

**BARBARA SINIBALDI**

**MAPEAMENTO DA DEMANDA DE SAÚDE MENTAL INFANTIL  
EM UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE**

ASSIS  
2013

**BARBARA SINIBALDI**

**MAPEAMENTO DA DEMANDA DE SAÚDE MENTAL INFANTIL EM  
UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências e Letras de Assis – UNESP – Universidade Estadual Paulista para a obtenção do título de Mestre em Psicologia (Área de Conhecimento: Psicologia e Sociedade)

Orientadora: Prof. Dr<sup>a</sup> Cristina Amélia Luzio

**ASSIS  
2013**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Biblioteca da F.C.L. – Assis – UNESP

S617m Sinibaldi, Barbara.  
Mapeamento da demanda de saúde mental infantil em um município de pequeno porte / Barbara Sinibaldi. – Assis, 2013. 144 f. ; il.

Dissertação de Mestrado – Faculdade de Ciências e Letras de Assis – Universidade Estadual Paulista.

Orientador: Dr<sup>a</sup>. Cristina Amélia Luzio

1. Saúde mental infantil. 2. Cuidados primários de saúde. 3. Sistema Único de Saúde (Brasil). I. Título.

CDD 614.5832

## AGRADECIMENTOS

À Cristina Amélia Luzio, minha orientadora, pela parceria e amizade desde os tempos da iniciação científica e por acreditar na realização deste trabalho.

À minha mãe Maria Lúcia Rodrigues e meus irmãos Bianca e Stéfano pela presença constante mesmo que à distância.

Aos profissionais dos serviços de saúde e das escolas que participaram das entrevistas e assim, muito contribuíram com essa pesquisa.

Às professoras Lucia Cardoso Mourão e Heloisa Maria Heradão Rogone, meus agradecimentos pela leitura cuidadosa e críticas que só acrescentaram na elaboração desta Dissertação.

Aos amigos da UNESP-Assis, agradeço pelo incentivo, companheirismo e troca constante, em especial a Maria Fernanda Assis, Juliana Alexandria Caldo e Anahi Canguçu Marfinati.

Aos amigos do mestrado por compartilharem momentos tantos de muito trabalho, mas também de muita troca e alegria, em especial a Juliana Araújo, Tanya Marques, Fabiana Ribeiro, Ana Lúcia Volpato, Adriana Oliveira, Camila Mendes e Damáris Bezerra de Lima.

Aos amigos do grupo de orientação Ana Clara, Daniele, Ednéia, Raphael e Renata pela troca constante e apontamentos sempre muito proveitosos e afetuosos.

Aos meus tios Luis Fernando e Vânia pelo incessante incentivo ao longo do meu percurso acadêmico.

Registro meus agradecimentos à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP, pelo incentivo financeiro, que muito auxiliou no desenvolvimento da pesquisa.

SINIBALDI, B. **Mapeamento da Demanda de Saúde Mental Infantil em um Município de Pequeno Porte.** 2013. 133 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2013.

