito.

Antes de vim aqui, ele já tinha feito algum tipo de tratamento em outro lugar?

Não.

Era isso Dona M., muito obrigada.

2) DADOS DO PRONTUÁRIO

23/06/08 – Encaminhamento da escola (via psicóloga da Saúde do Escolar) para psiquiatria.

Queixa: O aluno apresenta déficit de atenção, não cuida dos seus pertences, comportamento agressivo contra pessoas: professores, colegas, etc.

08/07/08 – Triagem no CAPSi

1ª consulta com neurologista

Data: 14/07/08

Sobre a criança: está na 2ª série (classe especial) há dois meses devido ao quadro de déficit de aprendizagem e agressividade com colegas e professores. Em casa é igual (Sic). Muito desatento, agitado há alguns meses. Bate na irmã de 2 anos. Nega desmaios posteriormente aos 8 meses (perda de fôlego com EEG normal).

CID: F90.1

Conduta: Eletroencefalograma (repetir), acompanhamento psicológico.

2ª consulta

Data: 28/08/08
Sobre a criança: resultado do EEG normal
Conduta: Ritalina 1 cp cedo.

3ª consulta

Data: 29/09/08
Sobre a criança: aparentemente melhor na escola (sem reclamações). Mãe não confirmou com a professora.
Conduta: manter Ritalina cedo.

4ª consulta

Data: 30/10/08
Sobre a criança: mãe esteve na escola e professora relata melhora da atenção.
Conduta: Ritalina 1 cp cedo até as férias. Retorno ano que vem para continuar tratamento.
CID: F90.1

5ª consulta

Data: 19/02/09
Sobre a criança: sala especial. Está bem. (veio para a receita).

6ª consulta

Data: 19/03/09
Sobre a criança: Está bem. Mudou professora. Sem queixas da escola.
Conduta: manter Ritalina.

7ª consulta

Data: 04/05/09
Sobre a criança: “bagunceiro” há uma semana. Há dúvidas sobre uso da medicação (acha que a criança não está tomando).
Conduta: Ritalina 1 cp cedo.

8ª consulta

Data: 15/05/09
Sobre a criança: obedecendo a professora e diretora. Lendo, calculando, tomando medicação regularmente.
Conduta: Ritalina 1cp cedo.

* Não tem relatório escolar

ENTREVISTA COM A DIRETORA DA ESCOLA

Por que a criança foi encaminhada para o CAPSi? Qual foi a participação da escola nesse processo?

O aluno foi encaminhado através da psicóloga Maria Aparecida, que atende na escola.

De que forma a escola compreende os problemas apresentados pela criança na escola?

Os problemas apresentados atrapalhavam na aprendizagem do aluno e da turma dificultando o progresso escolar.

Antes de iniciar alguma forma de tratamento (no CAPSi ou em outro lugar) quais foram as medidas adotadas pela escola a fim de ajudar a criança nos problemas apresentados (de aprendizagem e/ou comportamento)?

Antes de qualquer encaminhamento a escola oferta possíveis soluções no trabalho direto ao educando, como conversas e orientações, após estas tentativas a família é procurada e é assistida e ouvida pela escola, e, se necessário o aluno é encaminhado para a psicóloga que atende a sala e então, procede-se demais encaminhamentos.

A escola tinha conhecimento acerca do que era e como funcionava o CAPSi? E por que considerou o local mais indicado para o encaminhamento da criança?

Sim. O encaminhamento partiu de análises conjuntas da escola e saúde do escolar.

O que motivou a escola indicar uma forma de intervenção “fora da escola” no intuito de ajudar a criança?

A escola acredita que parcerias somam forças para que o trabalho didático pedagógico consiga atingir seus objetivos.

Além do tratamento realizado no CAPSi, a criança conta atualmente com alguma outra forma de apoio?

Sim. Por se tratar de um aluno especial, o próprio trabalho pedagógico e também o acompanhamento da saúde do escolar.

Qual a avaliação que a escola faz da criança hoje, após alguns meses de tratamento no CAPSi?

O trabalho acadêmico teve significativa melhora, a criança apresenta avanço no comportamento e conseqüentemente na aprendizagem, está mais tranqüila e demonstra interesse em aprender.

A escola considera o tratamento realizado no CAPSi suficiente para alcançar melhoras no desempenho escolar da criança? Que outras alternativas podem auxiliar nesse processo?

Todo apoio é necessário e bem vindo, acreditamos que por si só o aluno não consiga prosseguir. Consideramos o trabalho do CAPSi fundamental como parceiros escolares. O

aluno ainda precisa ser assistido pela equipe pedagógica periodicamente e ser interventido assim que necessário.

Você gostaria de acrescentar alguma informação?

Não. Acho que o importante era isso mesmo.

CASO 2

Nome da criança: M. A. G.

Nº do prontuário: 304

Idade da criança: 14

Série que estuda atualmente: 5ª

Nome da entrevistada: M.

Data: 18/05/09

1) Entrevista com a mãe**Faz quanto tempo que seu filho faz tratamento aqui?**

Desde o ano passado.

E por quê?

Nossa... ele tinha muita dificuldade de aprender na escola, era bagunceiro, xingava todo mundo, reprovou duas vezes a 5ª série. Mas só que tem uma coisa, quando ele era pequeno o pai dele judiava muito dele... aí a diretora pediu.

Ah, então foi a diretora que pediu...

É, a M. Acho que era a M...

E você sabia o que era o CAPSi? Ela te explicou?

Não, eu não sabia que tinha isso aqui não... A diretora falou que era um lugar que tem médico, psicóloga e se fosse mais grave eles encaminhava tudo certinho...

Ah...

Antes de mandar ele vir se tratar aqui o que a escola fez pra tentar ajudar?

Nada... eles me ligavam, pediam pra eu ir lá... era só reclamação, que não tinha mais o que fazer com ele, não adiantava falar, não adiantava fazer mais nada. Um dia a diretora ligou pra minha patroa e disse que se a mãe, eu né, não comparecesse ele não ia poder entrar mais. Aí eu deixei o serviço e fui... aí que eles pediram pra eu trazer ele aqui.

E aqui no CAPS como foi o tratamento dele?

Ele fez uns exames... eletro, né? Eu falei com uma psicóloga antes...

Fez uma entrevista?

Isso mesmo. Acho que era psicóloga, ou enfermeira. Era a enfermeira...

Ah...

Daí os primeiros exame deu alterado. Daí a médica passou um remédio. Ele ta tomando um comprimido por dia.

Você acha que ele está melhor?

Ta, ta bem melhor... o último exame deu normal. Hoje a médica vai ver se tira o remédio... por isso que eu vim hoje.

E na Escola?

Ta, ta bem melhor... mais calmo. Ele mudou pra noite este ano...

Por quê?

Eu fui fazer a matrícula pra ele...ele estudava de tarde. Eles não aceitaram... teve que ir estudar a noite mesmo...

Como assim?

Eles falaram que ele já tava muito grande... eles fizeram uma sala à noite para as crianças maiores... pra não misturar com os menores, tinha muita confusão... Não sei, também acho que eles pegam birra da cara do aluno e mandam ele ir pra outro lugar.

Por isso ele foi estudar a noite...

É. Ah, a irmã dele também estuda a noite... aí... Mas também ainda não tive nenhuma reclamação... a noite é mais calmo...só tem gente maior.

Por que a Sr^a acha que ele melhorou?

Acho que pode ser o remédio...

E nas outras séries, nas outras escolas... Como ele se comportava?

Ele sempre foi problemático. E eles sempre me chamavam para reclamar...

Alguma outra vez pediram para você buscar algum tipo de tratamento ou outros recursos para ajudar seu filho?

Não. Foi só agora mesmo.

M. era isso. Agradeço sua participação. Obrigada.

2) DADOS DO PRONTUÁRIO DO CAPSi

Data de entrada no CAPSi: 30/09/08 – realização de triagem.

Queixa: Problemas de comportamento (neste ano) na escola. Escola solicita avaliação com neurologista.

1ª consulta com neurologista

Data: 02/10/08

Sobre a criança: criança com problemas de comportamento na escola. Mãe refere que é “um pouco agressivo”. Dificuldades de aprendizagem. Na escola: indisciplinado, provocativo. Parece haver pouco interesse da mãe pelas informações da escola. Problemas de agressividade paterna, que não aceitou o filho, abandonando a família. Nega problemas mentais na família. Nega alcoolismo paterno ou materno.

Conduta: Eletroencefalograma.

2ª consulta

Data: 10/11/08

Sobre a criança: resultado do eletro: surtos de ondas lentas (theta) generalizados.

Conduta: Carbamazepina ½ cp a noite.

3ª consulta

Data: 10/12/08

Sobre a criança: Ainda agressivo. Melhora do comportamento.

Conduta: CBZ 1cp a noite.

4ª consulta

Data: 29/01/09

Sobre a criança: mais calmo. Reprovou a 5ª série.

Conduta: Eletroencefalograma (controle)
CBZ 1 cp a noite.

5ª consulta

Data: 14/04/09

Sobre a criança: Resultado do eletro normal. Criança está estudando à noite.

Conduta: CBZ ½ cp a noite.

6ª consulta

Data: 18/05/09

Sobre a criança: Sem queixas. Ainda calmo. 5ª série noturno – col Santos Dumont: está bem.

Conduta: CBZ – suspender. Retorno em 30 dias.

3) RELATÓRIO ESCOLAR

Fornecido em 26 de setembro de 2008

O aluno apresenta aproveitamento escolar muito abaixo da média e também está fora da faixa etária para a série que está cursando (5ª).

É extremamente indisciplinado, irrequieto, provoca os colegas o tempo todo, fala palavrões e é muito agressivo em suas respostas e no trato com todos. Desde o início do ano estávamos tentando falar com a mãe, mas o aluno não entregava as notificações e esta também não comparecia no colégio quando deixávamos o recado. Só conseguimos o comparecimento da mãe por intermédio do Conselho Tutelar que enviou convocação ontem (25/09/08) a mãe que compareceu. Depois de conversarmos a mãe acabou contando que quando era pequena, a criança sofreu muito com a agressividade do pai que batia muito e o atirava contra a parede.

4) DADOS REFERENTES AOS REGISTROS DE OCORRÊNCIA FORNECIDO PELA ESCOLA

Dia 20/02/08: O aluno estava com celular na sala de aula.

Dia 03/03/08: O aluno estava ameaçando bater no colega.

Dia 17/03/08: O aluno estava atrapalhando a aula da profª Ana Rosa.

Dia 18/03/08: A equipe da escola conversou com o aluno e deram uma oportunidade para ele melhorar.

Dia 03/04/08: O aluno levou suspensão.

Dia 17/04/08: O aluno não entregou as notificações à mãe.

Dia 30/04/08: O aluno falou em sala durante a aula de matemática que para vender “pedrinha” não precisava estudar.

Dia 05/05/08: Retirado da aula por indisciplina. (estava cantando, falando coisas indevidas)

Dia 26/06/08: Saiu do seu lugar, foi na última carteira pegou a folha de atividades da aluna que havia sido entregue pela professora e amassou.

Dia 27/06/08: Escola ligou para o Conselho Tutelar.

5. ENTREVISTA COM MAGDA, DIRETORA DO COL. SANTOS DUMMONT (SOBRE O CASO 2)

Magda, o que você poderia falar sobre o Maicon. O que motivou o encaminhamento dele ao CAPSi?

Então, eu fiquei o ano todo tentando conversar com a mãe dele. Pra conhecer a mãe, conversar.

E ele estudava aqui desde que série?

Ele já tinha sido aluno no ano anterior mas eu não era, eu não trabalhava naquele horário, então eu não conhecia. Fiquei então o ano todo tentando conhecer a mãe do aluno, mas como eu não consegui eu fui através do Conselho Tutelar. O conselho manda uma convocação daí a mãe veio. Aí 5 e meia da tarde a mãe veio, porque no horário de trabalho a empresa não deixa eles saírem, a gente liga mas é difícil conseguir. Então eu consegui através do conselho. A princípio ela estava meio fechada, depois eu fui conversando, então ela disse que era separada do marido que é o pai do M. e do G., que é irmão dele, que é um pouquinho melhor do que o irmão, mas tem quase os mesmos problemas. É e ela tem um outro relacionamento com uma outra pessoa, e que o pai deles quando eles eram pequenos pegava a cabeça deles e tacava na parede. Então quando ela falou isso ela começou a chorar e o G. que estava junto começou a chorar também. E... então eu acredito assim que aquela agressão física que eles tiveram quando eram pequenos pode ter influenciado. Agora quando eles se referem ao padrasto eles se referem assim de uma maneira bem agressiva, aquele burro, aquele idiota, ele não manda em mim, coisa assim. Então eu acho que o relacionamento deles assim não é bom. E a mãe já teve 1 ou 2 bebês nesse outro relacionamento. E eles tem assim uma... parece que eles tem uma... fome, eles ficam desesperados quando eles vêem uma coisa de comer, eles chegam a coagir as crianças pra pegar bala, pra pegar lanche das crianças. Então o ano passado, no final do ano cada professor pegou uma sala pra fazer a festinha com eles e eu peguei a sala dele, então eu fiz um bolo bem grande de chocolate, levei bombom e o que que ele fez, ele ia festar junto com o pessoal da outra turma da 6ªB, mas a cada momento que eu deixava a sala sozinha que eu vinha atender o telefone, ele voltava correndo pra sala pegava bombom as coisas e saía correndo da sala. Os dois faziam isso. Eu achei uma atitude muito estranha, tipo assim vou roubar mesmo, naquela época ela andava coagindo as crianças para dar dinheiro pra ele. Ele é muito agressivo pra conversar com ele, o G. não, o G. abaixa a cabeça e chora, mas o M. não, ele tem sempre uma resposta em baixo da língua, e uma resposta sempre agressiva. Agora ele está estudando a noite. Tá deixando os professores loucos, ninguém consegue controlar, indisciplina. Porque não tinha como deixar ele no meio dos pequenos, porque ele era muito agressivo, então...

Ele estudava de manhã...

A tarde. Daí nós conversamos com a mãe pra ver se estudando no meio de adultos ele mudava de atitude. Mas ele disse que continua a mesma coisa. Sabe os professores não conseguem ministrar as aulas de tanto que ele incomoda.

Então foi conversado com a mãe e vocês entraram em acordo sobre esta mudança de turno...

É, nós conversamos pra ver se no meio de alunos maiores ele não se tornava tão agressivo, porque ele queria bater...

Isso não é uma norma da escola, chegou em tal idade tem que mudar de...

Não, não, nós temos alunos aqui com 15, 16 anos. Nós achamos que ele sendo muito agressivo, de repente no meio de pessoas maiores um pouquinho ele não se tornaria um pouco, né maleável. Por que tava muito difícil. Mas disse que ta a mesma coisa, igual ele era na tarde. E ele vem assim, sempre...embora ele use aparelho nos dentes, eu acho ele muito mal-tratadinho, as roupas tão encardido, um desleixo pessoal, nunca usava uniforme e... o irmãozinho a mesma coisa, então. O que preocupava a gente realmente era essa coisa dele não permitir que o professor desse aula. Só que naquela turma tinha 5 problemas ali, um que esse ano agora o Conselho Tutelar aconselhou a mãe a mandar morar com o pai porque ele gazeava aula e ia lá no Jaboti nadar, e era com ele que o M. saia, só que ele não gazeava aula, ele tava todo dia no colégio. Tinha um outro menininho que fazia a mesma coisa, ela acabou tirando ele da escola porque ela tava grávida, e ele vivia indo nadar no jaboti... Tinha mais um outro menino de 14, 15 anos e eles tumultuavam muito as aulas, que era uma turma de crianças menores, né e eles não deixavam mesmo os professores darem aula. Agora o irmãozinho dele ta começando com os mesmos comportamentos só que ele não é agressivo nas respostas, a gente fala as lágrimas rolam pelo rosto dele. Esse ano só, que eu conheci ele e logo que eu conheci a mãe, já encaminhei ele. E eu perdi um pouco o contato com o M., mas aí eu sabia que você vinha hoje, fui perguntar para os professores e eles disseram que ele está terrível. Mas a mãe, você liga pra mãe, eu nem liguei hoje, eu mandei uma notificação, mas eles não permitem só 5 e meia, quando os professores já foram embora. Mas ela não vem, ela não bem pegar o boletim, ela não comparecia nunca nas reuniões, eu só falei com ela uma única vez. E na fábrica eles não permitem a gente falar com a mãe. As vezes a criança ta com febre, com dor, a gente liga e eles não permitem. E o M. está indo lá, fazer os atendimentos?

Eu acredito que sim.

Pois é, ele ta tomando medicamento, me falaram que ele ia tomar. Ele era hiperativo assim, ele não parava sentado, saia toda hora da sala, saia toda hora pra beber água, ele não parava quieto. É complicado, por isso até que eu encaminhei, porque além da agressividade, tinha toda uma hiperatividade e pelo que a gente conseguia observa não era um comportamento normal assim. Comparando com os outros ele destoava assim do grupo, por isso...

E aqui na escola , logo que vocês começaram a sentir dificuldades em lidar com ele, o que foi tentado para tentar ajudar?

Aí, conversar com a mãe era quase impossível, não deixavam. Então o que eu fazia, trazia ele aqui para minha sala fazer as atividades aqui do meu lado orientando, muito mau, quase não dava pra ler o que ele escrevia, era ilegível praticamente e geralmente eu tinha que trazer os dois, ele e o L., não como castigo, mas pra orientar a tarefa. Os dois eram a mesma coisa, aí

os riam muito, riam muito, o tempo inteiro, um riso estranho, uma coisa estranha. O L. muito mais, então o que eu fazia, tentava ajudar eles aqui na minha sala. Eles não sabiam dividir, operações, eles não dominavam operações, subtração com reserva... então na medida do possível, eu tava sozinha naquela época pra atender telefone, mãe que chega, aluno, professor que chama, e agente ia fazendo na medida do possível, e pra eles fazerem avaliação com mais tranquilidade, eu sentava aqui, eu ia orientando, fazia o que era possível. Porque o apoio a gente não tinha o ano passado, sabe, só tínhamos a tarde que era o horário que ele estudava, o apoio atende 5ª série, pra ele ir pra sala de recurso, se fosse hoje, provavelmente ele iria, porque ele tem uma avaliação neurológica e toma medicamento. Por isso que eu encaminhei, pra, que ele pudesse ter um atendimento em sala de recurso. Mesmo ele estudando a noite, ele pode frequentar a sala de recurso.

E qual a diferença, pra eu entender, entre sala de apoio e sala de recurso?

Então a sala de apoio, é para alunos só de 5ª série que os professores da sala detectam a defasagem do aluno. É pra 5ª série, coisas que eles não conseguiram aprender na 4ª série. A sala de recursos é uma sala que atende alunos de 5 a 8ª série, alunos que tenham uma avaliação neurológica, psicológica, sabe, do médico, pra uma criança que realmente tenha uma insuficiência para a aprendizagem, não apenas uma defasagem, mas que tenham algum problema de aprendizagem associado e que não consigam, é algum transtorno, uma deficiência é por exemplo eu tenho dois no período da tarde que frequentam no período da manhã a sala de recursos, e a sala de recursos... a diferença da sala de apoio, na sala de apoio a professora atende todos ao mesmo tempo, na sala de apoio é no máximo de 20 alunos então ela vai, tentar fazer com que eles consigam se apropriar de conteúdos que eles não conseguiram se apropriar no período de 1 a 4ª série, agora na sala de recursos ela vai fazer os horários para atender no máximo 2 alunos de cada vez, eles vem duas vezes por semana durante 2 horas. Então, é trabalhado esse lado da dificuldade de aprendizagem, essa a diferença. A nossa grande dificuldade com as salas de apoio e de recursos é a distancia que os alunos moram da escola, e não tem um transporte escolar, então eles ficam aqui de um turno para o outro, almoçam aqui no colégio, mas não tem ninguém disponível pra cuidar dessas crianças. Eles ficam aí, mas muitos desistem, ficam cansados, outros as mães não permitem que fiquem aqui, porque se ele for pra casa ele não transporte pra voltar.

No caso do M. você conhece um pouco do histórico escolar dele?

Olha, ele era aluno aqui de Apucarana mesmo. Quando eles vem de São Paulo ou do Mato Grosso, eles vem com aquela progressão continuada, que não tem reprovação, então eles chegam aqui igual o menino que nós encaminhamos lá, não lê, não escreve, eles vem com esses problemas mesmo, então vao passando, aprovado, aprovado, aprovado e as vezes são retidos na 4ª série e as vezes não.

Mas se ele era aluno de Apucarana...

Não, ele era aluno de Apucarana, em Apucarana as escolas do município tem salas de apoio, não é verdade? É...eu acho que a própria indisciplina dele acabou gerando essa coisa assim que não foi controlada de 1 a 4ª e foi crescendo, e... não tinha mesmo controle, e a sala de 5ª série a tarde, são alunos menores que as mães pedem pra por a tarde, porque as vezes não querem que levante muito cedo porque é frio, não é verdade? Então geralmente a tarde são crianças menores e ele era maior, e de manhã também não tinha vaga, e não adiantava tirar ele da tarde e por de manhã que também eram crianças menores, depois eu pensei quem sabe ele

não se da melhor no período da noite com gente maiorzinha, se identificava mais. Mas isso não aconteceu não. Está dando o mesmo tipo de trabalho.

Então mesmo após o tratamento no CAPSi, vocês não perceberam nenhum resultado...

Ainda não teve nenhum resultado. A medicação acho que ainda não conseguiu...essa coisa assim dele ser muito agressivo, ele é muito agressivo nas respostas, e...jogando com os colegas na Educação Física, não sei é diferente do irmão, é a mesma situação eles são muito parecidos inclusive, ele é agitado também, é a mesma situação, não para sentado, mas só que o irmão quando a gente fala as lágrimas rolam assim rapidinho. Não diz uma palavra. Mas esse aí é o caso do M., é um caso assim, que infelizmente a gente não consegue resolver, e acabam se evadindo da escola, quando eles pegam uma idade que eles não, que as mães não mandam, não conseguem mais, as mães falam “o que que eu faço”...

E as mães, geralmente trabalham?

Elas trabalham do dia inteiro, ela nem almoça. As roupas acho que são eles mesmos que lavam, comida eu não sei, tenho a impressão que eles passam fome, o desespero que eles tem por comida é uma coisa assim, de chamar a atenção. Eles devem se alimentar mal, são muito magrinhos, então... e agente vê que eles querem comer assim, quando os outros comem, ficam rodeando, bala eles ficam desesperados. As crianças não davam bala, eles assim eles batiam. Eles eu acho que passam vontade das coisas. Embora usem aparelho nos dentes, que passa a impressão de cuidado né, mas eu acho que na alimentação eles ficam sozinhos e devem...

Magda, e assim, são bastante alunos e eu acredito que não só o M., mas muitos apresentem dificuldades com relação a aprendizagem e à indisciplina, em que casos vocês consideram a necessidade de uma intervenção de um especialista assim, um recurso “fora da escola”?

Ah, quando extrapola assim, os limites, quando professor chama a gente toda hora na sala porque não está conseguindo controlar, então uma coisa que foge do controle do professor, ele não consegue, ele incomoda os colegas, ele não deixa os outros fazer nada, e assim que a gente tenta um encaminhamento, porque em alguns casos o professor vai levando, devagarzinho e ele consegue, pode ser que ele consiga melhorar alguma coisa, o comportamento, a aprendizagem, mas existem casos que a gente não consegue, sabe? Foge do nosso controle e a gente precisa pedir socorro. Nós não somos psicólogos, não é verdade? (risos)... e a gente fica assim meio sem saber, então, a gente tenta encaminhar primeiro para uma sala de apoio só ele que não dava porque não tinha, ah, e de manhã ele tinha que cuidar de um irmãozinho, então ele não podia freqüentar o período da manhã, não sei como está isso agora. Mas eu sei que ele tem um padrasto... e o relacionamento deles não me parece bom.

Vocês tinham alguma atividade extra aula que vocês desenvolviam e as vezes ele se interessava? Alguma coisa assim?

Então, esse ano nós temos... mas não até em Educação Física ele dava trabalho. Hoje nós temos o Viva Escola na área de Artes, Esportes, e... Química. Então os alunos vem no contraturno, temos tênis de mesa, xadrez e futsal, artes, pintura, atividades no laboratório, é... mas eles começam e não sei, eles não tem estímulo pra continuar mesmo sendo uma coisa diferente, eles desistem. Agora uma coisa que eles gostam bastante que começa agora em julho, é o Dummont Fest, que é uma gincana que envolve os alunos... mas ele nunca quis

participar de nada, os meninos dançam...existem as equipes que trabalham, procuram patrocinadores e fazem camisetas, é... e ali eles trabalham durante o ano e inclusive a assiduidade nas aulas contam pontos, as equipes também que entregam as tarefas, os trabalhos em dia, ganham pontos para a equipe, não é só o lado da brincadeira é o lado da responsabilidade também, e ele nunca se estimulou, ele queria sempre atrapalhar, é uma coisa assim... nada agradava ele. Esses dias vieram umas estagiárias do Sesc a gente abriu as portas para elas também, e elas vieram aplicar um projeto sobre indisciplina e motivação, assim as vantagens de se permanecer na escola e... nas turmas muito indisciplinadas, foram nas 7 e 8ª séries, elas não conseguiram aplicar o projeto... então as vezes a gente remaneja o aluno de sala também, coloca em outra sala pra ver se ele se identifica melhor com os amigos, e tal e gente tenta né?

E funciona?

Difícilmente. As vezes funciona, nem sempre. Mudo de período, é a gente conversa com a mãe... essas coisas assim que a escola vai tentando na medida do possível, você vê, todo ano fica só eu e a A., a A. e eu que ficamos como pedagogas efetivas. Todo ano o Estado contrata duas ou três pedagogas, no final do ano encerra o contrato, tudo que a gente... começa a trabalhar com essas pessoas contratadas, no outro ano não há uma continuidade, vem outra de novo. Então essa rotatividade muito grande de pedagogos que não uma continuidade no trabalho, é difícil você ter um planejamento uma coisa, certinha. Alguém até tem boas idéias, mas a gente não consegue concretizar. O importante seria que tivesse uma equipe completa né? Mas todo ano é isso daí. Outra coisa que atrapalha bastante também é a demora do núcleo em mandar professor,, quando o professor sai de licença, por exemplo a professora de Inglês, teve um problema sério de labirintite ficou 20 dias de licença, quando a menina que assumiu a vaga dela veio, a professora já havia voltado. Então os alunos ficaram sem aula e...essa demora em conseguir professor isso aí atrapalha muito a escola, muito.

E acontece bastante?

Bastante. Porque sempre tem alguém com problema de saúde, sabe? Nós temos vários casos. Outra coisa que atrapalha o bom andamento do colégio são os cursos que o Governo oferece, em Faxinal do Céu e Curitiba, porque tira o professor a semana inteira da sala de aula. É difícil para um pedagogo as vezes suprir a falta de um ou dois professores. Essa rotatividade... as vezes o professor pega aula no colégio, acostuma com o colégio, aí no próximo ano ele não pega mais, vai pra outro colégio.

Isso interfere no processo educativo?

Com certeza. O professor que vem passa a conhecer aquele aluno conhece as dificuldades, ele já comunicou pra gente, não é verdade? É quando muda muito o professor então atrapalha bastante, porque o professor quando conhece o aluno já sabe as dificuldades, que é um aluno que ele tem trabalhar de uma maneira diferenciada. Então essa rotatividade de professores interfere na aprendizagem das crianças. Agora os problemas que a gente percebe, são familiares, a maioria dos alunos são de pais separados, aos alunos que nos dão problemas, ou tem padrasto, ou tem madrasta, ou moram com a vó, são os que mais nos dão problema.

E interfere na aprendizagem...

Interfere na disciplina, a disciplina interfere na aprendizagem, não é verdade? Eles são agressivos, eles até quando a gente vai fazer um carinho assim, ele afastam, parece que tem medo, ele tiram rapidinho. Mas geralmente são alunos que tem esses problemas. A gente entrega no começo do ano uma ficha para eles mesmos preencherem, com letrinha deles e tudo... e ali a gente anota as coisa... coisas que eles fazem, coisas que acontecem, e nessa ficha que a gente vê como tem padrasto.

Magda, você quer acrescentar alguma coisa? Algo que você acha importante e as vezes eu não perguntei?

Acho que pode terminar... meu marido está me esperando...

Obrigada pela participação.

CASO 3

Nome da criança: L. G.

Idade: 11 anos

Série atual: 5ª

Nº do prontuário: 354

Nome da mãe (entrevistada): E.

1) ENTREVISTA COM A MÃE

Seu filho faz tratamento aqui há quanto tempo?

Ele veio pra cá no final do ano passado... mais ou menos em novembro.

E como vocês chegaram até aqui, por que decidiram fazer tratamento aqui no CAPSi?

É... deixa eu ver... Bom, ele estudava na escola I., mas ele teve uma... como vou dizer... ele sofreu preconceito na escola. Sabe, ele gosta de cantar, dançar aí começou a sofrer preconceito. Tavam chamando ele de... ah, vc sabe né? Ele sofreu por parte da própria diretora... Daí eu troquei ele de escola. Conversei na escola, nessa outra escola, aí a escola sugeriu psicólogo. Ele foi atendido 1 ano e 8 meses.

Em que série ele estava?

Foi na 3ª e 4ª série.

E ajudou?

Eu acho que ele melhorou bastante. Mas aí o psicólogo falou: “mãe o que eu podia fazer eu fiz. Mas sozinho eu não consigo saber o diagnóstico”, disse que precisava de uma médica e de uma fono. Aí ele encaminhou pra cá, ele achava que o L. tinha dislexia.

Então o L. tinha dificuldades na escola? Na aprendizagem?

É... principalmente na escrita. Eles perceberam alguma coisa, a diretora percebeu que ele tava mais agressivo também... mas ele também foi agredido por uma professora. Ela amassou uma folha e colocou na boca dele... puxava o cabelo, esse tipo de coisa.

Ah é?

Mas não foi só comigo, ela brigava com um monte de alunos. *(L., que estava na sala brincando, respondeu interrompendo a entrevista)*

E por que ela brigava?

(balançou os ombros)... ainda bem que ela saiu... (respondeu L.).

E aqui no CAPSi como foi o atendimento?

Ele fez eletro..., o que a Dr^a pediu..., raio-x do ouvido, vai fazer uma audiometria e começou a ir na fono, agora semana passada veio o papel que eles conseguiram fono pra ele.

Ele está tomando algum remédio?

Ah, toma ritalina. É pra dislexia e hiperatividade... ele é hiperativo também...

Você acha que ele é hiperativo?

Nossa! Ele não para, é bem agitado.

Mas ele está tão quieto brincando ali... ele tomou o remédio?

Não. Hoje não porque não vai à escola. Quem vê ele assim não acredita como ele é agitado...

Você acha que ele melhorou depois que começou o tratamento aqui?

No começo deu uma acalmada... depois não. Agora ele ta tendo uns “branco”, esqueceu muitas coisas que ele sabia.

Além de pedir para ele fazer psicoterapia e o tratamento aqui, a escola tentou ajudar de alguma outra forma?

Ah, a escola colaborava muito, me chamavam, explicavam pra eu não ficar brigando com ele, que é pra eu ajudar porque ele é disléxico...

Em que série ele está agora?

5^a.

Teve alguma repetência?

Não, não. Apesar de tudo...

Ele fez algum tipo de reforço ou outra atividade além das aulas regulares...

Não. Nunca fez não.

***ENTREVISTA COMPLEMENTAR COM A FAMÍLIA (MÃE)**

Eliane você poderia falar um pouco sobre o histórico escolar do L., em quais escolas ele estudou, como foi em cada série?

É... na pré-escola, na escola C. N., ele já tinha problemas na fala, daí ele fez fono durante aquele ano, mas depois ele parou, eu fiquei grávida aí não dava pra levar ele. Nessa época eu já tinha tentado psicóloga pra ele, mas não deu certo.

A escola que pediu ou você achava necessário?

Não, fui eu mesmo. Eu achava ele muito agitado, ele não pára é o tempo todo se mexendo, nem pra assistir TV, assiste de ponta cabeça, não para pra nada.

Ah. E depois?

Então, aí, na primeira série ele foi estudar na I., estudou a primeira e a segunda lá, sem problemas, nada. Quando foi na terceira série, foi que começou os problemas...

Que problemas?

É... eles estavam numa atividade, não sei, e um menino gritou no ouvido dele daí ele foi gritar no ouvido do menino também e a professora viu e achou que ele estava beijando o menino. O L. começou a mudar o comportamento, ficar mais triste assim, sabe? Só que eu só fui saber pelos outros alunos que me falaram o que tava acontecendo. Então eu fui falar com a diretora e ela reafirmou que ele tinha beijado o menino e que as outras crianças estavam chamando ele de “viadinho” e disse que qual o problema, que tínhamos que aceitar... você acha? Ele tinha só 8, 9 anos ele era... era neutro ainda, ah, eu já sai com ele dali e troquei de escola no outro dia.

Isso ele estava na 3ª série?

Isso, no começo da 3ª série. Aí eu coloquei ele na K. K. expliquei o que tinha acontecido, e acharam bom e eu também queria que ele passasse pela psicóloga e ele começou a fazer né, os atendimentos. E foi tudo bem, tudo... na 3ª, porque na 4ª já teve problemas com a professora. Ela acho que não tinha paciência. Chamava ele de burro, rasgou uma folha do caderno dele e “socou” na boca dele, puxava o cabelo... ichi...

E o que você fez?

Não, eu... eu fui no sindicato de professores falar né, sobre o caso dele. Eles foram à escola ver o que que tava acontecendo, só que daí a professora começou a é... passou a ignorar ele, ele fazia as tarefas ela não corrigia, sabe... ela chamava o nome de todo mundo mas não chamava o dele. Aí ele começou a ignorar ela também e passou a não fazer as tarefas também aí ela ficou no pé dele de novo porque ele não fazia as tarefas.

E foi nesse ano que ele veio para o CAPSi?

É, ele fazia atendimento com o Ítalo, que desconfiou de dislexia e mandou vir pra cá.

Ah... o que você conhece sobre dislexia?

Eu nem sabia que existia isso assim... mas ele tem dificuldade de escrever, troca as letras, pula folhas do caderno... aí fomos saber que tem a ver com a família.

Como assim?

Participando do tratamento dele também, eu descobri que eu era disléxica também, eu faço igual ele sabe? Pulo as letras mas pra mim eu vejo como se eu tivesse escrito certo.

Você estudou até que série?

4ª.

E como se faz pra diferenciar quando é dislexia de... no caso uma “falha” ao ensinar a criança...

Ah, não sei. Eu achava o ensino da I. muito fraco...

Como você percebia isso?

Nas tarefas dele. Eu percebia porque eu ia ajudar ele nas tarefas e perguntava o que o professor tinha dito, tinha explicado e ele falava: “eu não sei?”. Eu vi diferença quando eu troquei de escola, aí foi mais puxado.

E agora, como ele está na escola?

Ele ta no C. agora, né? E... ta bem, um pouco ruim em matemática.

Em matemática?

É. Depois que ele começou fono melhorou em Português e caiu um pouco em matemática que ele era melhor.

Ele faz algum tipo de reforço?

No começo do ano eles falaram pra eu deixar ele a vontade. Ele queria fazer aula de flauta e de fanfarra que a escola oferece, então eles falaram pra eu deixar no começo pra ver, depois se ele precisasse de reforço colocaria ele. Daí ele não quis mais fazer a fanfarra, então agora se o professor achar que precisa ele vai.

Você quer falar mais alguma coisa que as vezes eu não perguntei, alguma informação interessante...

Ai, deixa eu ver...tem L.? Ah, tem que por causa da dislexia, quando eu vejo um texto assim com as linhas muito juntas eu vejo embaralhado.

Ah é? E você já fez exame de vista alguma vez?

Não. É já faz tempo que ele fez, nas primeiras séries só.

Mais alguma coisa?

Agora acho que não.

Então obrigada por colaborar novamente.

2) DADOS DO PRONTUÁRIO DO CAPSi

Encaminhado pelo psicólogo da Saúde do Escolar dia 31 de outubro de 2008.

Motivo: solicitação de parecer neurológico para auxiliar na conduta psicológica de orientação aos pais e à escola.

Data de entrada no CAPSi: 04/11/08 – realização de triagem e agendamento para neurologista.

1ª consulta

Data: 07/11/08

Queixa: Dificuldades escolares desde a 1ª série em português, principalmente. Em cálculo vai bem. Erros grosseiros na escrita. Mãe refere muita dificuldade na leitura. Fez fono somente no 1º ano. Este ano com alteração no comportamento. Disperso, hiperativo. Escuta TV muito alto.

* Obs: mãe disléxica.

CID: R48 + F90.0

Conduta: Eletroencefalograma + exame audiológico.

2ª consulta

Data: 29/01/09

Eletro: Surtos lentos e dispersos.

Criança agitada. Está na 5ª série.

Conduta: Ritalina 1 comp. após almoço. Observar.

CID: R48 + F90.0

3ª consulta

Data: 11/03/09

Criança: melhor, pouco agitado e rebelde ainda. Ainda não foi atendido pelo psicólogo da Saúde do Escolar.

Conduta: Ritalina, 1 comprimido após o almoço.

*Solicitação de reunião com Saúde do Escolar para discutir o parecer psicológico (que ainda não foi entregue ao CAPSi)

Dia 13/03/09: Reunião com a Saúde do Escolar para agilizar atendimento fonoaudiólogo ao paciente.

Dia 18/03/09: Mãe procura o CAPSi para pedir orientação porque ainda não teve agendamento com fono.

O CAPSi entra em contato com a escola que responde com agendamento de fono para o paciente.

4ª consulta

Data: 08/04/09

Criança: em avaliação com fono. Ritalina 1 comp. após almoço.

5ª consulta

Data: 20/05/09

Criança: Mãe informa que paciente iniciará tratamento com fono. Fono informa que ele está mais agitado com Ritalina. Notas baixas, português e matemática. Dorme bem, alimenta-se bem.

Conduta: Carbamazepina 200 – 1cp noite

Fazendo fono.

Fono sugeriu consulta com outro neurologista (de Arapongas).

CID:R48+F90.0

3) RELATÓRIO ESCOLAR (SEM DATA)

O aluno tem alguns comportamentos que não são adequados à sua idade e nem ao ambiente escolar. É um aluno agressivo, fala palavrões e não respeita os colegas e nem a professora. Disperso, não copia tarefa, brinca o tempo todo, canta, dança, faz micagem e ao ser chamado a atenção joga os materiais no chão, chuta a carteira e fica “emburrado”. Sai da sala sem autorização da professora e não faz nada e além de tudo perturba os colegas que estão fazendo.

Do nada agride verbalmente e fisicamente os colegas, ele fica escrevendo em pedaços de papéis o nome das meninas e na frente do nome coloca apelidos, depois olha para elas e ri e as chama pelo apelido que escreveu. Às vezes implica com os meninos também, mas é raro. Há dia que ele está bem mais rebelde do que de costume; como por exemplo: “ele irrita o tanto uma determinada criança até que ela venha a discutir e quando chamado a atenção ele se faz de ‘santinho’ dizendo que não fez nada, é como se sentisse prazer em ver a outra criança irritada”.

No recreio ele brinca mais com as meninas, às vezes briga com elas e fala palavrões. Gosta de chamar a atenção, parecendo ser uma criança mimada, mas também carente.

** A escola em que L. estudava no período referente ao encaminhamento ao CAPSi não concedeu entrevista.

CASO 4

Nome da criança: J.V.

Idade atual: 7anos e 8 meses

Série atual: 2ª

Nome da mãe (entrevistada): N.

Nº do prontuário: 284

Há quanto tempo seu filho faz tratamento aqui?

1 ano... quase 1 ano.

E por que começaram a fazer tratamento aqui no CAPSi?

Uma amiga que indicou. Aí eu vim. O caso do João, ele entrou em coma 4 vezes e até hoje os médicos não descobriram porque. Ele inchava e entrava em coma. Nossa, ele chegou a ficar internado 3 meses seguidos... teve uma vez que o médico achou que ele não voltava mais, aí quando ele saiu do quarto, o João mexeu o pezinho. Então eu sabia que ele ia ter dificuldades na escola.

Antes do seu filho começar a ir para a escola você já sabia?

É já né... porque coma é serio né?

Então você procurou o CAPSi por causa desta série de comas pelos quais seu filho passou?

É que a escola fez uma reunião porque ele tava tendo muita dificuldade, muita dificuldade, principalmente pra ler e escrever. Ele tem muita dificuldade pra ler. Aí eles sugeriram para eu procurar o Dr. em Arapongas... um neurologista. Eu fui fiz a consulta e ele pediu um monte de exames e depois era pra eu retornar. Daí eu fui atrás dos exames, fui num lugar, fui no outro e não conseguia os exames... foi que eu encontrei uma amiga que disse que o filho dela fazia tratamento aqui aí eu resolvi tentar e vim com ele aqui. Aqui foi rapidinho, com um mês já tava todos os exames prontos. Eu avisei a escola, acho que a escola mesmo não sabia que tinha esse lugar. Agora eu acho que eles mandam outras crianças pra cá.

Antes de pedir que você levasse seu filho para fazer um tratamento com médico, como a escola tentou ajudar?

Ele faz reforço e psicóloga até hoje.

E aqui no CAPSi, como está sendo o tratamento?

A Drª pediu todos os exames de novo. Só que dessa vez consegui os exames rápido. Mas não deu nada nos exames. Ele ta tomando dois remédios. Era só um, o citilan. Agora ela passou um outro...um estimulante.

Você tinha alguma idéia do que era o CAPSi quando trouxe ele?

Não. Não sabia o que era, mas trouxe.

E ele está bem?

Disse que ta bem agora. Só dificuldade na leitura, no comportamento não tem problema. Acho que melhorou bastante. Deu muita diferença, agora ele é mais tranqüilo. Ele era muito nervoso... ele é muito nervoso... Em casa, se você falasse que o dever tava errado ele não aceitava... ficava muito nervoso. Agora você fala, ele apaga e faz.

Era só por este motivo que ele ficava nervoso ou acontecia também em outras situações?

Não... era mais por isso mesmo.

Só em casa?

Na escola ele também deu muito trabalho. A escola sempre me chamava. Teve uma época que ele não entrava de jeito nenhum, batia na professora, chutava o portão, fugia, foi aí que mandaram eu levar ele no Dr. C. em Arapongas.

Você não sabe se tinha acontecido alguma coisa na escola para ele agir assim?

Não sei, ele não falava. Eu perguntei porque ele batia na professora, porque queria fugir, ele não falava. Ela falava que com os alunos ele era calmo. Ele não falava o motivo. Aí tentei trocar ele de escola, ele não quis. Disse que ia certinho... Esse ano não teve reclamação. Até é a mesma professora e tudo. Ele brincava com os alunos, normal. Alternava, tinha dia que ele queria ir, tinha dia que não queria e não ia. Chegou uma hora que eu falei não o problema era ele, não adiantava eu xingar a professora, a escola...tava muito difícil. A diretora falava que fazia oração pra ver se ele se acalmava.

E agora você disse que ele está mais calmo...

É ta mais calmo. Só tem dificuldade pra ler mesmo. Mas eu sabia que ele teria um atraso profundo na mente.

Os médicos te falaram isso?

É, eles falaram. A Dr^a disse que nesses casos é difícil, o coma deixa uma seqüela.

Bom N., agora acho que podemos encerrar. Muito obrigada.

2) DADOS DO PRONTUÁRIO

17/09/08 – Entrada no CAPSi: Triagem

Queixa: nervoso, agressivo, dificuldades de aprendizagem, não para quieto, dores de cabeça, disperso, dificuldades de concentração.

1ª consulta com neurologista

Data: 17/09/08

Sobre a criança: quadro de dificuldade de comportamento, cefaléia, dores nas pernas (avaliação ortopédica normal). Inquieto, disperso, porém na escola não tem queixas. Criança reclama que fica incomodado devido a necessidade de estar movimentando-se. Tem manias, mama, dorme puxando o cabelo. Prematuro, teve provável sofrimento intra-uterino. Problemas de saúde.

Conduta: Tomografia – Eletroencefalograma – Exame audiológico.
CID: F90.0

2ª consulta

Sem data.

Sobre a criança: TC e EEG normais. Audiometria marcada em novembro.

Conduta: manter acompanhamento na Saúde do Escolar + Cintilan 2x ao dia.

3ª consulta

Data: 24/10/08

Sobre a criança: episódio de virose intestinal. Professora manda relatório. Mais tranquilo, sem chorar, dificuldade para ler e atividades escritas. Não quer frequentar as aulas a tarde.

Conduta: manter Cintilan 2x ao dia. Carta dispensando atendimento escolar a tarde, exceto das aulas de reforço.

4ª consulta

Data: 08/12/08

Novo pedido de audiometria.

Conduta: mantida até o final das aulas.

CID: F90.0

5ª consulta

Data: 20/02/09

Sobre a criança: reunião da escola refere dificuldade para ler e escrever. Frequentando aulas o dia todo.

Conduta: Cintilan 2x ao dia. Encaminhado à Saúde do Escolar.

CID: F90.0, Dislexia??

*Data: 27/02/09

Contato com saúde do escolar para verificar acompanhamento da criança. Segundo o serviço assim que começar o atendimento nas escolas a criança será incluída em fila de espera.

*Data: 08/04/09

Contato com Saúde do Escolar. Coordenadora vai verificar sobre o atendimento da criança

*Data: 13/04/09

Saúde do escolar informou que criança começou atendimento com psicóloga na escola.

6ª consulta

Data: 17/04/09

Sobre a criança: Criança com as mesmas dificuldades. “perderam” pedido de audiometria. Fono liberou a criança: sem anormalidades.

Conduta: trocar Cintilan. Receita Ritalina ½ cp – ½ cp (seg. a sex.)

CID: F90.0, R48?

7ª consulta

Data: 22/05/09

Sobre a criança: dificuldade para ler.

Conduta: Ritalina ½ - ½. Trazer cadernos.

8ª consulta

Data: 05/06/09

Sobre a criança: professora anota leitura fraca. Algumas vezes leu, algumas não leu. Escreve bem. Erros gramaticais. Troca de letras (fonemas)

Conduta: manter reforço e Ritalina.

3) ENCAMINHAMENTO DA ESCOLA (Psicóloga) AO NEUROLOGISTA (Arapongas)

Data: 04/07/08

“Conforme solicitado, o aluno foi avaliado e apresentou o seguinte resultado: nível intelectual, classificou-se no momento, no médio para sua faixa etária. No Bender (visomotora) apresentou um pequeno rebaixamento e problemas neurológicos”.

4) RELATÓRIO ESCOLAR

Data: 24/09/08

O aluno é muito faltoso, apático e desinteressado das atividades acadêmicas. Diante das dificuldades, chora ou desiste de prosseguir com as atividades, necessitando de ajuda individual para terminá-las.

Acredito que o grande problema dele relaciona-se a isto. Aparentemente tem todas as possibilidades de ser alfabetizado nos próximos meses.

Apresenta boas relações com os colegas, professoras e demais funcionários. O aluno não gosta de ficar a tarde na escola e sente necessidade de ir embora na hora do almoço, podendo ficar em casa à tarde com a família.

Data: 23/10/08

O aluno apresenta-se mais tranqüilo e não está mais chorando. Na aprendizagem continua com dificuldades para ler e fazer as atividades escritas. Ele não quer frequentar as aulas no período da tarde.

5. ENTREVISTA COM A DIRETORA DA ESCOLA

Por que a criança foi encaminhada para o CAPSi? Qual foi a participação da escola nesse processo?

O J. foi encaminhado ao CAPSi pela própria mãe, que tinha conhecimento desse atendimento à alunos com certos problemas.

De que forma a escola compreende os problemas apresentados pela criança na escola?

O aluno durante todo o ano de 2008 não queria vir à escola, chegava ao portão todos os dias chorando, algumas vezes entrava e a maioria dos dias ia embora, a escola não conseguiu entender porque esta situação estava acontecendo, algumas vezes achávamos que era algum trauma, outras vezes pensávamos que os pais estavam dando apoio à atitude do filho, então por inúmeras vezes falamos com a mãe, pai e até tia, mas não conseguimos

compreender o que levava o aluno a ter tal atitude, pois o mesmo não falava, por mais que indagávamos, não dizia nada.

Antes de iniciar alguma forma de tratamento (no CAPSi ou em outro lugar) quais foram as medidas adotadas pela escola a fim de ajudar a criança nos problemas apresentados (de aprendizagem e/ou comportamento)?

Encaminhamos à psicóloga que atende aqui na escola, onde passou a atendê-lo todas as semanas.

A escola tinha conhecimento acerca do que era e como funcionava o CAPSi? E por que considerou o local mais indicado para o encaminhamento da criança?

A escola tem conhecimento de como funciona o CAPSi; pois já temos alunos sendo atendidos por esta entidade.

O que motivou a escola indicar uma forma de intervenção “fora da escola” no intuito de ajudar a criança?

Perante o comportamento do aluno, a escola solicitou à família que procurasse uma avaliação médica, que após avaliado, o médico receitou o remédio Ritalina, meio comprimido duas vezes ao dia.

Além do tratamento realizado no CAPSi, a criança conta atualmente com alguma outra forma de apoio?

Atendimento na escola através de reforço individual e atendimento com a psicóloga da escola.

Qual a avaliação que a escola faz da criança hoje, após alguns meses de tratamento no CAPSi?

Não estamos muito satisfeitos quanto à aprendizagem do J., está muito defasado quanto aos conteúdos, não tem tido bons rendimentos.

A escola considera o tratamento realizado no CAPSi suficiente para alcançar melhoras no desempenho escolar da criança? Que outras alternativas podem auxiliar nesse processo?

O tratamento realizado no CAPSi, ajuda bastante no desempenho escolar do aluno, mas ainda não é suficiente, sentimos muito a ausência da família em certos casos, não é o do J., pois a mãe fez tudo que foi possível para resolver o problema do filho, mas a maioria dos pais não encaminham ao CAPSi, não acompanham a criança e nem comparecem à escola.

CASO 5

Nome da criança: G.
Prontuário: 358
Nome da mãe (entrevistada): M.
Série atual: 3ª série
Idade: 10 anos

1) ENTREVISTA COM A FAMÍLIA (MÃE)**Há quanto tempo você faz tratamento aqui no CAPSi?**

Uns 6, 7 meses.

Porque resolveu trazer o seu filho aqui?

Ah, eu descobri... ouvi falar do CAPSi... a diretora achava que tinha um, mas ela indicou o médico de Arapongas. Mas aí eu fui atrás, perguntando aqui e ali e eu descobri que tinha aqui na cidade mesmo.

Você sabia o que era o CAPSi quando veio para cá?

Saber, eu não sabia não. É que lá em Arapongas tinha que pagar. Daí eu pensei vou tentar pelo SUS, nossa eu pensei vai demorar para conseguir atendimento... mas é muito bom o atendimento aqui, muito rápido e tem vários assim... médico, tem cursos, eles encaminham...

Ah... Mas por quais motivos você trouxe o seu filho para ter este atendimento?

O que motivou foi a escola. Eu percebia que ele era muito desligado. Que nem a professora falava que ele era muito inteligente na parte oral, mas a dificuldade era na escrita e que ele era muito inquieto tanto com ele quanto com os amigos, não deixava ninguém quieto.

E em casa como ele era?

Em casa a atitude dele era totalmente diferente. Não era tanto que nem na escola. Mas na escola a diretora me chamava e falava que a família tinha que ver o que podia fazer pelo G., porque se deixasse ele assim podia prejudicar ele mais tarde, o futuro dele... precisava de fazer algum tratamento, alguma coisa assim.

Quais eram os problemas que ele apresentava na escola?

Ah, era comportamento e aprendizagem.

Quando a escola solicitou algum tipo de tratamento, ele estava em que série?

Foi o ano passado... tava na 3ª. Ele reprovou de novo.

De novo?

Ele também reprovou a 2ª e a 1ª.

Então ele já tinha dificuldades desde a 1ª série?

É.

E o que a escola fez nessa época para ajudá-lo?

Só na primeira série ele fez reforço. Agora ta fazendo psicólogo na escola, nesse mês passado.

E porque você acha que ele reprovou essas três vezes?

Até a 2ª série eu achava que era culpa minha. Tava na correria, trabalho... eu estudava também, não dava muito tempo para ajudar ele... só que daí o segundo ano que ele fez a segunda série foi bem, passou. Ele também sentia muita dor de cabeça. Ai eu até pensei em trocar ele de escola, mas eu conhecia a escola faz tempo... eu até tentei mas não achei vaga. Aí se você for lá com um caso desse aí é que não tem vaga mesmo. É que andou acontecendo umas coisas assim...na escola...

Que coisas?

Assim... tinha uma coordenadora muito brava com as crianças... eu achava que ela não ia com a cara dele... Um dia minha mãe foi buscar ele e viu essa coordenadora segurando ele no braço e deu um tapa no rosto dele. Foi o ano passado, mas a vó dele viu.

Nossa! E o que vocês fizeram? Isso é sério...

Ah, a gente até pensou em levar pra frente... mas a diretora foi lá em casa, acho que tava com medo... falar com a gente pra acalmar. Depois ficamos sabendo que tinha acontecido com outras crianças... as outras pessoas tiravam as crianças da escola. Mas agora ela saiu da escola.

Ah... E o que você acha dessa situação que vem acontecendo na escola?

Eu acho muito errado assim... sabe, minha filha tem 22 anos, é casada já e desde quando ela estudava lá, naquela época é a mesma diretora. Não sei acho que tem que mudar o método, evoluir...eles falam tanto que é a cidade educação... mas eu acho que tem que renovar.

Certo. E aqui no CAPSi, como foi o tratamento?

Ta sendo bom sim, muito bom pra ele.

O que ele fez aqui?

Fez eletro... e faz as consultas com a neuro.

Ele toma algum remédio?

Ritalina. No começo a dosagem era menos. Agora aumentou um pouco.

E você acha que o tratamento está ajudando?

Acho que sim. Ele melhorou, não está mais inquieto, o caderno ta bonito, ta caprichando, fazendo as tarefas. Todo mês eu vou lá conversar, a Dr^a pede... ele deu uma boa melhorada no comportamento, não faz mais malvadeza com os colegas...

Malvadeza?

Ele amarrava uma cordinha entre as carteiras para derrubar as meninas, quebrou o trinco da porta...essas coisas.

O trinco não fui eu, eu já falei... (respondeu o menino para a mãe, que estava ao seu lado)

Mas quem mandou ser arteiro... aí sobra pra você.

M., muito obrigada pela sua participação.

2) ATENDIMENTO NO CAPSI (DADOS DO PRONTUÁRIO)

Entrada no CAPSi: mês de novembro

Queixa: problemas na escola: desinteressado pelos estudos com piora no ano de 2008 (a partir de agosto). Mãe não vê motivos para este comportamento. Agressivo, sem limites, desobediente, hiperativo.

Conduta: avaliação neurológica

1ª consulta

Data: nov 2008

Conduta: Investigação da queixa e solicitações de exames: Eletroencefalograma.