### RESUMO

Atualmente podemos observar a ampliação da rede de atenção de saúde mental com a criação de serviços abertos e ações territoriais, diminuição de leitos psiquiátricos; enfim, uma tentativa de romper com a cultura manicomial. No entanto, para alcançar tal finalidade, é necessário que ocorram mudanças na concepção saúde-doença-cura presente na sociedade, de modo a aumentar as metas de desinstitucionalização e de desmedicalização historicamente também dispensadas nos cuidados com a infância no Brasil. O objetivo do presente estudo é analisar a demanda de Saúde Mental infantil nos serviços públicos de saúde de um município de pequeno porte do interior do estado de São Paulo. Para Baremlitt (1998), a criação da demanda está diretamente relacionada com a oferta, ou seja, é a oferta que vai produzir a demanda. Trata-se de uma pesquisa quanti-qualitativa, realizada em duas etapas. Na primeira, foi feito o exame de prontuários e observação institucional nas unidades das Estratégias de Saúde da Família do município. Na segunda etapa, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com profissionais dos ESF, psicóloga do Ambulatório de Saúde Mental e coordenadores pedagógicos das escolas do território estudado, cujas análises foram inspiradas na metodologia hermenêutico-dialética. Os resultados apontaram que as questões referentes à Saúde Mental das crianças não são encontradas em seus prontuários das ESF. Tal fato pode indicar que a Saúde Mental muitas vezes não é considerada pela equipe como parte do trabalho da Atenção Primária. Nesses serviços e na análise das entrevistas constatamos que os problemas mais comuns são: distúrbios de comportamento, TDAH e violência doméstica e sexual. Os encaminhamentos são realizados geralmente pelas escolas, por um projeto da cidade (Girassol) e pelo Conselho Tutelar. Buscou-se com essa pesquisa, apoiar a consolidação dos cuidados a Saúde Mental infantil em serviços de Atenção Primária na perspectiva do modelo da Atenção Psicossocial.

**Palavras chaves:** Atenção Primária; Saúde Mental; Infância

SINIBALDI, B. **Mapping of the Demand of Child Mental Health in a Small Town.** 2013. 133 f. Dissertation (Master's Degree in Psychology) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2013.

### **ABSTRACT**

Nowadays we can observe the expansion of the network of mental health care services with the creation of open services and territorial actions, reduction of psychiatric beds, in short, an attempt to break the asylum culture. However, to achieve this purpose, it is necessary that changes occur in the health-illness-healing conception in society, in order to increase the goals of deinstitutionalization and demedicalization, also historically dispensed in the care of children in Brazil. The aim of this study is to know the demand for Child Mental Health in the public health services of a small city in the state of São Paulo. To Baremlitt (1998), the creation of the demand is directly related to the offer, in other words, it is the offer that is going to produce the demand. This is a quantitative and qualitative research, carried out in two steps. At first, the records were examined and institutional observation was made in the Units of the Family Health Strategy (ESF) of the municipality. In the second phase, semi-structured interviews were conducted with professionals from the service of Family Health Strategy (ESF), a psychologist at the Mental Health Clinic and educational coordinators of the schools in the study area, whose analyzes were inspired by the hermeneutic-dialectic methodology. The results showed that issues relating to the child's Mental Health are not found in their ESF records. This may indicate that Mental Health is, often, not considered by the team as part of the work of the Primary Attention. In these services and in the analysis of the interviews, we concluded that the most common problems are: behavioral disorders, ADHD, and domestic and sexual violence. Referrals are usually made by schools, for a city project (Girassol) and the Guardian Council. We sought, with this research, to support the consolidation of child's mental health care services in Primary Attention in the Psychosocial Attention perspective.

**Keywords:** Primary Attention; Mental Health; Childhood.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CGR	Colegiado de Gestão Regional
CT	Conselho Tutelar
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
LBHM	Liga Brasileira de Higiene Mental
OMS	Organização Mundial da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
I CNSM	I Conferencia Nacional de Saúde Mental
II CNSM	II Conferencia Nacional de Saúde Mental
III CNSM	III Conferencia Nacional de Saúde Mental
IV CNSM I	IV Conferencia Nacional de Saúde Mental Intersetorial
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

## LISTA DE TABELAS

Tabela I	Idade das crianças da ESF I.....	47
Tabela II	Escolaridade dos pais das crianças da ESF.....	48
Tabela III	Idade das crianças da ESF II.....	48
Tabela IV	Escolaridade dos pais das crianças da ESF II.....	49
Tabela V	Idade das crianças atendidas no Ambulatório de Saúde Mental.....	50
Tabela VI	Escolaridade dos pais das crianças atendidas no Ambulatório .....	50
Tabela VII	Origem dos encaminhamentos das crianças atendidas no Ambulatório de Saúde Mental	51
Tabela VIII	Tipos de queixas das crianças atendidas no Ambulatório de Saúde Mental	51
Tabela IX	Tipos de atendimentos ofertados às crianças no Ambulatório de Saúde Mental	52