2ª consulta

Data: nov 2008.

Resultado do exame: normal. CID: F90.0 Possibilidade do uso de Ritalina a partir de 2009. Solicitação de um novo eletro.

3ª consulta

Data: jan. 2009.

Resultado do exame normal. Conduta: Ritalina ½ comprimido 2x ao dia.

4ª consulta

Data: mar. 2009.

Criança: teve reclamação da escola (professora): desatento. Não gosta do período integral. Estava bem no mês de fevereiro. Mantida Ritalina ½ comp. 2x ao dia.

5ª consulta

Data: abr. 2009.

Criança: com reclamações da escola: desatento, dificuldades para terminar as tarefas. Ficou feriado terminando os cadernos. Conduta: Ritalina 1 comprimido 2x ao dia.

6ª consulta

Data: mai. 2009.

Criança: sem queixas da escola. Comportamento melhor, cadernos OK. Conduta mantida.

3) RELATÓRIO ESCOLAR

Fornecido em novembro de 2008

Criança sociável, as outras crianças gostam dele, porém briga muito e agride os colegas quando as coisas não saem como ele quer. Não faz as tarefas, cria brinquedos no horário da aula como barquinhos de papel gigantes, perucas coloridas. Não tem limites e atrai a atenção para ele, traz materiais diferentes do material escolar para “ser a atração”.

É muito responsável em assuntos extra classe, fora de conteúdo escolar como dar um recado, um auxílio, em organizar algum assunto que lhe interesse, mas quando se trata de conteúdo escolar não tem responsabilidade alguma, não entrega bilhete aos pais, não cumpre ordens.

Come o lanche durante as aulas, é inquieto, não se concentra, não para, anda, pula, gira, e se parar, dorme.

Compreende tudo o que ouve, o difícil é faze-lo ouvir. Eu o avalio como um menino inteligente, bem preparado, com bagagem de vivencia, só os conteúdos escolares que estão a desejar.

No coletivo com a turma não consigo controla-lo. Ultimamente está agredindo outras crianças e gosta de destruir coisas como quebrar carteira até o trinco da porta ele estragou.

É um menino bom de lidar. Individualmente é muito prestativo. No recreio quase sempre tem reclamação. Gosta de fazer “arte” como quebrar caneca, cortar fila e sempre arruma confusão. Enfim, ele não aprende porque se recusa a aprender.

4) ENTREVISTA COM A COORDENADORA DA ESCOLA

Por que a criança foi encaminhada para o CAPSi?

O aluno apresentava muitos problemas na escola, como agressividade, conduta inadequada em sala de aula, brincadeiras impróprias e desordem.

Qual foi a participação da escola no encaminhamento da criança?

A escola chamou a família por diversas vezes para tentarmos encontrar soluções e assim ajudar o aluno que... que não estava apresentando nenhum avanço. Então, a escola indicou o CAPSi onde encontrariam profissionais capacitados para orientações. E os pais, percebendo as limitações para agir com o filho resolveram procurar o auxílio no CAPSi.

A escola tinha conhecimento acerca do que era e como funcionava o CAPSi? E porque considerou o local mais indicado para o encaminhamento da criança?

Tivemos conhecimento do CAPSi por meio da Psicóloga M. A. C. e indicamos esse local para a família do aluno para que fosse feita uma avaliação profissional qualificada.

Antes de indicar alguma forma de tratamento no CAPSi ou em outro lugar, quais foram as medidas adotadas pela escola a fim de ajudar a criança nos problemas apresentados?

O aluno freqüentou, é... o reforço escolar, também teve constante atendimento individual prioritário na sala de aula pela professora regente, diálogo da equipe pedagógica com a família. E, então, quando nos deparamos com nossos limites profissionais a família decidiu ir até o CAPSi.

De que forma a escola compreende os problemas apresentados pela criança na escola?

O que ocorria era que ele não conseguia concentrar-se. Com isso não produzia e acabava diminuindo o rendimento escolar da sala toda, o tumulto contagiava e ele chamava atenção de todos. E como as intervenções pedagógicas não estavam sendo suficientes, vimos que seria necessário uma intervenção especializada.

O que motivou a escola a indicar uma forma de intervenção “fora da escola” no intuito de ajudar a criança?

Ah, o aluno vinha apresentando muita dificuldade na aprendizagem, tanto é que foi reprovado. E, além disso, além de não aprender e não se dedicar aos estudos, ainda atrapalhava os demais colegas de sala de aula. Acreditamos que o aluno tem potencial desde que tenha toda a ajuda necessária. E enquanto escola, também precisamos de apoio porque temos nossas restrições.

Além do tratamento realizado no CAPSi, a criança conta atualmente com alguma outra forma de apoio?

Sim, o aluno está sendo acompanhado pela psicóloga L.Y., psicóloga do município, uma vez por semana e também freqüenta reforço escolar periódico.

Qual a avaliação que a escola faz da criança hoje, após alguns meses de tratamento no CAPSi?

Neste ano de 2009 estamos vendo alguns progressos. Ele está mais tranquilo, é... está demonstrando um certo interesse, já não tem tanta rebeldia e brigas com os colegas como no ano passado.

Certo...

A escola considera o tratamento realizado no CAPSi suficiente para alcançar melhoras no desempenho escolar da criança?

Quando profissionais atuam com afinco em sua área, bons resultados com toda certeza ocorrerá seja a curto, médio ou longo prazo. Já podemos observar melhoras no comportamento do aluno. Não é o almejado, porém são pequenos passos significativos.

Que outras alternativas podem auxiliar nesse processo?

A escola, na área pedagógica, tem feito tudo que está ao seu alcance. O tratamento médico profissional deve continuar. E, não podemos esquecer a família, que é fundamental nesse processo e também deve ser acompanhada e receber informações esclarecedoras.

E., acho que podemos encerrar. Agradeço a participação de vocês.

CASO 6

Nome da Criança: A. F.

Nº do prontuário: 342

Nome da entrevistada (mãe): A.

Idade atual da criança: 7

Série atual: 2ª

1) ENTREVISTA COM A FAMÍLIA (MÃE)

A, seu filho já faz tratamento no CAPSi há algum tempo, é isso?

Isso, desde o ano passado.

E por quê? O que motivou você a procurar tratamento no CAPSi?

Ele reprovou a primeira série. Só que daí eles me falaram que pela idade ele não podia ficar na primeira junto com os pequenininhos e ele já dominava os conteúdos... então eles disse pra ele fazer uma prova pra ir para segunda série. Ele fez a prova e ta na segunda agora.

Mas se ele já dominava o conteúdo porque ele quase foi reprovado?

É que ele não fazia nada, as tarefas, não copiava...

Ah.

É que sabe, tudo isso que o A. tem, esses problemas, é muito por causa da professora do ano passado. Olha o que eles fizeram... a professora filmou ele na sala de aula pra mostrar como era o comportamento dele.

O que? E porque fizeram isso?

Ele começou a agredir as crianças. Eles me chamavam eu lá e tudo pra conversar. Só que daí resolveram filmar ele para eu ver.

Sem autorização?

É, sem nada. Me chamaram um dia e me mostraram a filmagem no computador. Ele tampava a câmera... andava, andava e tampava a câmera e ele falava “eu não quero que me filma” e tampava a câmera. Daí uma funcionária da escola, olha era uma funcionária!! Me chamou e falou porque eu não tirava meu filho da escola porque quando acontecia alguma coisa eles chamavam ele, conversavam, daí a professora fechava a porta segurava ele junto com outros alunos e pedia pras crianças que ele tinha agredido baterem nele. Teve um dia também que ele esqueceu... acho que era a agenda... Então a irmã dele foi levar para ele, quando chegou lá disse que ele tava para fora da sala, no pátio fazendo a tarefa. Aí eu fui até lá pra saber o que tava acontecendo, mas não deixaram eu entrar, o portão tava fechado. Então eu chamei a patrulha escolar. Eles entraram e falaram “não, realmente ele estava para fora”. A professora falou que não queria ele lá dentro da sala de aula. A patrulha conversou, falou

sobre os direitos dele e que era para ele estar dentro da sala junto com os outros. Não sei se eles fazem algum B.O, alguma coisa, senão pode ir atrás pra você ver.

Ele continua na mesma escola?

É continua. Quando acabou o ano eu fui matricular ele em outra, mas falaram que não tinha vaga. Eram duas escolas aqui perto, mas... Ah, aí esse ano trocou alguns professores, a diretora. A questão dele não fazer a tarefa mesmo, que ele não fazia o ano passado, agora ele ta fazendo. Aí esse ano eles falaram que eu não posso mais trocar, então...

Por que não?

Por causa da prova que ele fez pra ir para a segunda série. Eu queria tirar ele dali porque é tanta pressão... Outro dia disse que a tia do parque dava cada grito horrível com ele ali... Mas não sei, porque com o remédio ele é bem calmo...

E antes de começar o tratamento no CAPSi, como ele era?

Ah, em casa ele era calmo. Na creche também. Ele ia desde os 8 meses na creche e quando ele foi para a escola ele não aceitava. Começou a ficar bem confuso, porque aí ele tinha que fazer tarefa, escrever. Muda de sala, de professora, aí acho que vai bagunçando a cabeça da pessoa.

Então quando ele começou a ir para a escola você acha que o comportamento dele mudou?

É.

Como foi o encaminhamento dele ao CAPSi?

Foi a psicóloga da escola que encaminhou, por causa da agressividade dele. Ó, olha o boletim dele (*todas as notas acima de 8,0, exceto matemática*). Esse 0,0 em matemática é porque ele disse que não queria fazer a prova e não fez.

Esse boletim é deste ano...

É. Mas assim, a única reclamação era que ele não queria fazer a tarefa, mas ele ia muito bem na leitura, em tudo. O ano passado e agora também. O problema foi mais por causa da agressividade.

E antes de encaminhar ele para lá, o que a escola fez para tentar ajudar a resolver o problema?

Nenhuma. Ele só conversava com a psicóloga 1 vez por semana. Ou elas me chamavam pra ir lá, ou mandavam ele para casa.

Pra casa?

É. Elas mandavam ele para casa. Às vezes eu chegava ele tava aqui, aí eu falava “porque você tá aqui??” Ah, mas eu liguei para o núcleo. Eles falaram que não, que o lugar dele é na escola. Nossa! Eu liguei umas 5 vezes lá.

E no CAPSi, como foi o atendimento?

Ele faz com a Neuro e com a Dr^a I. (psiquiatra). A neuro pediu o eletro e Raio-X do rosto. O eletro não deu nada, aí ela deu remédio pra sinusite. Ele já ta bom. Ah, ela passou oculista também. Deu alergia ocular. Com a Dr^a I. ele fez as consultas, toma o remédio...

Qual remédio?

Ai..., agora não consigo lembrar. Quer que eu pegue pra ver?

Não. Pode deixar, eu tenho anotado no prontuário.

E depois que ele começou o atendimento no CAPSi, você acha que mudou alguma coisa?

Ah, ele melhorou 100%. Esse ano ele ta ótimo. A professora dele também é muito boa.

Ele continua fazendo atendimento com a psicóloga?

Continua.

Esse ano ele já teve algum tipo de problema na escola?

Esse ano... é, teve um pai e mãe reclamando porque o A. estava batendo em uma menina. A Jandira (coordenadora) não quis chamar as crianças pra saber o que tinha acontecido. Ficou como se ele fosse culpado. Mas ele falou que ela tinha agredido ele também. Ai, eu não sei o que acontece porque dia de semana que eu vou ali só tem eu, eu não vejo mais nenhuma mãe ali, só eu. E não é só o meu filho que apronta. Enquanto eu to ali eu vejo um monte de criança fazendo cada coisa e eles não fazem nada. Nossa, até pro meu marido começaram a ligar, ele fica tão nervoso...

E porque você acha que eles só tomam alguma providência quando é o A.?

Não sei se é marcação... As agressões do A. não é assim, forte... é um arranhão, um tapa. Não é que eu to defendendo ele. Eu até dou castigo e tudo quando ele faz o que não é pra fazer. Teve um dia que ele veio chorando, mas chorando mesmo sabe? falando: “mãe, você não vai mais acreditar em mim”, chorando. Ele já foi machucado por uma professora ali. A professora da parte da tarde. Ele chegou com um monte de marcas no braço. Ela encravou as unhas no braço dele, tava todo machucado. Ninguém tomou providencia. Diz que ele levantou da carteira e ela pegou no braço dele para sentar ele no lugar, mas acho que não era para tanto. Agora ela não está mais lá. Nem a outra, da filmagem.

Na escola ele tem algumas outras atividades, karatê...

Tem, karatê, aula de flauta, desenho, futebol. É período integral, tem bastante atividades assim.

E como é comportamento dele nestas outras atividades?

Ah, acho que ele é agitado mesmo... só que não tem reclamação. Nestas atividades não.

Se não fosse pela indicação da escola, você teria levado o seu filho para fazer tratamento no CAPSi?

Não, porque eu nem sabia que tinha CAPSi até então.

A escola te informou o que era o CAPSi antes de encaminhá-lo para lá?

Não.

E além, do CAPSi, ele tem mais alguma forma de acompanhamento na escola ou em outro local?

Só a psicóloga mesmo. Ah, e a Dr^a I. pediu para levar ele no pediatra para fazer uns exames por causa da medicação, pra ver se tá tudo bem. A professora dele fala que dá pra perceber certinho quando passa o efeito do remédio, ele larga o lápis assim, na hora e fica agitado.

Você quer falar mais alguma coisa?

Ah, a questão do A. era isso mesmo. Este ano ele já tem um relatório grande assim, das coisas que ele faz, elas anotam lá. Pode passar lá pra elas te mostrar.

A. era isso. Muito Obrigada pela participação.

2) DADOS DO PRONTUÁRIO

Encaminhado pela Saúde do Escolar dia 21/10/08

Queixa: criança muito agitada, com déficit de atenção e dificuldade de aprendizagem. Teste intelectual classificação abaixo da medida. Sono agitado e agressivo.

Entrada no CAPSi: 23/10/08 – triagem.

12/11/08 – 1^a consulta com neuropediatra

Investigação da queixa

17/11/08 – 1^a consulta com psiquiatra

Investigação da queixa e história de vida da criança.

Hipótese diagnóstica: F32.1 (episódio depressivo) ou F90.0 (Déficit de Atenção)

Conduta: Imipramina – 25mg ½ cp a noite.

17/11/08 – atendimento social à mãe: verificação sobre o fato da criança não estar indo à escola.

19/11/08 – contato com o Conselho Tutelar.

24/11/08 – contato com conselheira tutelar, motivo: o pai compareceu ao CAPSi porque a escola estava exigindo um atestado para justificar o afastamento da criança da escola para tratamento, a escola mandaria tarefas para casa.

25/11/08 – mãe entra em contato dizendo que ao levar o filho à escola a professora disse que não queria criança na escola, teve que chamar a polícia. Coordenadora falou que vai reunir pais das crianças que ele agrediu para testemunhar contra ele. Quando a mãe falou que criança está em tratamento, diretora disse que a criança não tinha nada e que precisava de uma boa surra.

25/11/08 – contato com o Conselho tutelar para investigar ao caso.

16/12/08 – 2ª consulta com psiquiatra

Criança: paciente mais calmo, terminaram as aulas. Foi reprovado. Continuará na mesma escola por falta de vagas em outras. Mãe diz que o problema era a “professora” que vai mudar o próximo ano.

13/01/09 – 3ª consulta com psiquiatra

Mãe refere que agora ele também está agressivo em casa, briguento, desobediente, agitado. Comendo muito e acorda as vezes chorando.

Hipótese Diagnóstica: F90.0

Conduta: Ritalina 10mg, 1-1-0

09/02/09 – 2ª consulta com neuropediatria

Iniciou as aulas hoje. Repetiu.

Oftalmo constatou “alergia ocular”

08/03/09 – 4ª consulta com psiquiatra

Excelente na escola.

Conduta mantida.

17/03/09 – 5ª consulta com psiquiatra

Paciente melhorou bastante. Porém, há alguns dias sem medicação e novamente mais agitado.

CID F90.0

08/04/09 – 3ª consulta com neuropediatria

Paciente bem.

Conduta mantida

14/04/09 – 6ª consulta com psiquiatra

Paciente bem.

F90.0
Conduta Mantida

20/05/09 – 4ª consulta com neuropediatra

Terminou a medicação há três dias. Escola chamou a mãe – hipercinesia
Conduta: ritalina

15/06/09 – 7ª consulta com psiquiatra

Paciente inquieto e agitado quando passa efeito da medicação (menos de 4 horas!!!)

F90.0
Conduta: ritalina 10mg, 7 – 10 – 13horas

3) RELATÓRIO ESCOLAR

27 de agosto de 2008

O aluno é desatento, desinteressado, não cuida do material, não faz a tarefa de sala de aula, é briguento, gosta de provocar os amigos, não obedece as normas da escola.

Durante os intervalos não tem bom relacionamento com os colegas, suas brincadeiras são de maneira agressiva. Sempre afronta a professora alegando que ela não manda nele, tumultua a aula, atrapalhando as demais crianças nos estudos.

O aluno participa das aulas de reforço, porém, se mostra bastante desinteressado.

Coloca, o tempo todo a blusa na cabeça simulando cabelo comprido.

Já, por diversas vezes, recebemos a visita de pais, reclamando das atitudes do A. com seus filhos.

A minha maior preocupação é na parte pedagógica, que não está tendo progresso, poderia estar melhor se houvesse interesse do aluno.

A mãe não comparece nas reuniões de pais para entrega de boletins, por isso não sabe sobre o desempenho escolar e disciplinar do filho.

24 de outubro de 2008

Nos últimos meses o aluno tem se mostrado mais agressivo com os colegas, tanto em sala quanto durante os intervalos. Agride seus colegas tanto verbalmente quanto fisicamente.

Nos primeiros contatos com a família houve parceria com a escola, porém agora a família se mostra a favor do filho nas suas atitudes não apoiando mais o grupo docente da escola.

4) REGISTRO DE OCORRÊNCIA

28/08/08

Estivemos em visita na casa do aluno A. F. D. F. para falarmos sobre a vida escolar do aluno pelo fato do mesmo estar batendo nos colegas, não obedece as professoras, não faz as tarefas escolares e no dia de hoje agrediu sua coleguinha de sala Letícia.

Segundo A., bateu nela porque ela apertou o braço dele e ontem enfiou o dedo na boca do colega Alexandre, vindo a sangrar tendo que colocar gelo.

Após cientizar a família do comportamento do aluno e não resolver o problema resolvemos encaminhar o caso ao Conselho Tutelar para procedimentos cabíveis.

A irmã do aluno D. está solicitando que encaminhe ao setor de psicologia.

28/08/08

Os pais do aluno A. compareceram aqui para tratar do caso do filho de não estar se comportando de forma correta e não faz suas atividades escolares.

Foi apresentado para os pais o relatório da vida escolar do aluno, as atividades feitas pelo aluno todas sem responder. Foi colocada aos pais toda vida escolar do aluno e dando sugestões para os pais, tirando o brinquedo que ele gosta por um período e outras coisas, como brincar com coleguinhas até o aluno se conscientizar que precisa de fazer suas obrigações de aluno.

Os pais falaram que, quando estudou no prezinho estava sendo acompanhado pela psicóloga e neste ano ela interrompeu o tratamento dizendo que não tinha necessidade de continuar.

A diretora falou para os pais que vai falar com a psicóloga para fazer um acompanhamento psicológico para que o aluno melhore tanto no comportamento como nas atividades.

18/09/08

O aluno A. está assinando advertência por ter dado um tapa no rosto de sua colega C.. Segundo A. bateu na colega quando estava escovando os dentes porque ela o chamou de bobo e correu do banheiro. Segundo C. A. bateu nela sem nenhum motivo.

08/10/08

O aluno A. está assinando advertência por ter batido no rosto da sua colega Sabrina. Segundo Sabrina não tinha feito nada para A. e mesmo assim ele bateu nela, foi quando ela também revidou dando-lhe no rosto porque já está cansada de apanhar de A. Segundo A., a S. falou que ele não estava mais na dança aí a S. começou a cutucar ele com a unha, aí ele bateu no rosto dela, então ela bateu nele também.

13/10/08

O aluno está assinando advertência por ter mordido o braço do colega de sala J. F. Segundo J. emprestou sua motinha para V. e A. pegou sem pedir então quando ele foi pegar de volta, A. mordeu o braço dele. Segundo A. pegou o carrinho para ver e J. F. pegou dele segurando sua mão. C. entrou no meio da conversa então A. disse que mordeu o braço de J. F.

14/10/08

O aluno A. está assinando advertência por ter trancado a porta da sala de aula após a aula de balé a tarde e jogou pela janela. Foi presenciado por duas colegas de sala e bateu, também a tarde em três colegas de sala, deixando marcas no braço de uma delas e quando a professora chama sua atenção, o aluno diz que sua mãe falou que virá na escola dar uns tapas

nela. O aluno nega tudo o que faz e fala, sempre se justificando de tudo. Sempre é vítima dos colegas e professores. Mente com muita frequência, além de inventar acontecimentos sempre a seu favor.

21/10/08

O aluno A. está assinando advertência por ter batido no braço da professora Angelina durante a aula no período da manhã. Segundo o aluno bateu porque ele já sabia fazer a atividade e a professora ia ensinar-lhe novamente. Segundo a professora Angelina o aluno estava atrapalhando seu colega quando ela foi leva-lo na carteira dele para fazer suas atividades, então A. faltou-lhe com o respeito batendo com força em seu braço. Vários pais já vieram reclamar das agressões de A. com seus filhos e não adianta falar com ele, pois não respeita nem as normas da escola, nem colegas e professores. A estagiária que estava na sala é testemunha do fato.

21/10/08

Lista de assinatura dos pais de alunos da turma do A. solicitando das autoridades competentes que mudem de escola o aluno A. Total de assinaturas: 15

27/10/08

Os alunos A., João e C. estão assinando advertência por terem brigado durante o recreio da manhã. Segundo C. estavam brincando quando se desentendeu com J. e A. porque ele chamou ela de chorona e acabou dando um tapa no rosto de J. Segundo A. estavam brincando quando C. bateu em João e ele chamou ela de chorona. Segundo J. estavam brincando quando A. falou no ouvido da C. pra bater nele.

Segundo a professora Angelina A. pegou a caixa de catchup que estava na mesa que as zeladoras estavam usando. Ele colocou na bolsa dele. Segundo ele pegou para jogar fora depois.

29/10/08

A mãe do A. compareceu a escola para atender nosso telefonema do mesmo dia porque o aluno estava muito alterado. Agrediu com tapas, chutes e puxões de cabelo de colegas de sala. Pedimos para a mãe vir buscar o aluno para falar com ele sobre o seu descontrole sem motivos aparentes. A mãe disse que irá ficar com o filho em casa até o dia da consulta num especialista na tentativa de descobrir as causas do descontrole emocional do filho.

29/10/08

O pai do aluno A. comparece na escola por conta própria para saber o que está acontecendo com seu filho, pois no dia anterior sua esposa foi chamada por reclamação. O pai disse que não sabe o que fazer com o filho pois em casa o comportamento dele é totalmente diferente. Ele não é protegido por ninguém, quando é preciso ele apanha do pai de fio.

Segundo a coordenadora ele não respeita mais ninguém na escola e vive batendo nos amigos sem motivo. Quando os alunos querem brincar com ele ele bate. Os pais já estão

reclamando e não querem que os filhos brinquem mais com ele. O aluno A. afronta a todos, bate boca e não faz as tarefas.

A. disse que a professora mandou bater nele e segundo os alunos ele estava chutando a professora e os alunos tentaram segurar ele para não bater na professora. O aluno A. chegou em casa e contou uma outra versão ao pai. O pai pediu para mudar de sala por 1 mês como experiência, mas segundo a diretora não é a sala de aula, é o comportamento dele tanto dentro quanto fora da sala. O pai compreendeu, conversou com o filho pedindo que estude e faça toda sua tarefa pois em casa vai ver o caderno e conversar com ele.

18/11/08

Estivemos em visita na casa do aluno A. para falarmos sobre o comportamento do aluno. A. está agressivo, bate na professora, nos colegas, tanto em sala como nos intervalos. Não respeita as normas da escola e não faz as atividades escolares. Segundo a mãe o aluno está com depressão. Foi feito todo tipo de exame com neuropediatra e psiquiatra e oculista. O aluno vai ficar afastado da escola enquanto estiver em tratamento. A mãe se comprometeu a apresentar para a escola o atestado do médico. Foi comunicado o conselho tutelar.

OBS: A escola pediu para a família de A. que durante o tratamento busque as atividades para ele fazer em casa e traga o aluno para fazer as avaliações na escola durante o tratamento médico. Ajudar o aluno a fazer as atividades em casa.

24/10/08 Encaminhamento do Conselho Tutelar aplicando medida de proteção ao caso de A. por considerar que o mesmo se encontra com seus direitos violados. Medidas: acompanhamento de frequência e aproveitamento escolar e encaminhamento para atendimento na instituição (CAPSi).

5. ENTREVISTA COM A ORIENTADORA PEDAGÓGICA DA ESCOLA

Como foi o encaminhamento do A. ao CAPSi, qual a participação da escola nesse processo?

É, nós antes de fazermos qualquer encaminhamento pra técnicos, nós entramos em contato com a família pra conhecer a realidade da família, e estarmos nos interagindo de todos os fatores possíveis, que podem estar ocasionando aquela dificuldade de aprendizagem, tanto comportamental como na parte acadêmica, enfim, todos os fatores possíveis familiarmente falando.

No caso, como é essa interatividade com a família?

Nós solicitamos a presença da família na escola, ou é, visita domiciliar, depende da necessidade dos acontecimentos. Após ter conhecimento da realidade familiar, vários contatos com a família, a família colocar todos os prós e contras, a gente faz uma sondagem desde a gravidez, tempo de interrupção do uso de fraldas, tempo que andou, falou, todos esses fatores do desenvolvimento da infância. Depois desse conhecimento familiar, nós vamos pra parte acadêmica, da dificuldade em sala de aula, temos vários encontros com os professores, os professores colocam todas as técnicas usadas variadas, em sala de aula, é, nós conversamos com a criança por diversas vezes pra que ela solte ali, algumas coisas dele que as vezes ela não tem liberdade de falar com a mãe, nós as vezes como orientadoras, tentamos ganhar

primeiro a confiança da criança, passamos um amor, a criança se sente amada, conseqüentemente, adquire confiança na gente e aí começa a se soltar. Aí vamos averiguando, quando vamos detectando que a criança não retém a aprendizagem, são fatores primordiais, não retém aprendizagem, o pouco que ela tenha aprendido ocasionalmente em sala de aula por ocasião da explicação do professor e no dia seguinte a criança já se esqueceu daquela, daquele conteúdo, é... aprendido, adquirido, é um fator condição fundamental para que tenha um possível déficit de atenção.

Então é o professor que acompanha isso, passa conteúdo num dia e vai acompanhando, se ele perceber que ela não acompanhou...

Sondagem e observação constante. Mesmo na aprendizagem paralelo ao ensino, nós temos o professor de recurso, de reforço, então aquela criança tem aquela aula normal, regular, e depois ele passa pra aula de reforço pra poder estar assimilando aquilo que ele não conseguiu de repente durante a explicação da aula no horário regula. Mediante todo esse trabalho diversificado, técnicas diversificadas, conversas constantes com a família, pedir ajuda para a família, e não obtemos êxito, de repente aí num determinado tempo a gente não sente o progresso dessa criança, aí sim chega o encaminhamento ao Saúde do Escolar, ao setor escolar. Esse aluno é encaminhado ao setor de psicologia pra que exatamente a psicóloga com a psicopedagoga fazem a análise e então sim a partir da análise que ela vai fazer ela solicita da escola a ficha psicoeducacional preenchida ou não pela escola. Nós encaminhamos relatório da parte acadêmica, comportamental, emocional, de repente até um bipolar, quem sabe né? A gente vai auxiliando paralelamente a psicóloga. Nós fazemos na escola também uma sondagem de vista, pra... apresentou qualquer dificuldade, no ponto 09 ou 1.0 na visão, a gente solicita presença da família que vai estar encaminhando pra o especialista. Bem como dentista, todos os técnicos, psicopedagogos, neuropediatra a gente encaminha, de repente é... pra todos os técnicos é... importantes que possam estar ajudando na... se juntando à escola com o objetivo daquela criança se apropriar. Nós temos não só o caso do A., nós temos outros casos aqui na escola, que um menino apresentou um déficit de aprendizagem acentuado, comportamental, totalmente irregular, foi pro neuropediatra e o menino era portador da síndrome de Gunsborn. Ela é bem delicada...porque futuramente essa criança poderá ser alcoólatra, porque? Essa síndrome futuramente, causa um tremor, que vai causar um constrangimento nessa criança, e o álcool vai abrandar esse tremor, o que que acontece, pra ele se sentir bem ele vai começar a ingerir bebida alcoólica e vai sentir tranquilidade, não necessariamente, mas há essa possibilidade dele se tornar um alcoólatra. E tem a possibilidade também de futuramente, surgir tumores na cabeça. Hoje graças a Deus, com a ajuda dos técnicos especialistas e o acentuado apoio da família, hoje esse menino está na segunda série perfeitamente bem, e ele tem uma vida quase normal. A questão do A., nós já buscamos a informações da família onde diria que há é... nós notamos que uma certa, possível desestruturação familiar, acho que talvez não tenha sido trabalhada a questão da família na época certa, talvez, uma ausência de afeto, de repente até uma superproteção por ele ser o único menino da casa antes, depois ele teve um irmãozinho gerando um possível ciúme, a atenção era toda voltada pro A., depois surgiu o irmãozinho, e gera uma certa polemica na vida emocional do menino. Ele não apresenta limites algum, ele foi encaminhado ao psicólogo que está fazendo avaliação psicoeducacional dele e a... esse menino será encaminhado pra sala de recurso, classe especial ou permanece no regular para reforço paralelo.

Ele tem dificuldade de aprendizagem...

De atenção. Déficit de atenção, não de aprendizagem. Na aprendizagem ele atende satisfatoriamente bem. Mas de atenção ele tem um déficit muito grande. Ele tem um sistema nervoso dele é bastante alterado, ele não tem limite inclusive ele agride, ele tem um estado emocional bem comprometido.

E essas agressões são motivadas por alguma coisa...

Por qualquer razão. Aí esse menino foi encaminhado para uma psiquiatra, foi constatado pela psiquiatra que ele estava passando por uma fase depressiva acentuada. As razões não chegaram até nós. Então a psiquiatra aviou ritalina, a dose foi pequena, ultimamente ela aumentou, causando até sonolência de repente no menino, dizem que é próprio da medicação no começo, e nós estamos trabalhando. Esse menino ficou retido na primeira série, retido, nós montamos o processo de reclassificação e ele o departamento de desenvolvimento humano veio a avaliação que ele estava apto a frequentar o segundo ano atual, não é.

Ele está na segunda série agora?

Segundo ano.

Qual a diferença?

Nós temos o ensino de 9 anos agora, com a incorporação da pré-escola, muito em breve a primeira série já foi extinta, muito em breve, a segunda série também será, vindo o 1 ano, 2 ano 3 ano 4 ano, e 5 ano. É assim que nós vamos trabalhar.

Vocês já estão trabalhando dessa forma...

Sim. E o trabalho de orientação eu diria que o grupo é importantíssimo, a união entre coordenadora pedagógica, orientadora, e diretora, por quê? A união desse tripé é fundamental estar continuamente junto ao professor, pesquisando constantemente, as inovações, os autores que pesquisam bastante, é o que nós fazemos constantemente aqui na escola pra estar ajudando o professor nesse trabalho de dificuldade de aprendizagem.

E aqui vocês não têm muito o rodízio de profissionais?

A equipe é bem permanente. Nós temos professores todos concursados aqui né? Temos alguns estagiários, mas são poucos, principalmente no regular são professores efetivos, graças a Deus assim, é um grupo que tiramos o chapéu, eles tem capacitação constante. O departamento de desenvolvimento humano, coordenado pelo professor Cláudio, a preocupação deles é constante a capacitação do profissional da educação em prol do aumento na qualidade do ensino, esta é a nossa meta. Nos não estamos nos preocupamos assim... as vezes a gente nem considera muito o IDEB, a gente se preocupa constantemente em oferecer qualidade de ensino, preparando o cidadão do futuro, responsável e conhecedor não só do conteúdo, das matérias curriculares mas da formação de um cidadão de bem, empreendedor.

E como vocês tem essa preocupação, quando começam a surgir as primeiras dificuldades de uma criança, seja na aprendizagem, seja no comportamento, quais são as primeiras medidas tomadas pela escola?

É, só ratificando ele é voltado constantemente para a inclusão do aluno, inclusão é... mostrando a valorização as valorizações tanto do corpo, mente e alma, sempre. Valorização da família, buscamos os informes da família, buscamos imediatamente, ele apresenta dificuldade a gente já chama a família é imediato pra estarmos buscando informações para melhor trabalhar com essa criança, como conduzir o problema apresentado pela criança, para que possamos estar solucionando da melhor maneira possível em busca de técnicos, conhecedoras de outros casos de repente até semelhantes para que a gente possa estar ajudando a criança a ter sucesso na aprendizagem.

Como você vê os problemas de aprendizagem, quais os fatores relacionados a eles?

Nós temos... são vários fatores. Nós temos a desestruturação familiar, emocional, nós temos o.. o patológico, vários são os fatores. Nós temos é... de repente, não vamos os profissionais da educação nos excluirmos desses fatores, muitas vezes nós precisamos diversificar as estratégias, sabe? O professor a meu ver como orientadora ele deve ser um professor camaleão, ele deve... se eu vou seguir por este caminho não está dando certo, eu tenho que pesquisar constantemente, buscando técnicas para estar trabalhando com a criança que apresentou aquele déficit. De repente por este caminho um aluno foi bem, resolveu o problema, mas de repente um outro aluno meu, porque eu não trabalho só com um, não foi, não surtiu efeito, é momento de eu voltar pra pesquisa, buscar novas técnicas, ter humildade pra estar buscando com os colegas quais experiências eles aplicaram com seu coleguinha que deram resultado pra que eu possa também estar aplicando na minha turma quando apresentaram algum problema. Então sempre em grupo, nós não temos por hábito trabalharmos sozinhos, sempre em grupo, toda a vida em grupo, a nossa meta principal é a qualidade do ensino pra que a nossa criança cresça um cidadão de bem, que conheça as causas para que ele possa ser uma pessoa adulta questionadora dos problemas, debater os problemas, porque eu só posso, questionar uma causa a partir do momento que eu a conhecer, caso contrário eu não vou poder questionar, esse é o nosso objetivo, não é só o babá.

E assim, vocês trabalham com tantas crianças, como vocês diferenciam um caso que merece um atendimento especializado “fora da escola” de outros que a própria escola tem condições de resolver?

Exatamente. Primeiro, o professor passa pra nós. A criança chega nova na escola, nós vamos pegar uma transferência recebida, nós notamos imediatamente se a criança tem alguma dificuldade, o professor nota, ele passa pra coordenação e orientação pedagógica. E o que a gente vai fazer imediatamente? É aquilo que eu já disse anteriormente, busca a família, conhece a realidade, essa família se apresenta para a escola, para o corpo docente, a gente faz todas as perguntas para a família pra nos ajudar, é o primeiro caminho andado. Aí nós vamos falar com a criança, muitas vezes a gente se abaixa pra ficar do mesmo nível de altura e porte físico da nossa criança para que ela se sinta mais a vontade, aí a gente vai perguntando para a criança oralmente, sondagens por escrito, coloca pra criança dinamizar jogos, pra ver a noção de lateralidade, de números e numerais, enfim a gente vai sondando. Depois de vários dias de sondagem é que a gente filtrando, este precisa de uma psicóloga, já com aqueles testes, exames prévios que a gente faz na escola, de toda forma até auditivo e tudo mais, vê com a família quais os exames que a família já levou por conta própria a especialistas traz também pra enriquecer as informações aos técnicos quando a gente encaminha e a gente vai selecionando, este precisa de fono, este de avaliação psicológica, há aqueles casos que encaminha para o setor de psicologia apenas para acompanhamento porque é quando é a parte emocional que está afetada e não a aprendizagem, e nós temos aquele outro caso que é quando

tem a parte emocional juntada com o déficit de atenção então este vai pra psicoeducacional, nós vemos sempre tomando os máximos dos máximos cuidados, pra ser trabalhados todas as técnicas diversificadas da escola, todos os recursos por parte da escola, quando se esgotaram aí é que a gente pede socorro lá fora.

E no caso do A., quando vocês começaram a perceber as primeiras dificuldades, quando começaram a se dedicar ao caso dele?

O A. desde da pré escola, porque ele é do tempo da pré-escola ainda, ele apresentava uma situação emocional interessante.

A pré-escola, no caso, funcionava aqui na escola mesmo?

Também, antigamente. Porque a pré-escola funcionava como contrato de três anos, ela não fazia parte do contexto do fundamental, mas agora sim. Então o A., desde o primeiro ano de contato escolar com ele, ele já apresentava uma condição emocional interessante, mas não era tão acentuada assim. Com o tempo a coisa foi se agravando assim. Nós temos informações que outros componentes da família apresentam problemas comportamentais, estão no Ginásio, é, a família é muito presente, nós chamamos eles estão aqui, nós montamos um processo todo pra regulamentar dentro de todos os tramites legais e ele está sendo acompanhado por psicólogos, psiquiatras, todos os técnicos ele já passou. E ele foi reclassificado para o 2º ano, ele tem aulas no regular, ta tendo aulas no reforço e ta tendo o último exame dele agora a ultima avaliação dele vai ser agora deia 26 com a psicopedagoga, que vai fazer avaliação pedagógica nele, pra ver se ele é um aluno apto a freqüentar a sala de recurso, a sala especial ou sala regular com reforço paralelo. Isso não quer dizer que o acompanhamento da psiquiatra e do psicólogo irá cessar. Ele terá uma assistência continuada para freqüentar seja qual for o sistema de ensino.

E do ano passado para este ano, no caso do A., vocês observaram alguma melhora?

Após os encaminhamentos aos técnicos, e o nosso trabalho junto ao professor, no início do ano ele apresentou uma melhora boa sabe? Agora nos deixou muito feliz, nós agradecemos em primeiro lugar a Deus, e a equipe unida que nós trabalhamos numa equipe muito unida e o A. apresentou uma melhora muito boa, vindo a cair há dois meses atrás. Então ele oscila muito, a Ritalina veio a auxiliá-lo na acomodação da atenção, então ele com a ritalina, enquanto ele estiver fazendo efeito, a atenção dele está presa ali na, no processo ensino aprendizagem com sucesso. É notada a diferença da Ritalina 10, 20, minutos após o efeito ele muda a expressão do rosto.

E quanto tempo dura o efeito da ritalina após a ingestão, você sabe?

Varia de organismo pra organismo. No caso do A., estava tendo validade de apenas 2 horas. Aí a mãe levou de volta a psiquiatra, ela aumentou a dose, e nós estamos no aguardo do resultado porque ta muito recente ainda. E a psicopedagoga eu já te falei vai fazer a avaliação conclusiva do caso A., ele vai, onde é que ele vai... a devolutiva é que vai dizer onde é que ele vai ficar.

E do ano passado pra cá teve mudança de professora...

Nós mudamos sim. Houve uma mudança de professor para professor, a principio houve uma aceitação muito grande, não colocando em hipótese alguma a capacidade dos profissionais, na cabecinha do nosso aluno parece-me que ele se enquadrou melhor com esta nova professora. Então é o que, no início ele melhorou bastante, ficamos muito felizes, mas veio a se agravar novamente.

Mais na questão comportamental ou de atenção...

Também. As duas coisas. Ele oscila muito, então o que nivela ele são aquelas duas horas exatas que dura o efeito da ritalina, então prende atenção no ensino aprendizagem, ele é um menino maravilhoso, se apegou muito a mim como orientadora, teve dia dele querer ir junto comigo, um dia que eu estava saindo de carro porque ele não queria ficar longe de mim, sabe? Então é segundo a psiquiatra ele se apegou em mim não se sabe porque ele se sentiu seguro por alguma razão do meu lado, são fatores a gente foge um pouquinho a explicação, mas que uma técnica como você que é da psicologia saberia responder bem melhor do que eu.

Com você ele não tinha problemas então, você mencionou que ele era agressivo, então era só com os coleguinhas ou com os funcionários também...

As duas coisas. Ele é uma criança de um comportamento bastante interessante.

E quando vocês chamavam os pais para falar como era o A. aqui na escola, qual a reação deles?

No inicio a família, inclusive tenho isso lavrado e assinado em ata, eles diziam que o A., em casa tinha um comportamento normal, e que talvez o problema estivesse na escola. E nós até com humildade, pedíamos ajuda para a família, vamos ver como podemos, como vamos trabalhar, pra que ele tenha sucesso que é o nosso objetivo. E eles não sabiam dizer, tinham suas limitações, e depois houve vezes que a culpa estava na escola e não no filho.

E porque eles alegavam isso?

Porque eles alegavam que o menino em casa se comportava com tranqüilidade. Depois, em seguida a mãe alegou que não, que em casa também ele estava se alterando, foi quando nós buscamos a ajuda dos técnicos, inclusive do psiquiatra. Pra estar nos ajudando a ajudar o A.. Toda a vida eu peço, mãe, papai, me ajudem a ajudar seu filho, esse é o nosso objetivo. Então nós trabalhamos com amor a nossa criança porque ela precisa ser amada, ela tem que sentir que ela é amada, os nossos conteúdos, tem que ser conteúdos a meu ver, tem ser conteúdos que venham de encontro as necessidades do preparo do nosso cidadão, porque a criança vai aprender muito mais no momento em que ele conhecer o assunto que seja da realidade dela, a necessidade da matemática por exemplo, porque que ele vai usar. Ao meu ver as crianças não tem sabem o porque estão estudando, porque elas estão aprendendo, se apropriando, e que a escola seja um ambiente o mais favorável possível para que a criança esteja na escola mais por prazer do que por obrigação, esse é o nosso objetivo.

E só pra eu compreender melhor, no relatório do A. consta uma lista com assinaturas de pais solicitando a saída dele da escola, como foi esta história?

Veja bem, veja bem porque a escola é um lugar aberto pra comunidade, então, nós damos liberdade argumentos para a comunidade escolar, os pais tem o direito sagrado, pra elogiar, como para aquilo que está incomodando. Então nós eu já disse, nós trabalhamos em equipe e

não apenas equipe pedagógica, de professores, equipe de comunidade. Os pais tem direito de colocar aquilo que está incomodando. E o que estava acontecendo, o A., se tornou agressivo com frequência por nada batia em coleguinhas, os pais viam seus filhos chegarem com hematomas em casa. Por mais que a gente cuidasse, chamasse o A. pra conversar, atendimento individual com ele, era um minuto que a gente soltasse ele, ele agredia por nada. Então alguns pais foram se incomodando com aquilo, aí eles tem a liberdade de pedir, agora se a lei amparava atender ou não o pedido dos pais ou não é outra... só que no relatório nós temos que ser autênticas.

Você quer acrescentar alguma coisa? Sobre o caso dele, ou sobre outras coisas em geral?

Veja bem, nós temos uma dificuldade atualmente na sociedade de hoje. Antigamente nós tínhamos o respaldo completo da criança, hoje, a figura da mãe está ausente, porque, a mãe teve que optar ou eu ajudo no orçamento familiar para que o meu filho tenha o provento e vou lá fora pro comércio e o meu filho fica desguarnecido, ou eu fico com o meu filho auxiliando ele em casa e as vezes faltando coisas necessárias para a sobrevivência né? Esse é um dos fatores que pode causar problemas. Outro fator é a desestruturação familiar, fator, primordial, importante ao meu ver e além desses fatores tem “n”fatores que influenciam na aprendizagem, o hereditário, é emocionai, enfim, e nós enquanto orientador pedagógico, professor, temos que buscar lentamente buscando ajuda do técnico e da família nos unindo, pra buscar as causas se não for possível resolve-las, pelo menos fazer com que nossa criança tenha amor na escola, seja uma escola acolhedora, procurar aprender a conviver com aquela situação pra que ele melhore a qualidade de ensino aprendizagem da escola, esse é o nosso objetivo.

Muito obrigada, agradeço sua participação.

Apêndice D: Entrevistas com psicóloga e fonoaudióloga da Saúde do Escolar e com farmacêutica da Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana

ENTREVISTA COM PSICÓLOGA DA SAÚDE DO ESCOLAR

Bom, podemos começar falando sobre o que é o programa Saúde do Escolar, como é seu funcionamento.

A saúde do escolar é um programa que está ligado à Secretaria de desenvolvimento humano, Secretaria da Educação do município. Daí a gente presta serviço, tem profissionais é, psicólogo, fono, nós somos em 4 psicólogos, 2 fonos e temos 2 pedagogas... e, especificamente o trabalho do psicólogo é.. nos somos meio divididos. É assim, nós fazemos um acompanhamento, uma terapia com os alunos que apresentam problemas de comportamento e também eu e a outra psicóloga que é a M. A. H. que recebemos um treinamento para estarmos avaliando. Então nós fazemos avaliação junto com a pedagoga, então quando a criança é encaminhada pra gente através de fichas.

Esses casos são encaminhados pela escola?

É. Esses são casos de dificuldade de aprendizagem. Porque são dois trabalhos diferentes. A gente faz psicoterapia e avaliação psicoeducacional. Então é... eu to mais atuando nessa área. Esse trabalho a escola encaminha uma ficha, ali descrevendo as dificuldades da criança tem bastante perguntas ali sobre a criança na parte social, na parte de linguagem, na parte de... acadêmica também e... daí essa ficha é encaminhada aqui pra saúde, e aí por ordem de chegada vai atendendo, vai auxiliando. E essa avaliação eu faço minha parte, a pedagoga faz a dela, daí a gente faz um laudo, daí a gente devolve pra escola. Tem vários encaminhamentos, tem a classe especial, é uma alternativa, tem a APAE, as vezes a gente encaminha, tem a sala de recursos, se não o apoio na própria escola, isso já na devolutiva a gente explica se precisar conversar com a família, a gente traz a família explica direitinho o que a criança vai freqüentar pra estar vencendo as dificuldades dela, a gente pode encaminhar pra especialista, pra neuro, pra oftalmo, fono... todos esses encaminhamentos né... porque nessa avaliação a gente já percebe a parte auditiva, visual, motora, também, tudo isso a gente analisa depois faz o encaminhamento né? A parte de psicoterapia a gente atende a criança, também vemos na ficha qual a queixa da escola, daí a gente faz essa terapia, esse acompanhamento com a criança...

Individual?

Individual. Mas sempre assim, a gente ta sempre assim em contato com a professora, diretora, equipe técnica da escola passando orientação ou acompanhando, vendo se melhorou, sempre ta. Esse assim, a gente vai atendendo, a gente vai na escola toda semana, o acompanhamento é semanal.

Você falou que você e outra psicóloga fizeram um treinamento pra avaliar...

É. Foi pelo Estado, o núcleo que oferece. Eu fui em Faxinal do Céu. Foi em duas etapas, uma teórica e uma prática. A prática seria com o pessoal do núcleo que a gente tinha que montar os relatórios e o pessoal do núcleo que dava supervisão pra gente. Mas assim, depois dessa vez eu estou sempre é... tive muitas reciclagens, mas sempre a gente ta em contato com o pessoal do núcleo, porque agora já entra também aquela política da inclusão, e gente ta envolvida nessa política, que é aqueles casos de dificuldade de aprendizagem né? Se elas vão pra classe especial, se elas vão pra DM...

Como funciona pra ir pra uma classe especial, por exemplo?

O nível né? A gente classifica de acordo com o nível. Então se uma criança tem deficiência mental ela vai pra classe especial, e em alguns casos até pra APAE.

Então é quando a criança possui uma deficiência mental?

É. Mas as vezes ela tem uma deficiência mental leve, aí ela é encaminhada para uma sala de recursos. O apoio ela pode até ter uma deficiência leve, mas se sabe né? A criança de acordo com o trabalho que vem sendo desenvolvido, com a deficiência mental leve as vezes ela vence, consegue ser alfabetizada, é assim, assimilar o conteúdo na cabeça, daí a criança só precisa de um apoio mas ela sempre vai ser uma criança mais lenta em todo o tempo que ela passar pela escola.

Como é o processo de avaliação dessas crianças?

A minha parte é com a família, converso, faço a anamnese e depois eu aplico testes. Aplico um teste na área intelectual, na visomotora, tem teste de... pra ver a situação emocional da criança, desenhos, são alguns que a gente aplica. Mas tem muito a observação da criança, a parte de dificuldades, de introversão, extroversão da criança, iniciativa...

E na escola, vocês observam ela na escola?

Sim, observamos. Não é sempre, mas em alguns casos sim, dentro da sala de aula, se... na hora do recreio, conversa muito com os professores. São muitos dados, dados do professor, da orientação, da observação, da família. Então são muitos dados, daí a gente junta tudo no relatório. E daí a gente discute e vê o que é melhor pra criança, se encaminhamentos pra especialistas, enfim.

Quais os principais problemas que chegam até vocês, que vocês identificam.

A demanda é muito grande. Até a gente ta fazendo um trabalho diferenciado porque a maioria dos casos se houvesse uma intervenção é... bem é vamos dizer... se a professora lá, do primeiro, segundo ano porque agora o ensino é de 9 anos, fizesse um trabalho bom com a criança, tentasse atingi-la, porque se sabe, cada uma tem sua maneira específica de aprender, uma é mais visual, uma é mais auditiva, mais cinestésica, então, se elas usassem métodos que abrangessem todas essas crianças na maneira de aprender, quem sabe não resultaria em tantos problemas de aprendizagem no futuro. Que a gente quando avalia percebe que é um problema metodológico da professora, então... O que você perguntou?

Quais os principais problemas que chegam até vocês...

É... então. Muitos problemas são esses. Estamos tentando montar um trabalho com os professores pra estar capacitando mesmo né? Porque as vezes é falta de capacitação, mas chegam pra gente muitas crianças que já tem comprometimento no seu desenvolvimento, entendeu? Ela tem atraso pra andar, atraso na fala. Isso daí que vai comprometer... as vezes já teve algum problema de saúde, na hora do parto. Então já tem muitas crianças que tem o problema. Eu falo assim, tem crianças problemas e tem crianças que estão com problemas, então, ela está com problemas devido ao meio que não estimulou, e a criança que tem o

problema ela já carrega o problema, ela vai passar pela vida escolar mas vai carregar esse problema. Então você tem que usar com ela um atendimento individual, específico, e é tanto na metodologia na aula e também pra avaliar vai ter que ser uma maneira... que a gente fala que é uma criança que tem uma dificuldade...Tem também as crianças com dificuldade visual, dificuldade auditiva, que agente volta e meia a gente tem que lidar.

Como vocês fazem para diferenciar, nos casos de problemas de aprendizagem ou indisciplina, quando se trata de um transtorno e quando pode ser uma defasagem no processo educativo dessa criança, como você falou que as vezes acontece?

Não. A gente sabe que a maioria que chega pra gente são todos de falta de limite. Então os casos de hiperatividade mesmo a gente percebe quando está atendendo, quando a criança não se concentra. Então vem muitos casos pra gente de hiperatividade, já diagnosticado, mas quando chega pra gente a gente trabalha com jogos, atividades que a gente avalia a criança, o que acontece, a criança concentra, se sai bem em tudo, então a gente percebe que não é um caso de hiperatividade. A gente vê que são muito raros os casos de hiperatividade mesmo. A maioria dos casos é de falta de limites mesmo.

E quando chega um caso pra vocês como hiperatividade e vocês avaliam que não é, qual é o procedimento?

Daí a gente passa orientação né, pra...quando não é caso de hiperatividade você fala?

Isso.

Daí, é mais orientação. Mas tem alguns casos que a gente até encaminha. Quando a gente vê que tem muitos problemas envolvidos, a família, quando é um caso muito complicado, muitos problemas de estrutura familiar, a gente encaminha para o profissional ta fazendo tratamento medicamentoso.

No caso da dislexia, tem muitos casos, como é?

Agora até que tem. Mas a gente só levanta a suspeita, quem orienta nessa parte é a fonoaudióloga, orienta a professora como trabalhar, daí a gente passa pra fonoaudióloga se tiver problema também de PAC, de identificação do estímulo auditivo que existe até o exame, assim, ela fala com ela e ela não compreende o que você fala, daí a gente levanta a suspeita, tanto eu quanto a pedagoga percebemos isso na criança e aqui em Apucarana tem o centro de atendimento na APAE porque eles fazem o exame específico para ver se a criança tem dificuldades da decodificação do estímulo, né? Então daí, a gente também passa pela fono porque ela é que tem que avaliar e encaminhar pra lá.

Você poderia falar alguma coisa sobre o que é dislexia?

A gente percebe a dificuldade da criança na leitura e na escrita.

Envolveria mais estas questões?

Isso. A gente né, levanta a suspeita. Mas no final o que vai ter que acontecer é o pedagógico. A dislexia é o pedagógico que vai ter que ser trabalhado com a criança. A fono orienta, mas é mais também essa parte de...de... é o pedagógico o fundamental.

E na hiperatividade, num caso que após avaliação foi identificado como transtorno mesmo, como é trabalhado este caso?

Certo. Daí a gente encaminha para um neuro, por que daí o neuro vai dar o medicamento, por que aí é um caso que não tem como fugir, o medicamento que vai ter que... a gente orienta a família, a gente fala muito sobre o tratamento que vai ter que ser feito, quanto tempo vai durar, que a criança vai ter que tomar esse medicamento, é assim, esclarece à família sobre o tratamento, sobre a especificidade do caso, e... que no caso é só com medicação mesmo. A criança dentro de uma sala de aula, no caso de uma criança hiperativa ela assim, atrapalha todo o andamento de uma sala, então aí prejudica não só ela como toda então é muito importante que a criança tenha atendimento e a gente observa o andamento, orienta a mãe de não ta deixando de dar o remédio, de não deixar vencer, pegar a receita, porque no caso de hiperatividade, a gente atende, acompanha, passa alguma orientação para professores de acordo com o que elas vão trazendo pra gente.

E em termos pedagógicos essas crianças tem algum tipo de apoio?

É porque na verdade, esses momentos de atenção dela são vamos dizer assim, rápidos. A professora vai ter que aproveitar esses momentos. Mas com o medicamento vai fazer com que ela melhore essa parte, é com o medicamento acho assim que ela vai, se ele for usado assim certinho como tem que ser, a criança pode melhorar nessa parte de atenção e daí de aprendizagem.

Vocês perceberam algum resultados em casos de crianças que fazem uso da medicação?

Conseguimos. Em casos de crianças em a família está envolvida, está fazendo tratamento e a criança tem apresentado melhora. Mas tem casos assim que a gente percebe que a família não se envolve, então a gente percebe que a criança está bem, apresentando melhoras aí a família deixa de dar o remédio, aí criança volta a ter problemas, já teve casos assim, então é complicado. Mas que há melhora há.

Quais os fatores que você considera que estejam relacionados a esta melhora da criança?