## SUMÁRIO

<b>Apresentação.....</b>	<b>09</b>
<b>Introdução.....</b>	<b>13</b>
<b>Capítulo 1 Atenção Primária.....</b>	<b>19</b>
1.1 Estratégia de Saúde da Família: Redirecionando o modelo em saúde	21
<b>Capítulo 2 Saúde Mental e Infância.....</b>	<b>24</b>
2.1 Políticas e Ações na Área da Saúde voltadas à Infância.....	26
<b>Capítulo 3 Atenção Primária e Saúde Mental .....</b>	<b>31</b>
<b>Capítulo 4 Trajetória Metodológica.....</b>	<b>38</b>
4.1 Objetivo Geral.....	38
4.2 Objetivos específicos.....	38
4.3 Caminho Metodológico.....	39
<b>Capítulo 5 Resultados.....</b>	<b>46</b>
5.1 Apresentação dos Serviços.....	46
5.2 Análise dos dados encontrados nos prontuários da Estratégia de Saúde da Família I.....	47
5.3 Análise dos dados encontrados nos prontuários da Estratégia de Saúde da Família II.....	48
5.4 Análise dos dados encontrados nos prontuários do Ambulatório de Saúde Mental.....	49
5.5 Análise das entrevistas.....	52
5.5.1 Problemas e encaminhamentos em Saúde Mental de crianças identificados nas escolas, nos serviços de saúde e demais projetos e entidades encaminhadoras	54
5.5.2 A resolutividade dos atendimentos – importância da integralidade e intersetorialidade das ações e serviços e da construção de uma rede psicossocial	61
5.5.3 Biologização da Vida - concepção, posição dos serviços e/ou	63

dos pais frente aos problemas das crianças

<b>Considerações Finais.....</b>	<b>66</b>
<b>Referências Bibliográficas.....</b>	<b>68</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>74</b>
Anexo 1 Ficha para coleta de dados dos prontuários.....	74
Anexo 2 Temário da Entrevista com os Profissionais da Saúde.....	75
Anexo 3 Temário da Entrevista com os Profissionais da Educação.....	76
Anexo 4 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	77
Anexo 5 Tabela:Usuários em atendimento no Ambulatório de Saúde Mental	79
Anexo 6 Entrevistas Transcritas .....	94

## **Apresentação**

Ao iniciar esta apresentação, é necessário realizarmos uma breve justificativa do termo ‘demanda’ utilizado no título do trabalho. Segundo a definição do dicionário Aurélio (2010), demanda é a ação de demandar, que compreende buscar, procurar, pedir.

Para Baremlitt (1998), a criação da demanda está diretamente relacionada com a oferta, ou seja, é a oferta que vai produzir demanda. Assim, trabalha com dois importantes conceitos da análise institucional, a análise da demanda e análise da oferta. Entende-se por análise da demanda a análise e o deciframento do pedido de uma organização. É o material de acesso inicial a instituição que já contém valiosos aspectos conscientes, manifestos, deliberados, assim como todo um filão de não-ditos. Entende-se análise da oferta como um exercício em que a organização tem que analisar sua implicação no tocante à geração de demanda. Para o autor, em toda oferta de prestação de serviços subjaz a duvidosa mensagem na qual consiste a suposição de saber e de ter o que o outro precisa. Esse outro, por sua vez, não sabe que não tem e não entende o que é porque é complexo, sutil, técnico.

A encomenda também chamada de pedido, isto é, demanda latente ou encargo remete:

aos sentidos não explícitos, não manifestos, dissimulados, ignorados ou reprimidos, e que comportam uma demanda de bens ou serviços. Em uma acepção mais ampla, refere-se a uma solicitude ou exigência de soluções imaginárias ou de ações destinadas a restaurar a ordem constituída quando a mesma está ameaçada. (BAREMBLITT, 1998, p. 169).