Só o medicamento. A família tem que compreender também o problema, né? E saber lidar.

Então só pra ver se eu entendi, nos casos em que há uma dificuldade de aprendizagem mas não há um transtorno, a parte pedagógica seria o fundamental. E nos casos em são constatados algum tipo de transtorno aí a medicação é que faz a diferença, seria isso ao seu ver?

Isso. No caso de transtorno o medicamento seria fundamental.

E que casos vocês costumam encaminhar ao CAPSi?

A gente já mandou casos assim que não eram casos pro CAPSi, mas hoje a gente manda casos assim que tem mesmo é problema de conduta mesmo, transtorno de conduta mesmo. Crianças assim que apresentam agressividade né, surtos assim, são problemas que a gente sabe assim...

E esses casos tem aparecido bastante também...

É numa ou outra escola tem problemas né? Tem a sala de condutas típicas, você conhece?

Não conheço muito não. Você pode falar um pouquinho?

Na verdade tem toda uma documentação pra você encaminhar essas crianças pra lá, é principalmente é o acompanhamento de profissionais é... o psiquiatra e o neuro. Então são crianças que tem o transtorno de conduta mesmo. Tem o conteúdo da parte pedagógica mesmo, mas tem uma sala separada para esses casos.

Faz tempo que existe? Vocês já observaram algum tipo de resultado?

A gente ta assim, abrimos essa sala mas no começo tanto a escola tava com dificuldades de lidar, nós aqui da saúde também. Agora está melhor, ta caminhando assim, mas precisa de muita parceria, muito apoio de profissionais, é bem complicado lidar com essa sala. Precisa de acompanhamento psicológico, de especialistas, até um teinamento específico para professores que atendem essa sala, né? Tem psicólogas que preenchem uma série de documentação pra encaminhar pra lá. Como se fosse uma avaliação do aluno que a gente faz, e daí, encaminha pra lá. São pra poucos alunos, hoje temos 4 lá. São alunos com, que tiveram dificuldades de socialização, são agressivos, muito difícil de lidar nessa parte social.

Os casos de TDAH, também são encaminhados pro CAPSi?

Também são. Os de hiperatividade e dislexia porque nós precisamos do profissional junto com a gente pra fechar o diagnóstico, colaborando com o seu conhecimento pra gente fechar o diagnóstico. E depois tratar, orientando como lidar com o aluno.

E no caso da classe especial, que casos da sala especial são encaminhados ao CAPSi?

É, eu acho que daí é quando o aluno está apresentando problemas de comportamento porque é lá na sala, o pedagógico é trabalhado então é mais quando a criança apresenta muito distúrbio de comportamento mesmo, principalmente agitação, porque daí a criança não consegue prestar atenção, não consegue desenvolver essa parte.

Vou perguntar agora de alguns casos específicos que passaram pelo Saúde Do Escolar, O Júlio, por exemplo, como ele foi encaminhado para o CAPSi?

O João, quando ele veio pra mim é que ele não queria ir pra escola tinha problema com o período integral, era isso que a família colocava, né? Ele não queria ficar, ia embora na hora do almoço, dava muito trabalho pra mãe.

Ele estava em que série?

Ai, são tantas crianças...Acho que ele está na 2 ou 3ª série este ano. Então eu até agora comecei a atender ele, mas parece que agora ele está bem, ta tomando medicamento. Mas ele está, no momento ele está com problemas de aprendizagem, não está conseguindo acompanhar a turma como deveria. Então agora... ele está porque assim, eu atendo um certo numero de alunos por escola então ele estava numa fila. Porque depois que eu encaminhei ele pra lá, eu continuei acompanhando assim, ah, to conversando com a diretora, ah, como é que

ta, com as professoras. Mas agora ele veio pra mim porque ele está apresentando dificuldades de aprendizagem. Daí agora eu vou acompanhar ele por um tempo vou ver se é o caso da gente fazer uma avaliação psicoeducacional, daí vou pedir pra escola né, preencher tudo pra encaminhar. Quando a gente encaminhou ele pra lá, nós conversamos com a mãe, ela pediu auxílio de um especialista, nós sugerimos o neuro né pra vê se a gente detectava algum problema, daí a gente pode ver na criança que uma dificuldade de aprendizagem pode trazer muitos problemas, o desinteresse da criança, ela pode não querer ir pra escola porque ela percebe as dificuldades dela, no fundo, no fundo a gente, né...

E no caso do desinteresse da criança é uma coisa que vem dela ou pode envolver outras questões?

Envolve, envolve também a parte de metodologia da professora ta despertando, motivando a criança. As vezes a gente usa de mudar a criança de sala e até de escola.

E funciona?

Funciona, com certeza. As vezes a gente sugere que a escola faça isso, ou até que a família troque de escola e já surtiu bons resultados.

E o caso do André, é você que atende ele?

O André... é ele vai ser avaliado a semana que vem, nos vamos começar a avaliar porque ele apresenta também dificuldade de aprendizagem e a gente sabe né, da família né, a família é desestruturada, ele tem um distúrbio né, e está com dificuldade de aprendizagem. Mas ele é um caso que quando você falou da medicação, eu tava lembrando dele porque a família estava deixando de dar a medicação, foi assim visível a mudança. Ele tomava medicamento daí a família parou, e aí a família não levou na consulta que tava marcada parece, deixou de dar o medicamento, então ele voltou a ter problemas. Ele tava até avançando mas ele voltou a ter problemas.

O ano passado ele já fazia acompanhamento?

Não, não. Ai no caso era só, é... é, eu fiz um acompanhamento, eu acompanhei mas foram poucos, eu estava atendendo outras crianças. Esse ano que eu to acompanhando mais ele. Quando eu cheguei esse ano na escola que comecei a atender ele, ele estava bem, só que daí parou de tomar, daí começou a apresentar...

Isso este ano?

Este ano. Daí nós chamamos a família e pedimos pra voltar de novo a tomar o medicamento, a procurar atendimento.

Mas as dificuldades dele começaram o ano passado?

Então a gente acaba, é aquilo que eu te falei, confundindo assim, o comportamento resulta as vezes da dificuldade de aprendizagem porque a criança se desinteressa e daí começa a conversar, a brincar daí tem o desinteresse e acaba dando os problemas.

E esse ano teve essa questão da medicação...

É esse ano ele mudou de professora também, é outro controle, a gente sempre né... ele teve uma melhora com na aprendizagem mas ele ainda precisa de um apoio.

Como é a rede educacional, são quantas escolas, quantas crianças, mais ou menos...

É tem quase 9 mil, 8 mil alunos. São 37 escolas.

E esse serviço Saúde do Escolar funciona há quanto tempo?

Ah, eu acho que são... Eu e a Maria Honorato já estamos há 11 anos, mais os anos da saúde, deve ter 17 anos já, o programa. Porque ele funcionava primeiro ali perto do Santos Dummont, mas tinha o atendimento odontológico, porque a gente tem aqui dentro da Autarquia, a gente tem outros profissionais, por exemplo oftalmo, a gente é responsável, o programa é responsável pelo agendamento das crianças. A gente tem uma cota de consultas semanal e a escola pede pra mãe ir no posto marca uma consulta, aí já pega a ficha, traz a ficha aqui e realizamos os agendamentos.

Qual era a intenção do programa, quando ele foi criado?

Era atender as crianças na parte da saúde mesmo. Na época não tinha esse atendimento odontológico assim nos postos. Hoje as crianças são atendidas nos postos mais próximos da escola. Mas antigamente a gente tinha todo um consultório montado aqui, tinha profissionais que vinham fazer palestras aqui nessa parte odontológica, e tinha os profissionais que atendiam a escola.

C., tem alguma coisa que você queira acrescentar?

Nossa, acho que eu já falei bastante.

Então eu agradeço. Obrigada pela sua participação.

ENTREVISTA COM FONOAUDIÓLOGA DA SAÚDE DO ESCOLAR

Como é o trabalho da fonoaudióloga nos casos de dislexia?

Vou falar como eu trabalho aqui na Saúde do Escolar. Quando eu comecei a trabalhar aqui há 6 anos mais ou menos, quase não tinha nenhum diagnóstico nem de dislexia, nem de TDAH. Quando havia uma suspeita era feito o encaminhamento para o neurologista, ele fazia o eletro e falava que a criança não tinha nada. Aí morria na praia, porque não da pra fazer o diagnóstico sozinha. O trabalho no começo era clínico e dentro da escola. Não havia contato com os professores. A gente sabia que não era o ideal mas era, é... a secretaria obrigava vamos dizer assim, achava que tinha que ser dentro da escola. Aí começamos a pensar num trabalho escolar, mandamos ofícios essas coisas e o trabalho escolar começou há 1 ano e meio, dois anos. Então hoje, nós capacitamos professores sobre o que é dislexia e os outros problemas de aprendizagem. Antes era só por meio de folder, mas não havia trabalho de fono nessa área, junto aos professores. Agora nessa forma de trabalho, buscamos passar para os professores metodologias diferentes para lidar com esses casos, os mais usados, que particularmente gosto muito e trabalho são os métodos da boquinha e o fônico. O diagnóstico começou a aparecer aqui na região com o Dr. C. de Arapongas, e agora tem o CAPSi.

Então hoje o diagnóstico existe...

Hoje em dia tem diagnóstico. O médico diagnostica e manda remédio. Não há remédio pra dislexia mas os médicos dão. Quando está associado ao TDAH eles prescrevem e se é só dislexia também. Em geral é problema de metodologia da escola e vai pro médico e aí o que que faz, o médico pediu, o médico assinou... O nosso papel é muito pequeno e o professor acaba abandonando essa criança porque diz que não tem apoio para lidar com elas.

E após o diagnóstico, qual é o procedimento?

Como não tem como atender clinicamente todas as crianças que vem com o diagnóstico e os professores não estão preparados para trabalhar com crianças com alguma dificuldade e ele acabam a excluindo mesmo, nosso trabalho visa mostrar para o professor que ele pode trabalhar com metodologias diferentes para lidar com essas crianças. As vezes ele considera que esse aluno é um “burrinho” que não vai pra frente mesmo. A gente mostra que não, que o nível intelectual dele o permite ser alfabetizado. Mesma coisa os casos de TDAH, como lidar com essas crianças, a gente orienta também. Nossa, muitas vezes a gente chega nas salas de aulas e são justamente essas crianças que estão sentadas nas ultimas carteiras, a gente pede para os professores colocarem elas na frente, para deixa-los sair um pouco para beber água, essas coisas. Mas claro a gente não consegue abraçar as 37 escolas, não tem uma luz pra fazer com que consigamos atingir isso de uma vez, antes eram 4, agora são só duas fono, não dá.

Além do trabalho com os professores, prestam atendimento à criança?

Depois que realizamos o diagnóstico, fazemos o trabalho clínico com algumas crianças. Mas não só com casos de dislexia também trabalhamos os diversos outros problemas fonoaudiológicos que existem.

São as escolas que indicam os casos?

Nos primeiros dias de aula é realizado uma triagem. Nos entregamos uma ficha que deve ser preenchida pela escola com dados de identificação, sobre os problemas apresentados pela criança, se há problemas de escrita tem uma outra ficha, e por aí nós já temos uma idéia daqueles casos que envolvem só problemas de linguagem oral, leitura, e quando envolvem também os de escrita.

Como vocês fazem para diferenciar os casos em que há a dislexia de casos em que o problema pode estar relacionado a uma defasagem no processo educacional dessa criança?

Na maioria é por meio de testes. Nos casos em que a professora acha que tem aí nós aplicamos o teste. O que eu costumo usar mais é o teste de consciência fonológica mas não ele sozinho. Tem outros testes básicos, observamos também o caderno, se pula muitas palavras, linhas, folhas, se ele se perde no meio da cópia, a letra. Usamos também a soletração, nos casos de dislexia fonológica eles tem dificuldade... é enfim vamos conversar com a professora, psicóloga, discutimos o caso e em alguns encaminhamos ao médico para o diagnóstico.

Quais os principais casos que chegam até vocês?

A escola está mandando muitos casos para a fono alfabetizar. Ele não consegue, eles mandam e não é o nosso papel. As vezes a gente atendia porque era assustador, vinham com erros grosseiros aí a gente via que ele conseguia... Agora a gente não faz mais isso. A gente vê que não é alfabetizado, conversamos com a professora. Vamos atender casos que envolvem dificuldades na fala, troca de letras que o disléxico tem também. E já que a saúde do escolar não está conseguindo vencer, a escola tenta jogar os problemas, mas a escola tem que trabalhar essa diversidade. Eles tem que estar sempre se reciclando. O resultado não está bom. O ensino ta ruim. Não é culpa dos professores, a grade não contempla o que o professor tem que trabalhar. É difícil atingirmos todos os casos, é um trabalho a longo prazo, o professor precisa de apoio, tem que entender que a criança tem jeito.

E o trabalho clínico desses casos como é?

O que a gente trabalha mais é a consciência fonológica, exemplo, é... a gente fala uma frase e pede pra criança dizer quantas palavras tem, separação de sílabas, percepção de som. É ensina a criança a manipular as palavras. A maioria chega alfabetizada, mal, mas alfabetizada, então é trabalhada a noção do som da palavra.

Tem também o Processamento Auditivo Central é um exame fonoaudiológico pra saber o que a criança faz com o que ela escuta. Mas em Apucarana não está sendo feito, não é viável financeiramente.

Você comentou anteriormente sobre dislexia fonológica, existem outros tipos?

Tem. Tem vários tipos. Dislexia visual, enxirga as letras trocadas, a auditiva... mas os médicos dificilmente sabem. 80% dos casos são de dislexia fonológica, quando há falha na consciência fonológica. O diagnóstico é novo, antes era difícil você ver algum caso com esse diagnóstico. Hoje ele está bem especificado, detalhado e cada uma delas é trabalhada de uma forma diferente. A fonológica é mais fácil de se ver, a visual, não. As vezes ela pode vir

associada a um quadro de TDAH e aí há uma distração da criança. Então agente trabalha não só as trocas de letras mas a atenção, organização do caderno, entra um pouco no pedagógico.

Você quer acrescentar alguma coisa? Explorar algo que as vezes eu não perguntei...

É... era isso mesmo. O medo maior é se o profissional de 1 a 4ª série não sabem lidar com esses casos, imagine quando elas vão para o Estado, os professores não vão saber lidar, como não vai haver exclusão? Tem que ser trabalhado com todos os professores, tem que haver continuidade, mas a gente pode no máximo, passar algumas dicas para eles.

Muito obrigada pela participação.

ENTREVISTA COM FARMACÊUTICA DA AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE APUCARANA

R., te convidei para falarmos sobre alguns medicamentos. Podemos começar pela Ritalina?

Tudo bem.

Para que serve a Ritalina?

Ela... é um medicamento que se prescreve para a hiperatividade. Mas também para o aumento da concentração da criança, nos casos de crianças hiperativas, que não prestam atenção na aula, ficam correndo pra lá e pra cá, é indicado pra isso. Apesar de que cada caso é um caso, mas o básico é pra isso. A indicação é mesmo pra ajudar a criança a se concentrar, na sala de aula principalmente naquilo que o professor está explicando.

Existe alguma exceção? Ela pode ser indicada em algum outro caso?

Sim. Agora não sei te explicar direito, mas em alguns casos ela também é indicada para adultos. Ela é um estimulante do sistema nervoso central, então, pra aumentar a concentração... pra é o básico dele. E ele pode ser usado em adultos também, mas é utilizado pra isso.

E por exemplo, se ele for prescrito para um outro caso, num caso de um erro no diagnóstico da hiperatividade, o que acontece?

Então ele tem uns efeitos colaterais assim bem... visíveis né? Porque ele é um estimulante do SNC, então as vezes a criança não é hiperativa, as vezes a criança não tem aquilo, foi diagnosticado errado, ela pode ter problemas mesmo de convulsão, de potencializar o efeito colateral porque ela não precisava daquele medicamento, então a gente já vê casos até de dar algum problema mesmo de dar alguma convulsão, então o que vê aqui a ritalina deve ser usada com muita cautela em pacientes com epilepsia exatamente porque a pessoa já tem um quadro de convulsão e a ritalina potencializa isso por isso se pede para um especialista prescrever porque um clínico geral as vezes não percebe isso.

No caso o neurologista...

É.

Então, por exemplo, o médico receitou a ritalina, mas não fez o efeito esperado. O que pode significar isto?

Que o problema da criança não era esse né, que ela não tinha a hiperatividade ou déficit de atenção. A falta de concentração dela não era por esse motivo, de repente ela tinha um outro problema neurológico, para ser tratado com outro medicamento, daí tem vários problemas neurológicos que podem acontecer e que não é o caso da ritalina. O médico tem avaliar qual o medicamento. Então se não tiver fazendo efeito pode ter que ajustar a dose, ou realmente o problema não é este e o médico tem que tentar dar o remédio correto.

E a dose, como ela é definida?

Depende. Depende do caso. O básico, o normal no geral, seria de 1 comprimido de 10mg ao dia. Mas aqui tem casos de pessoas que chegam a tomar até 5 por dia. É raro mas tem. Varia muito de 1 comprimido a 3. Aí vai depender do caso da criança.

Ele é fornecido pelo SUS?

Não. Não é. Aqui nós temos pacientes cadastrados, que não tem condições, eles fazem um cadastro com assistente social aí é fornecido pra ele. Ele não faz parte da farmácia básica, não é distribuído no balcão.

Quanto tempo dura o efeito?

No organismo?

É.

Depende da dose. Que tem paciente que toma mais. De acordo com resposta clínica do paciente. Lá no seu caso é mais criança né?

Isso.

Ó, então fala que inicialmente a dose é de 5 mg 2 vezes ao dia, o efeito dela... o mínimo que ela pode durar seria 12h.

No caso quando passa esse tempo do efeito do remédio, a criança volta imediatamente a apresentar os sintomas? É visível assim?

Isso daí também é um tratamento né. Então ele fica no organismo, então a criança não vai... é o efeito passa a criança não vai... ele demora até ser excretado totalmente ele demora alguns dias então não vai mudar esse efeito por isso que a gente fala o paciente não pode ficar sem tomar o medicamento mas se ele ficar um dia ele não vai notar diferença ainda.

No caso é necessário realizar exames de sangue pra verificar se o medicamento está alterando alguma coisa no organismo, alguma coisa assim?

É que no caso da Ritalina como ela tem um efeito colateral muito grande, então é aconselhável mesmo. Mas eu não parei pra ver de quanto em quanto tempo... é também tem casos de pessoas que fazem uso da ritalina sem... é claro que é necessário a prescrição médica, mas sempre alguém consegue alguma coisa... como psicoestimulante né? Mas é um erro, não pode. Eu to tentando ver aqui... deve estar em algum lugar mas realmente eu não sei te informar de quanto em quanto tempo...

E o Cintilan, para que ele serve?

O Cintilan é um medicamento usado pra memória. Exatamente ele é um protetor neuronal. Ele vai ajudar também na concentração e no estímulo da memória pra gravar aquilo que você ta aprendendo. Tanto em criança... mas assim, não ah, eu não to bem, to com a memória fraca,

vou usar... mas ele melhora aquilo que você aprende, então ele é usado pra isso. É usado pra crianças pra idosos porque normalmente em as pessoas idosas vai tendo aquele problema de degeneração normal, de memória, de cérebro... aí o médico prescreve porque aí vai melhorando.

Geralmente ele é prescrito quando é constatado alguma alteração orgânica, ou se a pessoa acha que não está alcançando um desempenho esperado na escola, por exemplo ele pode ser indicado?

Difícilmente se você chegar no médico alegando que está com dificuldade de memória, que não está assimilando bem, dificilmente ele vai entrar direto com o Cintilan, ele geralmente indica medicamentos mais suaves que seria é, gincobiloba, remédios naturais. Aí quando é um caso mais grave, não grave assim, é uma criança que realmente não assimila, ta tendo dificuldades muito sérias, ou um idoso aí não vai adiantar você entrar com coisas naturais porque demora muito pra fazer o efeito então ele prescreve já um produto químico porque o efeito é mais rápido. Nesses casos em que não é um casinho básico, você chega lá eu não t&o bem, ele não vai dar isso mas num caso mais sério ele pode entrar direto com esse medicamento.

E, você saberia informar se ele está sendo bastante utilizado, bastante prescrito?

Não. O Cintilan não, ele não tem uma prescrição muito alta não. É prescrito em casos mais específicos mesmos. Embora não é um medicamento controlado, até poderia ser mais indicado do que a Ritalina, mas os médicos não prescrevem muito.

No caso ele serve para casos de hiperatividade?

Ele não vai resolver tanto para hiperatividade, quer dizer ele não vai resolver nada. Ele só aumenta mesmo a assimilação, ele vai assimilar melhor aquilo que ele está aprendendo, mas pra hiperatividade não.

E os efeitos colaterais?

Ele é um medicamento pouco prescrito para crianças. Na verdade ele é mais utilizado pra idoso.

E no caso a dose dele para uma criança?

A dose... então você pode observar aqui... nenhum estudo formal de farmacocinética foi realizado em crianças. O Cintilan é utilizado em um número limitado de crianças. Então é bem limitado o uso dele em crianças que na verdade ele foi feito para adulto então por isso o uso limitado em crianças. Ele pode também provocar hemorragia.

Seria o principal efeito colateral?

É. Hemorragia porque ele age na agregação plaquetária. Não é o caso criança. É mais em casos de pessoas que tomam medicamento pra evitar um derrame, o Cintilan pode acarretar uma hemorragia. Ele é contra-indicado em crianças abaixo de 3 anos, e em crianças maiores também tem seu uso restrito.

Agora vamos para a Carbamazepina.

Bom a Carbamazepina é um anticonvulsivante, mas pode ter um monte de usos. Ela tem uma série de outras aplicações. No caso da criança além da convulsão... A aplicação básica dela é a epilepsia, alguns casos de transtornos bipolar e... basicamente é isso, em criança.

Lá eu vi casos, em que era retirado a ritalina e substituído pela carbamazepina. Porque?

Ah, ele é um antiepilético mas ele é um neurotrópico também. Se ele é um neurotrópico ele também vai ajudar. Porque a ritalina também é um neurotrópico. No caso de adultos ele não é utilizado pra isso, mas pra criança com certeza está ligado a esse fator. Porque a Carbamazepina é mais tolerável, tem um efeito colateral menor.

Quais seriam?

Os mesmos dos medicamentos usados no Sistema Nervoso Central. Pode dar tontura, dor de cabeça, todo medicamento que é usado para o cérebro, distúrbio gastrointestinal, náusea, vômito, alergia, mas são coisas não tão graves quanto a ritalina. Porque a ritalina pode causar é... até uma parada cardíaca, dependendo da dose. Já a CBZ não. Ele tem, uma ação parecida com a da ritalina, só que tem uma diferença, o custo. A ritalina é mais cara, de difícil acesso, a CBZ faz parte da farmácia básica, é mais fácil da pessoa ter acesso. Então de repente se o médico acha que da pra substituir é preferível a CBZ.

E a Imipramina?

A aplicação básica dele é antidepressivo. Ele é usado também em síndrome do pânico. Ele tem outras aplicações também. Pra dores crônicas não é o caso de crianças mas também é usado. Ali no caso das crianças do CAPSi acredito que ele deve ser usado também não pra acalmar, mas deixar eles menos agitados.

Ele pode ter esse efeito também...

Também. Em crianças que já apresentam problemas desde criancinhas... Ela é bem segura. Dos antidepressivos tricíclicos ela é bem segura em crianças já o que não acontece com os outros tricíclicos que não são tão indicados, a amitriptilina...

Por causa dos efeitos colaterais ou não?

Também. Na bula fala muito de efeitos colaterais em adultos, em criança não fala nada. Eu acredito que realmente pra criança embora não justifique nada aqui na bula, ela não vai ter tanto o efeito de sonolência, que normalmente o antidepressivo dá, por isso é mais indicada pelos médicos.

Esses medicamentos podem ser utilizados continuamente por quanto tempo?

De acordo com o caso de cada paciente. O tratamento mínimo é de 6 meses, mas ele varia de 6 meses a 1, 2 anos. Mas não é medicamento pra usar a vida toda porque, normalmente tem pacientes que com 6 meses já responde bem, 1 anos... aí pode diminuir mas não é um medicamento que você vai ter que tomar a vida inteira porque vai chegar um momento que você já está bem aí pode retirar, diminuindo a dose aos pouquinhos. Não são medicamentos

pra isso. Mesmo no caso dos anticonvulsivantes tem que fazer os exames neurológicos pra avaliar se precisa continuar tomando ou não. Normalmente em crianças não passa de um ano o tratamento. A ritalina inclusive até antes. Com 6 meses geralmente já se tem uma resposta boa e pode ser retirado.

E se não tiver essa resposta boa...

Aí pode retirar, tentar outro medicamento.

E caso a pessoa pare e depois volte a apresentar os sintomas ela pode voltar a tomar sem problemas?

Pode. As vezes a criança toma por 6 meses e o quadro estabiliza. As vezes voltam os sintomas e ela pode voltar, se o médico achar necessário a tomar o remédio novamente.

Tem algum risco, na hipótese de uma criança estar tomando um desses medicamentos continuamente há mais de 2 anos?

O médico tem que avaliar. Porque pode provocar algumas alterações orgânicas. Risco sempre existe. Pode provocar alterações nas células sanguíneas, pode provocar, baixa no sistema imunológico, hemorragia, então tudo tem... é eles são metabolizados no fígado, então você pode ter alteração das células hepáticas, tem que fazer exames e não podem ser tomados por muito tempo... não são medicamentos que você pode falar que pode tomar que não vai causar nada, pode causar problemas, no fígado, no rim porque é excretado pelo rim, pode... tem que realmente ser acompanhado pelo médico.

Tem mais alguma coisa que você queira acrescentar?

Ah... não. Mas se você tiver alguma dúvida a gente pode pesquisar.

Então eu agradeço as informações. Obrigada.

**Apêndice E: Quadro de constatações e roteiro de entrevista com os profissionais do
CAPSi José Pazeló**

Quadro de constatações e roteiro de entrevista com profissionais do CAPSi de Apucarana

Constatações	Hipóteses	Perguntas
Demanda escolar está sendo atendida no CAPSi principalmente por meio de medicação	Há um desconhecimento por parte da equipe do CAPSi acerca da política pública que rege o funcionamento do CAPSi.	Há quanto tempo trabalha no CAPSi? Você sabia qual era finalidade e como deveria funcionar um CAPSi?
Os profissionais do CAPSi aceitam o diagnóstico sugerido pela escola.	Por conseguinte, o planejamento interno do CAPSi de Apucarana em termos de organização e funcionamento não contempla o que é previsto nesta política.	Quais são os principais casos que buscam ajuda no serviço?
O diagnóstico assim como a decisão de medicalizar a demanda escolar que chega ao CAPSi é realizada sobretudo pelo médico		Como é o procedimento quando uma pessoa procura ajuda ou é encaminhada para o CAPSi? Como são feitas as avaliações dos casos?
A equipe, em geral, não conhece esses casos e não participa da avaliação destas crianças.	A função dos profissionais está mais ligada aos objetivos da profissão em si do que aos objetivos da instituição.	Como são os atendimentos? Como é seu trabalho no CAPSi?
O trabalho multiprofissional tal qual preconizado pelo Ministério da Saúde como um modelo de atuação dos profissionais de um CAPSi não está sendo desenvolvido.	A queixa escolar, uma vez que vem sendo atendida no CAPSi é considerada pelos profissionais deste serviço como uma demanda de CAPSi.	Qual a sua função? Em geral, quando uma criança é encaminhada pela escola sob a suspeita de ser portadora de algum transtorno mental, esta suspeita é confirmada pela equipe?
	Medicação é considerada como uma forma de ajuda à criança na medida em supõe-se que por meio dela gera-se uma aceitação e inclusão da criança por parte da escola.	Como se chega ao diagnóstico? Qual é a sua participação nesse processo? Em que casos a medicação é considerada uma alternativa para o tratamento? Quais os resultados esperados com esta intervenção?

Apêndice F: Entrevistas com os profissionais do CAPSi José Pazeló

ENTREVISTA COM A ENFERMEIRA (E COORDENADORA) DO CAPSi

Há quanto tempo você trabalha aqui no CAPSi?

Há um ano e oito meses.

E você conhecia qual era a função de um CAPSi, ou a política que fundamenta a existência deste dispositivo?

Olha, eu confesso que eu não tinha isso muito claro. Porque a experiência que eu tinha de CAPSi era diferente desse daqui, realmente eu, eu... o CAPSi que eu tinha conhecimento que eu trabalhei e por pouco tempo era um CAPS Infantil mas que atendia álcool e drogas.

E hoje o que você conhece dessa política?

O que é que eu sei como é o atendimento, que nós vimos até agora é que nos são encaminhados casos de crianças que tem transtornos ou que suspeita de transtorno mental, mas que acabam envolvendo transtorno de comportamento, principalmente transtorno de comportamento. É... e assim, a gente tem vários tipos de encaminhamentos, vários locais dos quais eles partem para chegar até aqui, então a gente tem procurado ver com mais critérios quais os casos que realmente são do CAPSi.

E pela política qual seria a função de um CAPSi?

É... na verdade, até que a gente consiga, até por ser um CAPSi novo, até que a gente consiga realmente que o nosso CAPSi tenha a cara de um CAPSi, é preciso que seja é... que a nossa equipe esteja funcionando mais redondo... porque na verdade nós não funcionamos ainda como um CAPSi deveria funcionar. Conhecendo o meio em que o nosso paciente e procurando melhorar, auxiliar a integração ou a permanência no meio em que ele vive, que ele possa não sofrer tanta é... desadaptação do meio, é escola, e até a comunidade, então acho que ainda leva um tempo pra que a gente possa fazer isso.

E a partir de quando você teve começou a se interar dessa política?

Há um ano e meio mais ou menos é que a gente vem sentindo mais que... que... a necessidade de adequar, de rever, de estudar sobre essa política. Porque é muito novo é um trabalho muito novo, então, a partir do momento em que aconteceu a reforma psiquiátrica você tira, você destitui, você desmonta um serviço e não programa esse desmonte criando uma opção para o paciente, para a comunidade. Então, vai ser gradual também que isso vai acontecer.

E quais os principais casos que chegam até aqui, que buscam atendimento aqui?

Então, principalmente transtorno de comportamento e dificuldade de aprendizagem. É o que a gente mais tem visto é, eu vejo mais como transtorno de comportamento porque na verdade, eu vejo mais como comportamento pertencente a síndrome da adolescência, né? Que os pais não sabem lidar com a criança transformando em adolescente e a escola menos ainda.

E qual é o procedimento quando uma pessoa busca ajuda aqui no CAPSi?

Então a gente tem, a gente faz uma primeira escuta para que realmente esse familiar, responsável seja... pense se o caso, procure ver se o caso é realmente pertencente aqui, um local que deveria atender somente transtorno mental grave, e depois a gente marca uma triagem que na verdade nada mais é que uma conversa com o responsável pra situa-lo, pra que ele consiga... é... ter uma escuta mesmo do problema que ele está vivenciando.

E como são feitas as avaliações dos casos?

Então, após a triagem, a gente... quando a gente... quando o funcionário que faz a triagem percebe que é um caso de dificuldade de aprendizagem e que já tenha tido uma avaliação lá na ponta, lá com a equipe da Saúde do Escolar, a gente encaminha para a neuropediatra para que ela faça. Então, nesse caso a nossa neuropediatra avalia se realmente existe uma dificuldade de aprendizagem, se há um problema orgânico, ou né, ou se é um problema psíquico, né? Isso não tira a possibilidade de encaminhar para um atendimento com a psicologia ou com um atendimento psiquiátrico quando é necessário. As vezes passa pela triagem que é com o profissional assistente social ou a enfermeira, e depois passa para a neuropediatra quando é esse caso de aprendizagem. Quando é um caso de transtorno mental, que pra gente fica visível, fica claro na triagem, a gente as vezes consegue uma avaliação com a psicóloga que é que seria, quando tem condições a gente faz isso, pede uma avaliação com a psicóloga e a partir daí passa para um atendimento psiquiátrico, quando está claro pra gente que é um problema psiquiátrico, a gente marca mesmo, pela urgência do caso, para a psiquiatra e depois a gente né, ele entra para o serviço mesmo assim.

E sobre os casos que envolvem problemas de aprendizagem ou comportamento na escola, em geral, o que você tem observado, quando eles vem da escola sob a suspeita de algum diagnóstico, esse diagnóstico é confirmado aqui no CAPSi?

É. Muitas vezes não é confirmado. O que gente observa é que muitas vezes falta um manejo melhor da criança dentro da escola. Há um despreparo do professor pra trabalhar aquela situação com a criança. A gente percebe que a escola tem essa dificuldade porque faltam profissionais e há um excesso de crianças nas salas de aula. Então para um profissional conseguir trabalhar uma criança com dificuldade, com problemas de comportamento é muito difícil porque nunca é uma criança só.

Mas estas crianças mantêm um atendimento aqui?

Muitas vezes mantêm durante um tempo, muitas vezes a gente fica com elas. Outras vezes não. Outras vezes a gente reencaminha e esse problema é resolvido na escola.

E para este público como é o atendimento aqui?

É, normalmente, quando a gente tem a dúvida de que seja um problema de comportamento nós comunicamos a escola para deixar mais claro, porque muitas vezes vem a queixa escolar, é... é... como se fosse uma música, ah, mandou para o serviço e que a gente vai absorver, mas a gente chama a escola para discutir o caso, vê o quanto que o CAPSi pode realmente ajudar no caso, e aí a gente oferece o serviço é... só isso e a escola faz a parte dela lá. Agora quando realmente tem a necessidade de intervenção da psicóloga a gente encaminha para a psicóloga nossa.

Então tem o processo de triagem, as avaliações... e o diagnóstico como são definidos?

É são discutidos os casos com os funcionários, é... isso se faz quase rotineiramente, mas sem ser formal, é... deveria ser mais formal a equipe senta para conversar, deveria ser isso, a equipe toda senta para conversar, discutir os casos e tirar um diagnóstico, né? Mas isso não ocorre. Não ocorre porque nós não temos uma equipe única que trabalha junto, nós temos duas equipes trabalhando no mesmo espaço e daí nem sempre os funcionários se encontram.

Mas mesmo sem ser formal como você disse, todos os casos são envolvidos nestas discussões?

Não. Nem todos.

E então o diagnóstico...

Fica geralmente a critério do médico.

Qual a sua participação nesse processo de diagnóstico?

É... muitas vezes os médicos nos chamam para passar o caso e discutir, isso é feito de uma maneira individual, as vezes ele chama a assistente social, ou o profissional da enfermagem, a psicóloga...

E vocês dão opinião, ela é considerada... como é essa participação?

Nós damos opinião. Porque muitas vezes o médico quando ele vem e faz o atendimento é... a mãe da criança não vê os outros seguimentos, é... por exemplo a escola as vezes entra em contato com a gente entre um atendimento e outro do médico, as UBSs e o Conselho tutelar nos procuram para falar sobre o comportamento da criança nesse meio tempo, e aí a gente vai pegar o relato do médico ou vai somar à consulta do médico esses relatos que a gente tem.

E muitos casos estão sendo medicalizados?

Sim, muitos casos são.

E no seu entender, quando a medicação deveria ser uma alternativa para o tratamento?

É... na minha opinião seria em último caso. Eu acho que muita coisa pode ser feita antes de medicalizar, eu acho assim, o que nós temos que ter em mente é que a professora falta tempo para ela lidar com isso, muitas vezes falta preparo para ela atender a criança em sua dificuldade, a mãe também é muito despreparada, né? Os adultos responsáveis pela criança estão muito despreparados, é... e aí quem sofre com isso é a criança, o adolescente, eu acho que o adulto está muito despreparado para lidar com os transtornos ou as dificuldades da criança.

Como é o seu trabalho aqui?

Olha, como eu faço o trabalho de triagem e de coordenação, eu vejo o meu trabalho é como uma coisa assim... na verdade eu acho que eu fico apagando incêndio, eu acho que eu fico muito a desejar, sabe, porque se o meu trabalho fosse mais organizado, é... melhor os critérios do meu trabalho, eu acho que funcionaria melhor. Não sei se dá pra parar e fazer isso, eu

tenho conversado com outras pessoas também durante a nossa supervisão também, eu vejo que nos outros CAPSi também não é muito diferente do nosso não, né? A gente fica mais é apagando incêndio mesmo.

Então a sua função aqui, qual seria exatamente?

É... a de coordenação. É... procuro coordenar o grupo, ver quais são as dificuldades dos profissionais, ver o que que a gente pode somar para melhorar o trabalho deles, isso.

Você poderia explicar o que você faz aqui, em quais atividades está envolvida...

Então, eu participo tanto das reuniões que acontecem, eu faço triagens, participo das reuniões que acontecem com as escolas, das reuniões com a administração da Autarquia Municipal de Saúde, as reuniões com outros seguimentos como CAPS ad, Conselho Tutelar, é... fiz já com problemas relacionados a medicação, a obtenção de medicação, transporte, tudo a gente procura se envolver, quando é um caso que necessita de internação a gente se envolve também, visitas domiciliares a gente procura ir ver o ambiente do paciente, como é que é, a moradia dele, a estrutura que ele tem realmente, eu procuro me interar com bastante com as UBSs, eu tenho um interesse muito grande de estreitar os laços com o pessoal do Saúde da Família...

Há alguma dificuldade no desenvolvimento do trabalho?

Tem muitas dificuldades e uma delas é realmente dar visibilidade ao nosso trabalho, e a definição melhor... porque o pessoal lá de fora eu acho que... que isso é uma coisa que a gente vai conquistando devagarzinho, uma visibilidade correta sobre o trabalho do CAPS Infantil, eu vejo quem trabalha muito com a gente consegue ter uma visão melhor que é o Conselho Tutelar, eles tem uma visão melhor da gente do que o próprio Saúde da Família, eles tem uma visão distorcida de nós. A escola também está se interando mais sobre o que é o nosso trabalho, eles tem dificuldade, tem, mas é mais pelo número de problemas que chegam até eles do que por falta de um entendimento do que nós somos aqui.

E você acha que da forma como está organizado o trabalho do CAPSi hoje, atende ao que é previsto pela política desse seguimento?

Não. Não atende não. Eu acho que faz parte do nosso papel de deixar claro o que que é o nosso trabalho, nós é que temos que melhorar desde o início.

Quais são as atividades desenvolvidas aqui?

É... hoje nós temos atendimento médico né? E social, nós temos oficinas, visitas domiciliares, e..., e... mais assim, mais a questão da observação, da criança dentro do nosso serviço, mas é um trabalho muito tímido ainda, essa observação poderia ser muito mais extensa.

Que tipos de atividades existem?

Então, nós temos oficinas de argila, e oficinas de pintura que é uma coisa muito tímida ainda, é mais assim, são atividades que são programadas no dia, de pintura, de desenho, é... mais a de argila é a que ficou mais tempo.

E como foram criados esses grupos?

Então, partiu mesmo do interesse e da disponibilidade do profissional da psicologia né, pra observar melhor a interação das crianças, e também diminuir um pouquinho essa ansiedade que se tem do atendimento individual, porque realmente o atendimento individual, individual vai ficando impossível pelo numero de crianças que chega até o CAPSi.

E a partir das intervenções que são realizadas aqui já foi possível observar algum tipo de resultado?

Olha, eu, sinceramente eu acho que as intervenções nossas, assim são muito pequenas... eu vejo assim, como eu faço, a minha permanência maior com o público são nas triagens, então muitas vezes a própria escuta e esclarecimento que se dá nessa escuta durante a entrevista tem feito com que os pais percebam que é um problema eles e seus filhos sabem contornar. Aí nós temos um resultado assim, de perceber o que é o nosso papel. Agora na parte terapêutica, eu vejo pouca intervenção, pouco resultado, ainda, né porque são... é um serviço muito novo.

E nos casos em que há uma alta ou alguma forma de encaminhamento, existe um controle para saber como estão estas pessoas...

Não. Encaminhamentos algumas vezes sim, mas isso eu acho que isso aí é mais uma coisa pessoal do profissional, por exemplo eu procurei algumas vezes contato e foi uma área que eu trabalhei por exemplo. Aí esses casos de alta, ou mesmo de diminuição de atendimentos em termos de intervenções a gente vai procurar saber como está a criança, como está a relação com a família, é mais pessoal mesmo.

Você poderia falar um pouco dos profissionais que atuam aqui e a função de cada um?

Bom, é... nos temos três médicas, é... uma neuropsiquiatra que é uma pessoa que tem experiência com deficiência mental, mas é uma pessoa muito aberta, vem conversar, ela tem procurado conversar muito com a gente sobre os atendimentos, quando não é caso CAPSi ela procura é interar, trocar mais informações com a gente, eu acho ela bastante maleável, uma profissional bem aberta, eu tenho duas psiquiatras, a Dr^a I, que é uma profissional um pouco mais rígida tanto na questão dos horários, é... e a Dr^a L, que tem uma experiência com CAPSi de outros locais, de outros estados e que é excelente para trabalhar com a gente porque ela não se atém somente a medicalizar e trabalhar somente com a criança, ela trabalha muito com a escola e principalmente com o responsável pela criança, com quem é referencia para a criança, né? E tenho uma assistente social que é uma profissional muito compromissada com o trabalho, séria, muito bom de trabalhar com ela, e... muito responsável, e tenho, um auxiliar administrativo que é uma pessoa muito disponível, ele procura lutar pelos pacientes CAPSi mesmo, pelas crianças que são pacientes CAPSi, uma pessoa muito educada, excelente para fazer o acolhimento, é... um auxiliar de enfermagem que é uma pessoa extremamente amorosa, comprometida, responsável, e que realmente a gente gosta demais de trabalhar com ele também, temos duas psicólogas e uma estagiária, é... eu não tenho como me queixar desses profissionais, é... são profissionais muito responsáveis que tentam, que se não tem experiência, se disponibilizam muito e um atendimento muito bom, além de serem pessoas que estão no lugar certo, na hora certa.

E o que que cada um deles faz aqui, que atividades cada um desenvolve aqui?

Olha, o médico além das consultas, eles procuram realmente se interar com os pais, com a escola e com o Conselho tutelar, a gente não tem tido ainda os médicos atuando a atenção básica, que é o que nós queremos muito, quando os médicos estiverem também atuando na atenção básica, se integrando com a pediatra da atenção básica, o trabalho vai estar mais solidificado, mais facilitado. As nossas psicólogas tem feito tanto individualizado quanto o de grupo, mas como é um trabalho muito recente, muito novo, a gente já está vendo... nós tínhamos um grupo em cada período, está havendo uma divisão, então tem dois grupos por período, com menos crianças e ficou melhor, a assistente social, ela não só faz as triagens como também vê as condições sócio-econômicas do nosso cliente, e... vê o local de moradia, vê a escola, tem um trabalho muito próximo com a justiça, com o Conselho, as UBSs e principalmente com as escolas, ela trabalha nessa assistência social. E os outros profissionais tanto da parte da enfermagem quanto da administração, o trabalho é... o da enfermagem a gente faz as visitas domiciliares quanto esse contato com as escolas e a UBSs, agora, mais atendimentos ao público.

E você teria alguma sugestão de como mudar, de como melhorar o atendimento aqui?

Olha para que, para o trabalho eu acho que o ideal é a partir do momento em que a gente for no meio em que ele vive, então, na hora em que a gente conseguir melhorar a aceitação, a integração do nosso, da nossa criança, do nosso paciente no meio em que ele vive preparar melhor a comunidade para conviver com, com, essa criança, esse adolescente, eu acho que esse é o meu ideal. A partir do momento em que ele não sofrer esse, esse desequilíbrio que ele sofre a partir de uma primeira crise, ou da constatação da doença.

E você acredita que da forma como está estruturado hoje o trabalho do CAPSi conseguiria atingir este ideal que você colocou?

Não. Nós temos que reestruturar e trabalhar melhor junto com a base, com a atenção básica, aí quando nós fizermos melhor, quando os nossos laços ficarem mais solidificados com a atenção básica, com a escola, com a comunidade, aí sim eu acredito. Então eu acho que nós temos que melhorar isso.

Tem alguma coisa que eu não perguntei e você gostaria de falar?

É... eu acho assim uma coisa que para mim pode vir a contribuir, é a parte da prevenção que eu acho que é um sonho de todo enfermeiro, principalmente de quem trabalha na saúde pública. Porque quem trabalha no hospital vai prevenir males pós-hospitalização. Quem trabalha na saúde pública tem que trabalhar ao contrário do que nós estamos fazendo né, a gente fica como atenção básica, como prevenção a gente está longe de fazer um trabalho.

Na saúde mental você se refere?

É. Na saúde mental.

Prevenção em saúde mental... você poderia explicar melhor?

Então... é como toda vez que se fala em saúde... em doença mental, não vou nem falar em saúde mental, a gente fica investigando, a ciência investiga, os profissionais investigam e não chegaram ainda a conclusão nenhuma, da onde surge a doença mental. E quando se perde a saúde mental aí se fala em crise, em planejamento familiar mais consciente, realmente

planejamento familiar, é... e aí não se faz, então eu acho que a partir do momento em que a gente conseguir... porque não se sabe a origem da doença mental, há pessoas que dizem que existe uma tendência familiar, ou a genética, associam também ao meio, então, eu acho assim, a partir do momento em que você começa a ser um pouco mais consciente, um pouco mais responsável, você evita porque nós temos muitos casos aqui, que é devido a traumas, traumas que as crianças sofrem, constantes na sua relação familiar e aí... como também tem muitos que são traumatizados dentro da escola... daí o surgimento de uma doença a partir de tanto trauma. Então a partir do momento em que se fizer um trabalho mais consciente, mais responsável você vai poder fazer uma prevenção.

Mais alguma coisa?

Não, não.

Eu agradeço a sua participação, muito obrigada.

ENTREVISTA COM ASSISTENTE SOCIAL DO CAPSi

Há quanto tempo você trabalha no CAPSi?

1 ano e 4 meses.

E você sabe como deveria funcionar, qual a finalidade do CAPSi?

Ao meu ver assim, né, seria para dar um suporte, seria para a desinstitucionalização do paciente mesmo. Invés dele ficar internado, ele vem aqui pra receber esse suporte, tanto ele quanto a família do paciente.

E desde quando você ficou conhecendo isso?

Desde o concurso. Eu estudei para o concurso, na verdade até então eu não sabia exatamente como era um CAPSi, não foi para o concurso de Apucarana, foi para um concurso que eu prestei em Mandaguari, foi agosto de 2007..

E quais são os principais casos que buscam ajuda aqui no serviço?

Na verdade eu observo que é mais um socorro para a escola. Eles são quem mais pedem socorro, são quem mais conseguem ver os problemas, sabe, tem casos que a própria família procura, mas a maioria das famílias que chegam aqui chegam sem um conhecimento do problema que ele tem em casa. Essa é uma das principais dificuldades que eu vejo, a família entender o que ta acontecendo. A família vem e não tinha noção, né, e o caso é muito mais grave do que a família pensa. Eu vejo assim, que o profissional da escola talvez tenha um pouco mais de conhecimento e tenha uma visão um pouco diferente da família.

E quais as principais queixas que vêm da escola?

Ah, infelizmente é mais comportamento, falta de limite. Mas aí a gente muitas vezes na entrevista vê que é algo mais tem um histórico familiar, tem toda uma história pra ter chegado naquele problema.

Como é procedimento quando uma pessoa busca atendimento no CAPSi?

É feito uma acolhida pela recepção pra ver se é um caso a ser investigado por nós, é marcado uma triagem onde é orientado à pessoa pra trazer toda a documentação, aí na triagem é feita a coleta de dados sobre a vida do paciente, e sobre o caso mesmo, a queixa e tudo e tal, aí após é feito um estudo de caso pra dar um... pelo menos deveria ser, pra dar prosseguimento nos atendimentos... ou psicológicos, ou psiquiátrico dependendo do caso...

Como são feitas as avaliações dos casos?

Na verdade por enquanto ainda está tudo tumultuado. Apesar de já estarmos funcionando há quase dois anos, ainda estamos em fase de implantação. Então, os estudos de caso são feitos esporadicamente, casos mais graves a gente já faz triagem e já marca o atendimento, casos graves eu digo assim, tentativa de suicídio, pacientes em crise, daí a gente já chega a marcar atendimento com a psiquiatra. Na dúvida a gente tenta deixar para estudo de caso. Na

dificuldade da equipe conseguir dar prosseguimento ao estudo de caso muitas vezes acaba que a gente agenda pra neurologista ou a psiquiatra avaliar pra poder dar atendimento, mas quanto a isso a gente é bem desorganizado ainda.

Mas então não são todos os casos que são discutidos por toda a equipe...

Não. E muitas vezes a gente acaba atendendo muitos casos que não são casos CAPSi mesmo. Que eu vejo que é uma falha assim do serviço. E são muitos casos que não deveriam estar aqui. Outros são graves e agente acaba acolhendo todos... acho que nós ainda estamos um pouco perdidos quanto a isso.

E como são os atendimentos?

Hoje nós temos duas psicólogas... Existem os atendimentos psicológicos individuais, hoje existem dois dias que tem oficinas, que são separados por idade, então tem grupos de adolescentes e de crianças. O grupo de adolescentes são trabalhos com argila, o grupo de crianças são mais trabalhos manuais, com papel, colagem, né? Eu tive a oportunidade de acompanhar alguns atendimentos nas oficinas e eu vejo que são trabalhados mais a questão do relacionamento assim...

Quais os objetivos desses grupos?

Eu acredito que seja mais socialização mesmo, algumas crianças têm essa dificuldade, tanto na escola quanto em casa, então eu vejo que isso que está sendo mais trabalhado, o convívio social, a agressividade, muitos deles são agressivos, nós tivemos pacientes que teve crise de agressividade nas oficinas... até para os outros estarem lidando com isso, então acho que é mais assim. A gente está aprendendo também com as oficinas.

E quais os outros atendimentos que tem?

Ah, tá. Daí tem o atendimento social, que é mais com a família, quando a família procura, contatos com a rede de serviços que seria mais assim, contato com as escolas, o conselho tutelar, o ministério público, as entidades, né? Tem os atendimentos psiquiátricos, nós temos duas médicas, e é mais ambulatorial mesmo. Mas hoje nós temos dois grupos de família, o de bipolar onde a psiquiatra que atende junto comigo, e tem o de TDAH, com a neurologista, a psiquiatra e eu, e é com a família pra tirar dúvidas, falar sobre a doença mesmo, pra eles entenderem mais sobre a doença e pra poder tentar ajudar essas famílias a lidar com as situações no dia-a-dia. E muitos deles não vêm... Quem é convidado para os grupos geralmente são aqueles que ou já estão com o diagnóstico fechado ou assim, tem uma tendência muito forte no diagnóstico.

E como é o seu trabalho aqui?

Meu trabalho eu sinto que as vezes fica assim a desejar, que eu vejo assim que deveria ficar mais ligada a questão assim, de transporte para os pacientes, os benefícios, e as vezes eu acabo me envolvendo com tanta coisa que isso fica um pouco de lado, é eu acho que eu fico um pouco a desejar no atendimento social. Mas eu procuro na medida do possível tá né, atendendo a todos mas eu vejo que tem que melhorar e muito ainda.

Então você encontra dificuldades no trabalho?

Tem. Tem sim, tem dificuldades financeiras, porque apesar de ser um CAPSi nós não gerenciamos esse dinheiro, não temos autonomia, então eu vejo, é uma dificuldade que eu encontro. Tem muitos pacientes que não vem devido ao transporte, essa é a maior cobrança... mas assim, contatos com a escola eu vejo que a gente poderia estar saindo mais não só eles estarem vindo, aqui pra conversar com o paciente, mas a gente estar indo lá. Esse ano eu fui lá numa escola e foi muito legal as criança vem conversar com a gente e a gente pode ver também as dificuldades deles, muitas vezes a gente cobra deles assim como eles cobram da gente, mas lá a gente indo lá, consegue entender mais as dificuldades, falta isso.

Então qual seria a sua função no CAPSi?

Eu vejo facilitar o acesso do paciente, mas também de tentar é amenizar... falando de saúde mental, não sei se seria o impacto a palavra, mas o convívio desse paciente lá na comunidade deles. Por isso que eu falo que deveria de sair também, porque lá eles tem as dificuldades deles, eu acho que deveria ter mais o contato com o CRAS, né, mas na comunidade pra facilitar esse convívio dele lá. Pra evitar um surto, uma crise, pra questão da medicação, acho que seria assim, é... o convívio mesmo do paciente. E além disso também a dificuldade financeira, que esse paciente tem de adquirir medicamento a gente fornece... Hoje a gente não tem dificuldade com telefone, mas quando eu entrei aqui eu tinha muita dificuldade, eu tinha que ir lá na Autarquia pra telefonar pra fora, O pessoal da recepção numa correria pra fazer uma ligação, hoje não tem essa barreira, hoje conseguimos fazer visita domiciliar, uma vez por semana, meio período só... então eu vejo que se fosse o dia todo seria bem melhor, meio período só para o numero de pacientes que a gente tem não dá, então vai acumulando, aí quando eu consigo fazer a visita a situação as vezes já está muito grave e assim, o serviço social acho que seria a gente trabalhar de maneira mais preventiva, de prevenção mesmo desses pacientes e eu tenho essas dificuldades.

E como você acha que isso poderia mudar, melhorar...

Eu vejo assim, que a gente tem uma falta de pessoal aqui, então acaba que a gente tem que fazer outras funções, se a gente tivesse um número maior de funcionários, né que eu vejo que hoje é a maior dificuldade para as coisas andarem, eu acho que seria... que conseguiria dividir um pouco mais, as triagens por exemplo a gente perde muito tempo pra fazer, tudo bem eu acho super importante essa coleta de dados mas acho que mais pessoas na equipe poderiam estar fazendo e daí eu ficaria com mais tempo pra fazer outras coisas, porque a gente perde tempo, porque tem que fazer a entrevista, passar tudo numa ficha, então, demora um pouco.

E no caso, quando o paciente vem passa por esse processo de triagem, como se chega ao diagnóstico?

Deveria estar acontecendo mais o estudo de caso, mas o diagnóstico mesmo que eu vejo que é feito é a doutora que faz. Exclusivamente ela. Eu não vejo assim, tipo psicólogo, ninguém chegar assim a um diagnóstico, eu não me vejo capaz sabe? Assim quando o paciente vai falando, hoje que a gente tem conhecimento de algumas situações até imagina o que pode ser, mas diagnóstico é sempre a doutora.

Então a sua participação nesse processo de diagnóstico...

É nenhuma.

E quando uma criança é encaminhada pela escola sob a suspeita de algum transtorno essa suspeita é confirmada pelos profissionais do CAPSi?

Nem sempre. Que assim, vem encaminhado pela psicóloga da escola, ou em alguns casos pela fono... aí nem sempre a doutora concorda... aí ela manda uma cartinha por escrito, geralmente eles pedem um laudo, aí ela faz por escrito, um retorno.

Então os casos em que não há discordância e que mantém um acompanhamento no CAPSi, seriam considerados uma demanda do serviço?

É tem as vezes. É . mas não que seriam casos CAPSi, eu não vejo assim, entende. O CAPSi é do município e a Saúde do escolar também, então acaba fazendo um serviço de parceiro sabe, então daí que eu acho que muitas vezes a gente acaba atendendo casos que não são nossos.

Bom, você disse que o diagnóstico dado exclusivamente pela médica, mas em que casos, pelo que você observa, a medicação torna-se uma alternativa?

Fica tudo a critério da médica mesmo. É difícil a gente questionar a palavra dela assim...

E quando esse paciente é recebido pelo serviço, quais os resultados esperados com as intervenções, o tratamento recebido no CAPSi?

Bom eu vejo assim, que o paciente com transtorno mental assim , é muito difícil a cura, né, enfim, seria assim melhorar o convívio dele, ter uma vida digamos assim, mais digna, assim, mais saudável, o convívio com a família... só que eu vejo que muitas vezes o que as famílias esperam é a cura. E há uma detecção aí. Daí a idéia do grupo também de estar preparando essas famílias. Mas eu vejo em alguns casos que acontecem alguns abandonos, que também é uma falha minha de não conseguir fazer esta busca ativa, do paciente que abandonou, eu acho que é uma função minha ir lá saber o que ta acontecendo, porque parou de ir lá, tentar trazer ele de volta, e muitos deles ficam assim é... não sei se é essa a palavra, recompensados, gratos, porque eles conseguem ter essa melhora. Tivemos dois casos recentes que tivemos que encaminhar pra Cambira, e eles não queriam, queriam continuar aqui porque foram bem acolhidos, é gratificante pra gente enquanto serviço, mas não é sempre que conseguimos esses resultados. Acho que talvez seja uma falha do serviço, ainda estamos aprendendo, uma coisa assim nova pra gente, além da falta de funcionários que a gente tem, não conseguimos fazer todas as etapas do serviço, eu mesma não consegui me organizar, tipo assim isso aqui é só meu, vou fazer isso, isso e isso. Então eu vejo que talvez seja uma falha nossa mesmo. Mas também da família que muitas vezes não consegue ver o paciente como doente mental, talvez por ele serem crianças, adolescentes, eles tem dificuldades de ver...

Há algum controle sobre os resultados os casos que recebem alta, ou são encaminhados para o CAPSi de Cambira como você citou... Existe algum tipo de acompanhamento desses casos?

Não. É feito o encaminhamento... Tem um caso que a gente ficou sabendo que estava tudo bem porque a mãe procurou o nosso serviço... mas assim sistemático, não.

Tem algo que eu não perguntei ou algum outro comentário que você queira acrescentar?

Não... assim, que é uma área que eu gosto muito de trabalhar, que tem muito por fazer, e que apesar desse desconhecimento da família, eu acho que é uma área muito importante trabalhar porque eles se sentem apoiados nas dificuldades que eles estão, eles se sentem muitas vezes excluídos assim na escola, em outros serviços e aqui eles se sentem bem. E isso faz bem pra mim também.

Era isso, muito obrigada.

ENTREVISTA COM A PSICÓLOGA DO CAPSi

Há quanto tempo você trabalha aqui no CAPSi?

7 meses.

E você conhecia o que era um CAPSi, qual a função deste serviço?

Mais ou menos, na verdade. Porque eu tinha visitado o CAPSi de Londrina, conheci mais ou menos o de lá, só que quando eu cheguei aqui percebi que era um pouco diferente, era mais ambulatorial, então, mas eu vim assim, um pouco assim, aí eu fui perguntando pro pessoal como é que era...

E hoje o que você sabe sobre a política que regulamenta o CAPSi?

Na verdade, a gente tem que atender a demanda que está escrita e que as vezes foge ao nosso alcance. Não sei se era bem essa a pergunta... é... então a gente tem que atender casos de transtorno mental graves, fazer com que eles estejam aqui, fazer um tratamento com eles aqui, estando aqui o máximo de tempo possível, dependendo do problema, né?

E a partir de quando você tomou conhecimento dessa política?

Desde quando eu entrei aqui.

Ah, desde quando você veio trabalhar aqui...

É, na verdade eu nem sabia que Apucarana tinha, eu não sabia. Aí quando eu vim pra cá eu fui procurar, daí que eu descobri e tudo mais, eu não sabia.

E desde que você chegou aqui quais os principais casos que você tem observado que buscam atendimento aqui?

Ai, eu acho que tem de tudo um pouco. É que eu não pego tanto as triagens né, eu pego mais já pronto, avaliações pra fazer, mas é... os transtornos...sei lá, eu pego muito transtorno de pânico...lógico, existe a demanda que vem da escola, de crianças hiperativas e que dizem assim, quer dizer, não tem pra onde ir e acabam vindo pra cá. São casos que a gente não deveria atender, tem bastante, eu acho que tem bastante. Mas agora eu acho que a gente está conseguindo né, conseguindo, sei lá... encaminhar, né?

E qual é procedimento quando uma pessoa busca ajuda aqui?

A gente, primeiro, lógico precisa saber se é um caso pra cá. A gente pergunta a idade, porque as vezes a gente pode encaminhar pra escola, dependendo a idade, daí se for um caso pra cá, a gente marca a triagem e faz a triagem. É a gente faz estudo de caso, é tenta fazer estudo de caso, pra ver qual o melhor caminho a tomar. Se é um caso urgente precisa de medicação, ou não, se é pra grupo ou psicoterapia individual, a família também tem trabalho pra família... A gente tem que fazer estudo de caso na verdade, não tem a gente acaba passando alguns casos pra psiquiatra, quando a psiquiatra acha que é caso de psicoterapia ela pede pra gente avaliar, ou as vezes encaminha pra assistente social pra fazer visita, quando é necessário, ou... quando

um profissional, ou a psiquiatra ou a psicóloga acha que tem alguma coisa mais social a gente pede pra fazer visita, é mais ou menos assim.

E como são feitas as avaliações dos casos?

Avaliação? Ah, é... entrevista. Entrevista. Na verdade eu faço perguntas relacionadas ao que o familiar traz, normalmente, a quantidade, a frequência, esse tipo de avaliação assim, pra ver o tamanho do problema, pra saber qual é a necessidade do caso.

Tem casos que é só você que avalia ou há a participação de outros profissionais?

Depende. As vezes... por exemplo, alguém pede pra eu avaliar e eu por exemplo acho que eu preciso conversar com mais alguém, aí eu peço, o V. eu preciso conversar, geralmente com a Dr^a I., aí ela marca, geralmente ela vai junto ela que é a responsável aqui, né?

E como são os atendimentos, que tipo de atendimentos são oferecidos?

Aqui tem atendimentos, como eu já disse, de triagem, né? Tem o atendimento domiciliar, que são as visitas com a assistente social, tem o atendimento de psicoterapia individual, que eu faço, que é o atendimento de psicoterapia, é quando eu atendo normalmente, quer dizer eu gosto de atender a família junto, tem os atendimentos em grupos, que daí é difícil atender a família que é uma quantidade maior de pacientes, aí é difícil. Aí é mais assim com eles mesmos, a gente faz atividades, a gente já tem bastante atividades...

Que tipo de atividades?

A gente faz argila, a gente mexe com EVA, agora é um grupo pequeno, então assim, as vezes alguns jogos, eu penso em alguma coisa pra confecção, porque as vezes é necessário dependendo do grupo, atividades pra repartir, colaborar, esse tipo de atividade, eu sempre penso num objetivo assim, de como eles mesmos se dão com outras crianças ou adolescentes, então nas minhas atividades eu sempre penso nisso. Ou, mas eles sempre produzem alguma coisa, no caso da argila, do E.V.A. eles mesmos dão idéias, o E.V.A. eles gostaram bastante, pegam latinha e fazem, assim...

E qual a finalidade do grupo, qual foi o objetivo quando foram criados?

Então. O objetivo das crianças assim, na realidade, é não foi um específico, na verdade era um número grande que precisavam de atendimento, é... eu propus o grupo pra eles aprenderem é... na verdade deixa eu ver se eu consigo explicar...acontecia que muitos deles não conseguiam ter um convívio social, tinham uma dificuldade muito grande, ou timidez ou agressividade, então acabou misturando esses tipos de problemas pra uma sala só, então o objetivo é que cada um tinha que lidar um com o problema do outro, que nenhum era igual, né... e mais ou menos isso, o objetivo de um acompanhamento mais freqüente, na realidade alguns tem o risco deles ficarem muito na rua, também pra eles estarem mais aqui dentro pra gente acompanhar melhor os problemas, pra aparecer os problemas aqui dentro pra gente poder ajudar, estar na hora né, que as vezes os pais vem e falam porque ele faz isso, isso e aquilo, mas aqui nunca aconteceu, a gente não sabe como é exatamente isso, o grupo também ajuda isso, se eles estão aqui todo dia, isso vai acontecer uma hora outra pra gente poder estar ajudando melhor, compreendendo melhor, é pra isso, pra gente estar mais junto com eles, com os problemas deles.

Existem quantos grupos?

7 grupos.

Como eles são divididos?

É, é dividido por idade. Tem os grupos dos mais velhos, os adolescentes, e que a gente conversa. E os de crianças, que é mais brincadeiras, muito mais lúdico, só que assim, são três grupos de adolescentes e 4 de crianças.

E tem mais alguém da equipe que participa do grupo?

A F. participa de manhã. A E. estava participando, participou alguns dias só que daí ela teve que pegar algumas outras coisas pra fazer aí ela decidiu não participar mais.

E como é o seu trabalho aqui?

Ah, é isso que eu falei...

Mas fale um pouco se você gosta ou não, se tem alguma dificuldade...

Ah, então eu vou falar um pouco das minhas dificuldades. As minhas dificuldades são porque eu não fico aqui a semana inteira e que nem eu falei, no grupo dos meninos eu tenho como falar com os pais, então eu acho que o trabalho com a criança o adolescente é essencial o trabalho com os pais, que as vezes a gente consegue trabalhar aqui nesse ambiente e lá fora tudo muda tudo é diferente, então essa é a dificuldade, então assim, eu acabo fazendo um trabalho só com as crianças, então os pais que eu queria muito eu não tenho, não dá tempo de fazer esse trabalho. Mas seria interessante, muito bom. Estamos tentando elaborar né, é uma tentativa, só que a gente... não que a gente não tenha um trabalho que não tenha resultado, mas teria mais resultado se a gente conseguisse trazer os pais aqui com a gente.

Diante de tudo isso que você já falou, qual seria sua função enquanto psicóloga deste serviço?

Ah. Minha função... na verdade no começo minha função foi de, de ser uma psicóloga infantil individual. Agora, apesar assim, de algumas dificuldades, de eu achar no começo que os grupos seriam no caso de uma outra pessoa não da psicóloga, porque né equipe terapêutica, né, não é o que a gente pensa que deveria fazer, mas o meu trabalho é assim, eu faço as oficinas com o pensamento de uma psicóloga, eu penso assim, apesar de ainda não ter ninguém que faça aquela função, eu tento com os objetivos da psicologia, da, na verdade do comportamento deles na hora, daí essa é a minha função, de tentar ajudar a colaborar com isso, ajudar eles a lidar com isso. Mais uma função que eu acredito que seja de psicóloga mesmo, não faço outro tipo de função, eu ajudo com os trabalhos manuais, não deveria talvez, mas eu acho que sim, não sei quem faria isso porque a gente nem tem artesã pra essas coisas...

E o que você tem observado quando, não sei se chega algum caso até você, mas quando vem um caso com queixa de escola com a suspeita de algum diagnóstico, essa suspeita é confirmada aqui ou não?

Então, eu, eu, particularmente eu tive, eu vou dizer... metade a metade. Alguns não, assim, não era um caso pra cá, não eram o que estavam falando o que eles achavam que era, e outros sim, tem uns meninos que eu atendo aqui que era o que eles falavam mesmo, mas eu acho que depois que a gente fez a conferencia, eu achei que melhorou bastante, eu achei assim, depois que a gente deixou esclarecido sobre a saúde do escolar, acho que ajudou bastante. Mas acho que é metade a metade.

E depois que as pessoas são acolhidas aqui, como se chega a um diagnóstico?

Boa pergunta... bom eu não sei assim como se chega porque na verdade eu nunca diagnostiquei, olha é isso, ou aquilo, é... quem diagnostica mesmo, mesmo são as médicas, elas que fazem.

E você participa de alguma forma?

Assim, quando é um caso muito grave, quando é um caso de fazer reunião, a reunião assim, vem aqui que eu preciso falar desse caso, elas escrevem no prontuário o diagnóstico, eu não escrevo, eu escrevo só os atendimentos, e... daí elas escrevem lá, transtorno tal, transtorno não sei o que, então elas deixam anotado lá, aí eu pego, observo, o que elas escreveram e o que eu estou atendendo e quando a gente acha necessário a gente conversa.

E por que você acha que isso acontece?

Ah, pelo fato medicação, pelo fato deles terem o... o... o CID né? Eu acho que por esse fato. Eu na minha faculdade, na minha pós, a gente não cita nomes, a gente não diagnostica vamos supor um nome... e aqui eu também não faço isso. Nunca ninguém me pediu também.

E em quais casos você acha que a medicação deve ser uma alternativa para o tratamento?

A medicação... eu acho que em casos mais graves, casos de... ou quando está muito excessivo assim, quando está descontrolado, eu acho que daí é necessário. Quando a pessoa consegue se controlar, principalmente criança que a medicação talvez pode viciar, não sei, eu também não sei esse tipo de coisa, isso me preocupa um pouco, não é porque a criança tava se controlando por causa da medicação, não por si própria digamos assim, mas num caso de um transtorno muito excessivo, muito compulsivo assim num momento numa fase muito excessiva aí eu acho que é momento da medicação.

E com relação ao uso da medicação entre os pacientes daqui, o que você tem observado?

Eu acho que tem muito mais que o necessário. Eu acho. Praticamente, de todos que eu atendo, um não tem medicação.

E alguma vez você teve oportunidade de questionar isso?

Eu tive, mas não me dei muito bem não. Porque talvez eu tenha uma visão diferente e não foi muito bom. Mas eu questiono sim, quando necessário. Mas as vezes como eu não sei essa parte de medicação, eu não sou médica, então eu também não posso discutir as vezes né?

E você sabe se há algum tipo de acompanhamento no uso dessas medicações? Se é solicitado algum tipo de exame de sangue ou outro para avaliar os efeitos da medicação no organismo?

Eu sei que quando passa pela neuro ela sempre pede exames neurológicos, agora, de sangue... eu acho que só quando... sabe que eu não sei... eu acho que só quando tem probabilidade de haver uso de drogas. Agora exames de rotina assim, não sei, eu não vi. Nem sabia que precisava fazer...

E em termos de resultados, o que você tem observado? Quais são os resultados do trabalho realizado no CAPSi?

Eu acho que os resultados são bons. Já teve crianças com alta, que não voltaram, né?

Era um caso grave?

Eu dei alta para um caso escolar. Eu cheguei no começo né?, e tudo mais... mas os grupos estão ajudando bastante eu acho. Não sei se pelo fato deles estarem aqui toda semana, a gente conversa, muitos falam dos próprios problemas, alguns eu acabo perguntando... alguns adolescentes vieram no horário das crianças e viram e falaram “nossa como essas crianças fazem bagunça?” então assim, eles percebem os problemas, então acho que os grupos ajudam bastante. E eu vejo resultados sim. Não vou dizer que... a quantidade, que eu não tenho idéia.

Mas e a qualidade, que tipo de resultados você percebeu?

Ah, eu acho que a qualidade do nosso trabalho, as médicas são muito boas, apesar de ter um excesso de medicação, eu acho que elas fazem o trabalho delas, a Eliane e a Vilmer também, o trabalho da assistente social quando a gente precisa é muito bom, e... eu acho que... é bom. Eu acho que precisa de mais, de mais quantidade, além da qualidade, para ter mais qualidade para aqueles que estão, dar mais oportunidade de estar aqui, porque a nossa vontade é esses pacientes estejam aqui todos os dias, é...o que eu acho que falta, mas a qualidade, pelo que a gente tem, é boa, é muito boa.

E você acha que o trabalho, da forma como está organizado aqui, ele atende ao que é preconizado pela política desse seguimento?

Mais ou menos. Pelo que é proposto precisamos de mais funcionários, eu não tenho muito tempo, não temos nenhum T.O, né educador físico que seria interessante pra criança, falta bastante coisa. O que diz o que deveria, falta muita coisa. Pelo que a gente tem é bom. É deveria estar movimentado de crianças o tempo todo, mas não dá, quem vai cuidar dessas crianças o tempo todo? Pensar o que fazer, é um trabalho que é multidisciplinar, não é um serviço que a pessoa vem aqui, conversa e vai embora, tem que estar aqui. E isso acontece por falta de recursos, acho que falta muito sim.

Você falou em equipe multidisciplinar, o que seria isso para você?

Todos os profissionais trabalhando junto. No caso do CAPSi nós temos, a gente tem até, falta um pouco sim, mas a gente tem enfermeira, assistente social, psicólogo, as psiquiatras, a neuro, toda essa equipe trabalhando junto. As vezes é... nós temos dificuldades de estarmos nos mesmos horários, de ter um horário para conversar, porque um trabalho multidisciplinar

temos que trabalhar todos juntos por uma causa. E essa é uma dificuldade, apesar disso a gente tenta, conversa um pouquinho...

E o que você sugere para melhorar isso, melhorar a qualidade do serviço?

Eu acho que...oficinas né? Eu acho que falta psicoterapia individual, eu sinto falta, é... um carro, faz muita falta, eu acho que é mais uma falta de material, agora a gente já tem um pouco mais uma falta assim, de profissionais pra poder ensinar as crianças a usar os materiais, esse tipo de coisa, mais é isso.

E, por exemplo no caso em que há uma alta, ou é encaminhado para algum outro lugar, é feito algum tipo de acompanhamento posterior?

Eu acho que não. Eu particularmente não. A gente não tem essa rede de pacientes que já foram atendidos, no máximo que eu já vi a Vilmer fazer foi pedir o prontuário, é...

Tem alguma coisa que eu não perguntei que você acha importante colocar?

Acho que não.

Então, eu agradeço a sua participação. Obrigada.

ENTREVISTA COM A PSQUIATRA DO CAPSi

Há quanto tempo você trabalha aqui?

Desde junho de 2009.

Você tinha alguma experiência anterior? Já tinha trabalhado em algum outro CAPS?

Já há alguns anos atrás. Oh, eu me formei em 1997, que eu terminei a residência em psiquiatria infantil. De 97 prá cá eu só trabalho com criança, agora que eu estou trabalhando com adulto porque aqui no Paraná não tem tanto a área infantil, né?

E quando você começou a trabalhar em CAPS você conhecia qual era a função, os objetivos de um CAPSi?

Não. De jeito nenhum. Oh, eu sabia na parte teórica, mas a prática foi só... porque assim, os CAPS que eu trabalhei tanto de adulto quanto de criança, cada um tinha um perfil diferente, acho que dependia da região de onde ele estava... então assim, eu só fui amadurecer a idéia de CAPS alguns anos atrás, com... porque tem CAPS que tem nome de CAPS mas funciona como ambulatório.

E tinha muita diferença entre um CAPS e outro?

Tinha. E tinha muito local que atendia criança que não era CAPSi. Que é ambulatório que eles convidam pra trabalhar. É... CAPS Infantil, que é CAPS realmente que eu trabalhei, aqui, em São Vicente, em Santos não tem CAPSi, é... eles falam, CVC, Centro de Valorização da Criança, funciona como CAPS Infantil, mas na verdade é outro nome. CAPSi no Guarujá, no Guarujá tem CAPSi, assim, no litoral eu trabalhei em vários CAPSi diferentes, acho que com tipos de demanda diferentes e uma abordagem... particular, porque nem em todos os CAPS tem todos os profissionais, então a gente trabalhava com os recursos humanos que tinha, e... apesar de ter montado um CAPSi...

E hoje você poderia falar um pouco sobre a função de um CAPSi?

Um CAPSi, na prática né? Acho que é um espaço para tentar resgatar aquilo que a criança está perdendo. E para centrar o papel dos cuidadores. Acho que o funcional é isso. E também eu acho que CAPSi ele serve como uma ponte para... é... no sentido de encaminhar a criança e o adolescente pra especialidade, eu acho que é mais ou menos assim, sai da rede básica e vai para um atendimento especializado e, e vê se essa criança precisa e encaminha para outros setores, um olhar diferente né?

E a política orienta o CAPSi, você já teve contato...

Já. Eu leio alguns artigos que eu pego na internet, de saúde mental pública, mas assim, não que o... é mais por interesse, para saber o que rege a política mental no país, né?

E aqui no CAPSi de Apucarana, quais são os principais casos que chegam até você?

Tem aqui, mais quadros de transtornos de humor e psicose. De ansiedade tem pouco, retardo mental, muito pouco, associado a transtorno mental, distúrbios de aprendizagem, só com quadros clínicos associados, o que vem mais eu acho que é transtorno de humor e quadro psicótico.

E como é o procedimento quando a pessoa chega até aqui a procura de tratamento?

Quando chega na porta?

Isso...

Como eu acho que funciona?

Isso.

É assim, o A. marca a triagem aí passa pela triagem aí quem faz a triagem é a V, ou a E. Aí ela tria, aí a gente tinha que estar discutindo, mas aí assim, elas vêem o que a criança precisa e marcam a primeira consulta.

Então, dependendo da queixa elas marcam para os diferentes profissionais que trabalham aqui?

É. Eu acho que elas percebem se é um quadro de hiperatividade, um quadro neurológico, elas marcam para a Dr. S., se for um quadro mais clínico, elas encaminham para mim e para a Dr. I.

E as psicólogas?

Então, eu não sei se elas encaminham direto, porque assim, as crianças que eu atendo na primeira consulta elas não passaram por avaliação psicológica, eu acho que elas passam depois... não sei se é essa a rotina, porque aquele dia que agente discutiu na mesa, era diferente. Mas eu não sei qual é a conduta delas porque quando as crianças chegam a primeira ficha que eu vejo é a triagem, e depois já é a consulta, agora eu não sei qual é a rotina, isso é o que eu penso.

E como é o processo de avaliação dessas crianças?

Então, na maioria das vezes os pais vem junto com as crianças. Ai eu peço para os pais estarem relatando na presença da criança aquilo que mais, que eles acham mais importante, e que se tiver alguma coisa que eles acham que é complicado estar falando na frente da criança é para eles ficarem tranquilos que haverá um outro momento que eles vão entrar sozinhos. Aí, é... na triagem pelo que eu vejo, muitas vezes os pais não fazem isso, as mães vem sozinhas e comentam o que está acontecendo, aí já da uma idéia do que a mãe gostaria de falar, por isso eu deixo para um segundo momento. Aí sempre na presença da criança, aí depois numa segunda consulta a criança entra sozinha, e depois a mãe vem e conta toda história de vida da criança, e aí a gente vê o que se tornou psiquiátrico, mas nessa, quando vem a criança e vem a mãe, a criança já foi encaminhada para avaliação psicológica, tipo assim, quando ela vem, já está agendado.

E o diagnóstico? O usuário vem, passa pelos processos de triagem e avaliação, como se chega a um diagnóstico?

Com a equipe não é discutido em grupo, não é discutido, o grupo todo senta e conversa. O clínico vê o diagnóstico, conversa com o psicólogo, com a assistente social, mas em momentos diferentes. Não é feita uma reunião em grupo para poder discutir.

E você acha isso importante?

Acho, acho. Nos CAPSi em que eu trabalhei, o CAPSi que tinha esse tipo de discussão era em Guarujá, era uma manhã, toda a equipe se reunia para discutir todos os casos, mas era todo mundo, desde o guarda, lá tinha guarda, né? O guarda participava ele ficava lá na frente ele observava o que as pessoas faziam, e lá no CVC em Santos também. As triagens são em grupo, um grupo fica com os pais, outro com as crianças, aí, os dois grupos sentam conversam e todo mundo fala a impressão diagnóstica e o que que é melhor para cada criança, é um momento importante, a triagem lá é super valorizada, tipo assim, depois cada um vai saber o que direciona, mas aí todo mundo sabe do que se trata o que se falou, então é super valorizada. Era o dia inteiro. No Guarujá também, era puxado... tinha uma aula, uma aulinha, cada um tinha que preparar uma aulinha, é...tinha temas diferentes, cada um falava, o que era importante, e todo mundo escutava, era a manhã toda. Uma coisa diferenciada lá, é que assim lá em São Vicente, no ambulatório que eu trabalhei, que depois virou CAPSi, mas manteve a mesma estrutura as crianças vinham para o atendimento algemadas, então, tipo assim era muito complicado as crianças que vinham da Febem, da delegacia... lá no Guarujá não, não se expunha as crianças, os profissionais é que iam até a Febem, tipo assim, isso que eu achava legal o olhar deles, eles protegiam as crianças, você, cada lugar era diferente...

Então a participação de outros integrantes da equipe tem uma importância para a discussão sobre um diagnóstico...

Olha, eu acho que duas coisas são importantes. Uma é ter sempre internalizado qual é a demanda que vem para o CAPSi, porque eu acho que isso por mais que a gente saiba, eu acho que isso é a prática, tipo assim, qual a demanda que vem, que as vezes, por exemplo, tem crianças que eu vejo que tem um diagnóstico leve, mas o prejuízo social e o prejuízo familiar é assim, importante. Aí não está vindo pelo diagnóstico em si, mas pelo comprometimento que esta família tem e que pode ter um prejuízo muito grande para a criança. E assim, ter internalizado, o que que vem pra gente, é... pela teoria o CAPSi é caso grave, psicose e neurose grave, mas eu vejo que tem neuroses que não são tão graves mas que no futuro elas podem se tornar... por conta da família que já disfuncional, e tudo mais, tipo assim um trabalho preventivo. Tipo assim, por isso que eu acho legal a triagem, um tem um olhar, o outro não tem, e... uma outra coisa que... pode falar?

Pode, claro...

Que eu acho importante assim, na triagem, não é...por exemplo assim, a pessoa vem pra triagem, mas todo mundo participar da triagem, e... vem a criança com a mãe, todo mundo vê a criança e vê a mãe, porque o momento que está na triagem é um momento que depois se perde, depois não tem mais esse momento, então assim, porque as vezes voce pode fazer a triagem e ler, mas quando a criança vem já vem com outra história, com outro momento, então, muitas vezes se perde muita coisa, então eu acho assim, que a triagem, não sei pelo que eu vi, o grupo tem que fazer a triagem. O grupo fazer, você entende? Aí, tipo assim, e outra

coisa assim, que eu acho que o CAPSi poderia funcionar, tipo assim, eu não vi isso em nenhum CAPSi, eu só vi isso em Londres, não do CAPSi não, eu só vi em Londres, é tipo assim, fazer um trabalho de base, tipo assim, pêra aí, é... sair do CAPSi e ir para a comunidade, sabe, tipo assim?

E isso, também não acontecia nos outros CAPSi em que você trabalhou... porque pela política também seria essa a proposta...

Bom, não tem recursos humanos, não tem... onde tinha isso, um olhar mais social era em Santos, mas por conta de umas reformas que eu acho que hoje em dia não existem mais, o que foi investido em Santos já... em Santos eles tinham esse olhar de base, tanto que tinha lá, eles faziam uns projetos com a universidade que era assim, escola itinerante, a estudantes de pedagogia iam para as comunidades mais simples, tudo era itinerante... e tinha uma ONG que chamava médicos, médicos da Espanha, eu não lembro muito bem, era uma ONG espanhola, que eles tinham uma van, aí a van tinha uma televisão, era o que eu tinha falado, e eles iam pra favela, aí é... precisava ver como eles melhoravam assim, eles até caíam na droga, continuava tudo a mesma coisa, mas eles tinham uma noção, assim, é... não sei, de valorização, não sei como falar, porque nós ficávamos mais próximos, tipo assim, acho que é um respeito pela criança, porque conhecer a criança no momento, e você ver a criança no chão, tinha um menininho que criei um vínculo e o menino morreu, tinha HIV, tuberculose, ichi, ele morreu com 12 anos, e esse menino era o queridíssimo da gente, ele aprontava, aprontava, quando a gente via, todo mundo o V., o V.... a gente acaba sendo, ele tem referência, é referência, ele não fica ao Deus dará, ele tem referência. Acho que é isso que faz o serviço.

E os atendimentos, como eles são aqui?

Os que eu faço?

É, os que você faz e os outros, que atividades são desenvolvidas aqui...

Ah, tá. É assim, o atendimento é de meia hora para a criança, uma hora quando for a primeira triagem, e... a gente faz os encaminhamentos, e eu encaminho para avaliação psicológica para ver se ele tem perfil para ficar aqui. Aí tem atendimento individual e tem atendimento em grupo, eu não sei, que grupos tem, qual demanda tem, a idade, porque eu também nunca perguntei, não sei, eu não sei pra que serve e... que mais... ah, tem um grupo de bipolar, que é uma vez por mês e nossa. Esse grupo eu sinto que, nossa! tão forte, sabe o vínculo? Esse grupo é muito legal.

O grupo acontece uma vez por mês, e qual é o objetivo?

O, é um grupo aberto para pais e familiares, cuidadores, é um grupo operativo, é um grupo pra se falar sobre o quadro clínico da criança, só que como ele é um grupo é... a gente fala sobre a bipolaridade, e assim, é temático tipo assim, a gente acaba colocando alguns temas para não... porque é tão amplo e a gente acaba que direcionando, e eu sinto que os pais vem, mas vem mesmo, sabe? Eles vem mesmo. Então os pais que vem de outra cidade para o grupo a gente atende no mesmo dia. Não precisa vir duas vezes. Tem o grupo... o mês passado começou o grupo de hiperatividade, é...

Tem o mesmo objetivo do de bipolar?

É o mesmo objetivo. Só que é sobre hiperatividade.

E quem participa dos grupos?

Olha, do de bipolar, a assistente social e eu. Do de hiperatividade, a Dr^a S, a E, e eu. Esse grupo também tá começando legal, tinha bastante gente. O que eu não sei mesmo são os grupos... eu não sei nem o perfil, tipo assim, que perfil que é indicado para fazer grupo, entendeu? Eu encaminho para avaliação e para ver o que vai fazer, porque eu não...

Então, como é o seu trabalho aqui?

Então, o atendimento é clínico. É extremamente clínica. Não sei, a minha visão é mais clínica, tipo assim, é dar o diagnóstico e medicar, e poder estar falando algumas colocações sobre o caso. Ah, e tem mais uma coisa importante que eu esqueci. É o negócio da escola, tipo assim, uma coisa que eu acho forte aqui, que eu acho positiva, pra mim é o melhor CAPSi que tem assim, é o contato com a escola, a Saúde do Escolar. Eu não vi em nenhum lugar uma equipe voltada para o atendimento clínico dos estudantes, mas nem lá no Estado de São Paulo.

E a escola encaminha bastante pra cá?

Encaminha. Mas tem um feedback. Nos outros também encaminhavam, mas não tinha feedback. A escola manda a criança como uma criança problema ponto, você tem que dar um jeito e a escola não tem um re..., não tem escuta. E aqui não ela tem escuta, ela tem um respaldo, um feedback, isso eu acho forte aqui.

E você gosta do trabalho aqui, tem alguma dificuldade, mudaria algo...

Então, eu acho... eu vou falar o que eu gostaria. Eu gostaria que tivessem mais grupos, que eu acho que grupo ajuda, tem retorno, é... um grupo com a escola. Porque quando a escola vem, ela vem falar do aluno e não do quadro em si, sabe tipo a grosso modo, tipo assim, que é difícil mesmo, o que é a doença? Isso que eu gostaria de estar passando para a escola, isso que eu gostaria.

Ter um grupo com as escolas para falar sobre...

Por exemplo, da bipolaridade, tem com os pais, eu gostaria de ter um grupo só que voltado para as escolas. Tipo assim, hiperatividade, voltado para as escolas, ter um espaço para as escolas.

E a escola costuma encaminhar casos sob quais queixas?

É, alteração no comportamento, eles não vem com o diagnóstico, mas vem com as dificuldades de trabalhar com a criança por causa do comportamento.

Na escola?

Isso.

Geralmente, essas queixas são confirmadas aqui?

Ah, acho que não sei, pelo que eu vi, 100%. Não sei. Não peguei nenhum caso assim de escola que não era, não é?

Todos os casos acabavam...

Tendo alguma coisa, ah, pelo que eu me lembro sim.

E quando medicação é considerada uma alternativa para tratamento dos diversos casos que chegam até aqui?

O, que ver, é... se fosse há 5 anos atrás tipo assim, então, o tratamento seria em cima de só sintomas, sem fechar um diagnóstico, não sei como eu vou falar... eu estou falando assim da minha cabeça... por exemplo, se fosse há um tempo atrás, eu trabalharia em cima de sintomas, uma coisa solta, por exemplo a criança não dorme, eu não fecharia um diagnóstico. Agora a cabeça da gente vai mudando, vai amadurecendo algumas coisas, quando a criança vem com algum sintoma, na minha cabeça já vem o diagnóstico, eu não fecho diagnóstico, mas já fica um monte de coisas na minha cabeça assim, sabe?

Como hipóteses?

Isso. Mas não em cima dos sintomas, em cima de tudo assim, sabe? Então mas assim, uns anos atrás, a hipótese diagnóstica poderia estar assim, por exemplo é mais fácil hoje chegar, e... pela minha cabeça as hipóteses diagnósticas do que antes. Antes era mais difícil, fica um monte de sintomas sem saber aonde caberia esses sintomas, sabe assim, patologias... hoje os sintomas são encaixados dentro de uma psicopatologia definida. Para mim fica tudo mais claro, antigamente, os pacientes tinham os sintomas e eu ficava meio assim, nossa, a grosso modo é isso, hoje faz parte de um quadro psicopatológico, mas é porque a gente vai amadurecendo, não sei.

E no caso a medicação...

Ah é, a medicação... não hoje eu sou mais cautelosa, hoje eu sou menos ansiosa e tenho menos medo de errar, e menos medo de esperar, porque antes a criança vinha e tinha essa demanda dos pais ou da escola eu já atendia a situação que era lá dos adultos, sabe? Agora não. Eu acho que o tempo ajudou o... é como se fosse assim, o remédio não vai solucionar o problema, o problema já existe, aí tem que ver da onde vem o problema, o remédio tem que ter uma função. Antes, acho que pela insegurança profissional ou pelo medo de errar, então assim, o remédio era um... lógico ele tinha a função dele, mas hoje acredito que tem que ter um consenso, uma maturidade, não sei se é maturidade, não sei. Eu sei que hoje tipo assim, não aconteceu, não vai acontecer nada, até, com quem que eu falei... a mãe da D., mas Drª ela não vai tentar suicídio? Não sei, pode ser que ela tente, mas é o caminho dela, tipo assim, ela estava com medo de deixar a D. em casa, eu falei não, tem que deixar, a D. está tomando os remédios, tudo. E se ela tentar suicídio? Se ela tentar é o caminho dela, mas a gente está cuidando estamos dando o remédio, tudo. Esse medo, já não é um medo né? Que a gente sabe que o ser humano... é... a criança o adolescente eles tem o eixo deles, por mais que ele já tenha tentado, nesse momento ele está um pouco melhor, eu acho que não...

E qual a função do remédio nos diferentes casos?

Oh, no caso do bipolar o que eu percebo, no caso do menininho de hoje, por exemplo, o anti-
psicótico vai ajudar ele a ficar mais organizado, e no caso da criança depressiva, diminuir a
angústia, por que aquele olhar que ele tem, sabe uma coisa de auto-referência, a medicação
acaba tendo um sentido para os sintomas, mas é um sentido de organização, não aquela coisa
de sintomas, ah ta assim toma anti depressivo, ah, ta assim... é não é uma coisa assim cindida,
tem toda uma... aquela coisa de psicopatologia, tem todo um fundamento, eu acho que tem
que esperar, ver o que que... pra ter um manejo. É que quando a criança vem aqui ela já vem
com um monte de problema, eu acho que quando elas passam aqui elas já estão sabe?
Realmente elas já chegam aqui bem comprometidas, elas já vem doentes. Por isso que eu acho
importante que, o trabalho de ???

E nos casos que envolvem hiperatividade, de que forma o remédio ajudaria?

Olha, quando as crianças hiperativas vem aqui eu nem conheço, porque aqui já tem um
especialista só pra hiperatividade, então chegou hiperativo, eu nem ponho a mão. Agora se eu
percebo que há uma comorbidade, aí eu coloco no papel, espero a condita da Dr^a S., e depois
eu medico, tipo assim se tem ansiedade alguma coisa. Tanto é que quando é hiperatividade
não vem direto, vai primeiro para a Dr^a S, aí se ela vê que tem alguma coisa assim, aí ela
encaminha.

Aí naqueles casos em que é necessário tomar uma medicação de uso contínuo, há um acompanhamento deste uso?

Por exemplo assim, antes de medicar ou durante a medicação eu sempre peço, eu fico até com
medo da prefeitura brigar de tanto pedir exames, lá em Mandaguari também eu falo é hoje, é
hoje, tipo assim, sabe esses exames assim, tem lugar que tem uma cota... daí tipo assim,
função renal, função hepática, tireóide, tem que pedir, né? Por exemplo o que aconteceu com
a S., só que eu estava segura, que ela estava bem com a medicação, foi feito exame. Ah, uma
coisa legal assim, se acontece alguma coisa assim com acriança eles me ligam, o que que faz?
Aqui dá um respaldo para a mãe, entendeu?

Mas como funciona isso? Tem que pedir esses exames antes de dar a medição ou depois? Tem algum procedimento?

Você pode começar por exemplo assim, você vê que a criança tem ideação suicida e o anti
depressivo tem 15 dias para fazer o efeito, aí o ideal já é entrar com o antidepressivo, mas já
pede a bateria de exames que é já pra gente poder ver. Se ele tiver algum problema com
tricíclico, depois que ele vier a gente troca, não tem... porque aqui o exame vem rápido. Aí
vem...

É exame de sangue?

É. O hemograma, a uréia, a creatinina, pga e ppg e função hepática. Aí, porque asvezes a
criança ta desanimada e é uma baita anemia, né? Aí por exemplo assim, se da para esperar,
quando a criança vem já sai com o pedido. Agora se tem que fazer um eletro, uma tomografia,
aí eu já encaminho pra S., já converso, deixo tudo por escrito, a S. já pede, eu vejo ela pedir
bastante eletro, tomografia...

E depois tem que repetir esses exames de quanto em quanto tempo?

A litemia, por exemplo a D., ela fez, tava boa, a D. tá com hipotireoidismo, daí uns três meses tem que repetir de novo. Agora assim, se ta tudo ok, daqui uns seis meses a gente repete de novo, aí se não ta tomando remédio, uma vez por ano, né

Isso é importante?

É importante. Eu faço isso em todos os serviços. Por isso que eu falo pra você, tem uma cota, porque já vieram falar. Não é sério...

Aqui já vieram falar?

Não, aqui não. Não mas assim, tem, tem...

Quais os resultados esperados com as intervenções realizadas aqui?

Sabe o J.C.? é aquilo. Percebe? Que ele melhore, que ele seja respeitado, respeitado não, compreendido, porque as vezes... que ele seja compreendido que ele consiga estudar, ele se sinta acolhido. Acho que o objetivo é preventivo, não é? Não sei, eu acho que o básico é isso, que ele se sinta feliz, independente dele ser psicótico, neurótico, mas que seja respeitado né?

Aqui já tiveram casos que foram encaminhados para outros lugares, ou receberam alta, ou abandonaram, existe um controle desses casos? Um acompanhamento para saber como estão, algo assim?

Após 18 anos, ou quando ele sai daqui e vai para um outro serviço? Não tem... não tem. Aí se perde né? Não tem assim uma rede, né? Nossa abandono, as crianças abandonam muito. As vezes a gente nem sabe por onde anda, né? O que eu percebo assim... que... na psiquiatria eles mudam muito de médico, isso é muito comum, porque como eles querem uma resposta rápida e não tem, então eles vão mudando, mas na tentativa de buscar resposta né? E muitas vezes os pais da criança, porque a criança coitadinha não é ela que vai... né... então vai mudando, então quem garante uma resposta rápida é onde ... isso é muito comum. E muitas vezes o problema não está no resultado, ta na dinâmica da família, nossa...

Tem alguma coisa que eu não perguntei e você acha interessante comentar...

Não, não. Oh, que eu acho legal, precisa ser uma participação de ONGs.

Participação de ONGs? Não entendi...

No serviço público.

E aqui, não tem?

Não. Não sei porque. Eu sinto que lá em Santos na baixada e no Guarujá os dois caminhavam juntos. Era tão bom.

Muito obrigada. Agradeço muito sua participação.

ENTREVISTA COM A NEUROPEDIATRA DO CAPSi

Há quanto tempo você trabalha aqui no CAPSi?

Desde maio do ano passado. Um ano e meio.

E quando você começou a trabalhar aqui você conhecia a política que orienta o CAPSi? Qual seria a finalidade, a função de um CAPSi?

Não. Nada, nada. Não tinha nem idéia.

E quando você passou a conhecer ou a se interessar sobre isso?

É. Tem algumas coisas né? A gente vai se informando vai procurando saber, principalmente aquela portaria, qual a função mesmo, né, de atendimento, lógico, tem que se interessar né? Pra poder continuar atendendo. Alguma coisa eu já sei, mas acho que não sei tudo não.

Então fale um pouco sobre o que você conhece, hoje, sobre esta política...

O que que é o CAPSi, pra mim?

É.

Seria o atendimento, né a pessoas com transtornos mentais e que necessitassem de um atendimento assim, mais de perto né? Não somente uma consulta ou uma medicação e vai pra casa, volta daqui um mês, daqui dois meses. Seriam pessoas que precisariam de um atendimento mais constante, uma observação clínica mais constante pra ter um efeito melhor, desse tratamento, ter um rendim..., um resultado melhor desse tratamento, seriam casos assim de transtornos mais graves, né? E não transtornos leves que só um acompanhamento médico e/ou psicológico que resolve.

Deixa eu ver se eu entendi. Então você passou a se interar sobre a política depois que você começou a trabalhar aqui?

É. Porque a idéia que eu tinha é que fosse um ambulatório. Mas aí eu comecei a ver que era diferente.

E como você passou a conhecê-la?

Mais por conta mesmo. Lógico, e por convívio com as pessoas aqui que eu acho que também ainda estão aprendendo também. Que as vezes também tinham uma outra idéia mas estão aprendendo.

E durante este período que você está trabalhando aqui, quais os principais casos que chegam para você atender?

Então são casos mais encaminhados pela Saúde do Escolar, né? Casos mais de distúrbio de comportamento, hiperatividade, e o distúrbio de aprendizagem. São mais a escola que encaminha mesmo, são mais esses casos que eu atendo aqui.

E como é o procedimento quando uma pessoa vem até o serviço em busca de ajuda?

Então, o que eu sei é que é passado por uma triagem e aí havendo a necessidade de avaliação neurológica, a assistente social ou a enfermeira fazem a triagem e encaminham pra eu estar avaliando.

Como são realizadas as avaliações dos casos?

A avaliação... primeiro é clínica, né? Consulta médica né, e... avaliação do caso, e... exames físicos, exames neurológicos, e... dependendo do caso eu dou os encaminhamentos, exames e... dependendo de cada caso.

E que tipos de exames são solicitados?

Então, os exames que eu mais solicito são o eletroencefalo e o exame de imagem, a tomografia, né?

Por favor, explique um pouco sobre o que são estes exames, para que servem...

A tomografia é um exame de imagem, pra avaliar a morfologia do cérebro para verificar se existe alguma má formação, e... uma lesão né, congênita ou adquirida a gente consegue ver através desse exame. E o eletro ele vê mais a parte da função... do funcionamento do cérebro. Ele avalia a estrutura assim, não física assim, mais funcional, em relação às ondas cerebrais né, que é uma atividade elétrica que o cérebro possui né? E o aparelho capta essas ondas elétricas e aí, através dali você tem idéias se aquele eletroencefalo, se o funcionamento daquele cérebro está de acordo com a idade, se está amadurecido, ou se tem algum atraso nesse funcionamento do cérebro, se existe alguma área de irritação, que pode se traduzir em uma convulsão, então é mais para avaliar isso. E geralmente um complementa o outro.

E, assim, que tipo de diagnóstico eu posso confirmar através desses exames?

Ah, o eletro? Ele consegue dar diagnósticos de epilepsias, é... assimetrias entre o funcionamento de um hemisfério cerebral e outro, é... pode dar diagnóstico de algum quadro de deterioração mental, por exemplo, uma doença degenerativa ele pode dar também, e... convulsão eu falei? Para epilepsia ele é mais indicado. No caso o que ele me ajuda bastante é para a introdução de medicamento, né? Porque as vezes é... como eu atendo muito hiperativo que é medicado com o metilfenidato, que é a ritalina, eu peço mais por uma segurança, porque de repente a criança pode ter alguma atividade irritativa cerebral e aí a Ritalina desencadear convulsões, mais por uma questão de segurança.

No caso das avaliações, existe a participação de outras pessoas da equipe?

Na avaliação assim, primeira, não. É a família, o responsável, né, e a criança.

Que tipos de atendimentos existem aqui?

Os que eu faço?

Fale o que tem em geral, e em quais deles você participa.

O que eu vejo é que tem os atendimentos médicos, neurológicos, psiquiátricos, tem os atendimentos psicológicos né? Que é feito individual e em grupo, eu vejo que tem uma psicóloga que trabalha com as crianças em grupo e... é... a psiquiatra e eu estamos tentando formar um grupo também com os pais para esclarecer as patologias né?, então a gente forma determinados grupos de crianças que tem uma mesma patologia, e os pais vem para gente poder estar esclarecendo, passando informações, é... assim, orientando... porque as vezes a gente não consegue falar isso de uma maneira que eles entendam, então aí ou eles vem no sentido de estar entendendo melhor ou assim, reforçar aquilo que já foi falado na consulta.

Fale um pouco sobre como é o seu trabalho aqui, o que gosta, se há alguma dificuldade...

É, como eu atendo a parte mais escolar a gente tem um pouco de dificuldade principalmente no contato com, com essa Saúde do Escolar. Então, porque... o paciente que vem da Saúde do Escolar, tem o médico, tem a casa e tem a escola, o professor e tudo, e eu acho que esses três tem que estar meio envolvidos. Então eu vejo um pouco de dificuldades de estar interagindo os três, né? O ideal era estar numa consulta os três juntos, é difícil, mas aos poucos, nos casos naqueles casos mais sérios, mais complicados nós temos chamado, aos poucos para estar discutindo. Mas deveria ser com todo mundo, né? Então fica muito em relatório, a professora manda um relatório, a equipe pedagógica manda um relatório, eu mando um relatório e tal. E vem muitos casos de Dislexia, aí tem um envolvimento também de fonoaudiologia que muito precário no nosso município, tem poucos profissionais, então as vezes fica tempo lá aguardando, tem casos de crianças aqui que disse que levou um ano para conseguir uma avaliação com a fono, então assim, falta pessoal para estar atendendo mesmo.

Então, como você disse, você atende mais os casos que são encaminhados pela escola. E quando esses casos vem da escola sob a suspeita de um determinado diagnóstico, em geral, essa suspeita é confirmada aqui após avaliação do caso?

Então, algumas vezes sim. Acho até que na maioria das vezes. A professora, o educador ou até mesmo a psicopedagoga tem condição de estar avaliando se a criança tem esse ou aquele problema, se é caso para estar mandando para uma avaliação, eu acho que tem e... e... assim, nesse sentido eu acho que eles ajudam bastante, ajudam bastante e acho que acertam bastante.

Como se faz para se chegar a um diagnóstico desses casos que são encaminhados para cá?

É através da avaliação mesmo. Avaliação clínica e exames, é... as vezes de um relatório, de algum profissional que está atendendo, um psicólogo, uma fono, tudo ajuda né? E tem que ir fechando é... as coisas, né, os pontos vão se fechando até que se chega a um diagnóstico.

E no caso, a decisão de um diagnóstico fica mais restrita a você? Como é a participação da equipe?

As vezes a equipe participa.

Do diagnóstico?

É. As vezes participa, as vezes a gente precisa de ajuda. Porque tem algumas coisas que as vezes foge da minha área e aí a gente precisa estar discutindo com psiquiatra, psicólogo, e

mesmo com a coordenação do CAPSi, as vezes é caso, que não é tanto a parte médica envolvida, é um problema social, falta de uma medicação, uma coisa em casa, acaba envolvendo mais coisas né?

Existe um espaço para discussão de casos?

Por enquanto eu acho que não. A gente discute mais é... de uma forma mais particular, a gente senta e vamos discutir tal coisa. Mas não tem um dia específico para nos juntar e falar sobre os casos mais difíceis, por enquanto ainda não.

Ah, uma coisa que eu esqueci de perguntar anteriormente, você nota diferenças com relação a queixas e diagnósticos entre os casos de meninos e os casos de meninas que são encaminhados ao CAPSi?

É, os de meninos são muito mais complicados os casos do que os de meninas. Os de meninas as mais déficit de atenção, ou adolescente, aquela rebeldia própria de adolescente. Agora os meninos já tem mais agressividade, comportamento na escola, hiperatividade, aí vem mais.

Vem mais meninos do que meninas...

É. Com certeza. Eu não fiz a continha, é mais por observação.

E a partir do processo de avaliação, quando a medicação é considerada uma alternativa para o tratamento de algumas crianças?

A partir do momento em que se chega a um diagnóstico certinho, correto e... que evita uma medicação que vai fazer... é... que vai trazer benefícios, ela é instituída, a medicação.

E quando tem início o tratamento o que é esperado em termos de resultados?

Depende de cada caso né? Porque alguns casos se resolvem mais rápidos, outros são mais prolongados e envolvem auxílio de outros profissionais, uma terapia, alguma coisa, as vezes reestruturar a família... depende de cada caso, não existe um tempo assim pra aceitar o remédio e dali tantos dias, meses ele vai estar melhor.

Mas o que seria esta melhora?

Uma melhora ela é vista não tanto assim, clinicamente, numa consulta, mas assim através de relatórios, e as vezes agente fica solicitando a cada dois, três meses, o relatório escolar, no caso de uma hiperatividade, é... estarem dando esse retorno também pra gente saber se está... e pede também para a família estarem na escola toda semana conversando com a professora, ver como é que está ver se está melhor, perguntar, então as vezes aquele contato dos pais com a professora, e... é solicitado relatório a cada dois três meses, pra gente ter idéia se essa medicação seja por hiperatividade ou por outro problema está melhorando.

Então essa melhora seria, assim, relacionada ao desenvolvimento dela na escola?

É. É o que eu mais atendo. Nesse caso, é. Porque se é um outro problema, por exemplo uma enurese, você vai falar com a família, como é que está, se o remédio está fazendo efeito. Insônia, também. E no caso de algum distúrbio de aprendizagem e tudo aí tem que ter essa

interação com a escola. É como eu falei, a criança, a família, o médico e a escola, tem que ser os três.

E nos casos em que o usuário faz uso contínuo de medicação, há alguma forma de controle, de cuidado sobre este uso com relação aos efeitos que podem causar ao organismo?

Também depende de cada medicação. Uns fazem efeito mais rápido, uns demoram um pouquinho mais, cada medicação tem um tipo de efeito colateral, a gente orienta né, pode apresentar isto, aquilo outro, aí orienta os efeitos colaterais que não impedem a continuidade, aí tem os efeitos colaterais que eles já... a gente fala se acontecer isso você volta antes pra eu estar olhando, as vezes uma alergia a uma medicação, aí a gente orienta. Mas depende de cada caso e de cada medicamento. Não existe uma regra para tudo, né?

Tem casos que é necessário fazer um exame de sangue também?

Sim. algumas substâncias tem que fazer. Principalmente para ver a função hepática.

Nos casos em que você atende como se avalia quando o usuário pode receber alta, encerrar o tratamento?

Também é bem amplo. Depende de cada caso, tem casos que naturalmente evoluem pra uma melhora, uma cura, então é... por exemplo, no caso que eu já citei de uma enurese, para de urinar na roupa, na cama a noite, você mantém o remédio ali mais um tempo, mais uns seis meses ali, mais um ano e retira e dá alta. No hiperativo também, você vai observando, vai observando aquelas pausas, vê se ele vai melhorando o comportamento, pode retirar e dar alta. Sempre observando tudo. Depende de cada caso. Na convulsão também, tem casos que você trata a vida toda e tem convulsão que você trata dois três anos e retira a medicação, então é muito amplo.

E aqui já tiveram casos em que o paciente recebeu alta?

Acho que sim.

Nesses casos, ou quando o paciente é encaminhado para outro seguimento existe alguma forma de acompanhamento desses casos?

É, geralmente... eu sempre peço para voltar dali um tempo para poder dar alta definitiva. Então retorna e aí se tiver tudo bem recebe alta definitiva. E aqui a gente se coloca a disposição né? Então geralmente tem um retorno para dar uma observada.

Você acha que da forma como está estruturado o CAPSi, ele atende ao que é previsto pela política?

É, porque... é difícil... eu acho que é mais ou menos a..., a... linha de atendimento, é acolhimento, a triagem, e ali vendo se é ou não caso daqui, acho que está dentro do que, do que eu tenho conhecimento eu acho que está certo.

S., tem alguma coisa que eu não perguntei e você acha importante comentar?

Então, que a gente observa assim que através da..., das reuniões que tem na supervisão que não existe uma unificação do tratamento, desses atendimentos nos CAPSi de uma forma geral, cada CAPSi tem um atendimento individualizado, até porque a gente recebe alguns pacientes que vem de outros CAPSi, de Curitiba, São Paulo e você vê que é diferente, né, um CAPSi do outro. Eu acho interessante que houvesse um tipo de protocolo, uma coisa que pudesse pelo menos, a base ser toda igual para poder facilitar principalmente para quem está atendendo, né, pra você ter uma idéia do que é aquilo, quem vai trabalhar num CAPSi saber que é daquele jeito, paciente saber que ele vai ser atendido daquela maneira aqui ou se ele mudar para outro local a essência vai ser a mesma. É lógico que de acordo com a região, com a possibilidade de cada município a coisa vai se adaptando. Mas agente vê que existe uma diferença muito grande de atendimento entre os CAPSi né? Pode ser que com o passar do tempo isso vai se modificando, no sentido de dar um atendimento melhor.

E com relação ao serviço aqui, ao CAPSi de Apucarana, você teria alguma sugestão de mudança visando a melhora do atendimento?

Então, o CASPi aqui está muito cru. Então, precisa mesmo mais profissionais, a parte de oficinas, de artesanato, não tem, praticamente tem o atendimento médico, o psicológico, e individual. Falta muita coisa, falta muita coisa para poder estar dando este atendimento ideal que é este que eu falei no começo, de observação, de dar prosseguimento, mas assim, de maneira mais seguida, senão fica um retorno a cada 15, 20 dias, eu acho que o que está faltando mesmo é a parte humana mesmo, uma artesã, uma fono acho que seria muito bom aqui, é... terapeuta ocupacional, educador físico, e mais psicólogo também, a demanda é grande... acho que é isso.

Mais alguma coisa?

Não, não, era isso mesmo.

Muito obrigada.