A encomenda nunca coincide com a demanda e deve ser decifrada a partir dela, sendo que seu sentido varia segundo qual seja o segmento organizacional que a formula.

O interesse em estudar a demanda de Saúde Mental infantil em municípios de pequeno porte surgiu ainda no curso de graduação em Psicologia, no período em que fui estagiária na área da Saúde Mental em um CAPS I (Centro de Atenção Psicossocial) e no Ambulatório de Saúde Mental de um município de aproximadamente 30 mil habitantes. Como estagiária também na clínica escola da faculdade, em um núcleo de estágio centrado na clínica infantil de orientação psicanalítica, as crianças passaram a fazer parte do meu trabalho como psicóloga desde minha formação acadêmica.

Desde a primeira reunião de equipe no Ambulatório de Saúde Mental da qual participei, observei que muitos casos infantis discutidos naquele espaço, inclusive dois casos

de abuso sexual com crianças de seis e oito anos, eram encaminhados para uma lista de espera de psicoterapia. Tais situações me fizeram indagar quais as prioridades de atendimentos para casos complexos. Perguntava-me como esses iam direto para a lista de espera, e lá permaneciam entre três a seis meses pelo atendimento em ludoterapia individual, única ação ofertada para demanda infantil no serviço.

Após formada, ao iniciar no Programa de Aprimoramento Profissional em Saúde Mental e Saúde Pública<sup>1</sup>, trabalhei junto a dois municípios. No primeiro, fiquei em um CAPS I, e nele pude desenvolver atividades em serviços de atenção primária e ter contato constante com outros setores na tentativa de estabelecer um trabalho em rede. Atuei junto a duas Estratégias de Saúde da família com o objetivo de desenvolver Apoio Matricial em Saúde Mental, além de realizar reuniões com os outros setores como a Assistência Social na tentativa de promover ações de cuidado integral aos usuários do CAPS.

No segundo município, fiquei em uma Unidade Básica de Saúde, única unidade de saúde do município, realizei atendimento à demanda infantil que se encontrava em lista de espera para atendimento psicológico. Pude verificar a importância do diálogo com as escolas do município, que encaminhavam muitas crianças para o serviço de saúde. Indo até a escola, ouvindo e esclarecendo as queixas apresentadas, pude verificar a diminuição dos encaminhamentos e a maior resolutividade das queixas apresentadas.

Também participei não só na criação do Fórum Permanente de Saúde Mental da Região de Assis (CGR de Assis), desde a sua constituição, mas ainda na luta para sua manutenção como espaço de interlocução entre trabalhadores, gestores e usuários.

Esse Fórum Permanente, composto pelos seguintes doze municípios que compõem o Colegiado de Gestão Regional da referida região: Assis, Cândido Mota, Borá, Cruzália,

---

<sup>1</sup> Programa de Aprimoramento Profissional compõe O Programa de Bolsas para Médicos e Outros Profissionais de Nível Superior que atuam na Área da Saúde, criado pelo Governo do Estado de São Paulo, através do Decreto nº 13.919/79 e gerido pela Fundação de desenvolvimento Administrativo (FUNDAP). Tem por objetivo a formação e o aprimoramento de recursos humanos para a área da saúde. Assim, o Programa de Aprimoramento Profissional - PAP destina-se à complementação da formação de recém-graduados da área de saúde, exceto médicos, mediante treinamento em serviço em instituições de saúde - universitárias ou não - de elevado padrão científico e técnico e sob a orientação e supervisão diretas de profissionais especializados nas diversas áreas que integram ou apóiam a prestação de serviços de saúde.

O Programa de Aprimoramento em saúde Mental e Saúde Coletiva do Diretório Regional de Saúde DRS-IX (Marília) tem por objetivo “desenvolver habilidades e raciocínio clínico que possibilitem ao aprimorando: identificar, diagnosticar, organizar e executar tratamento no campo da Saúde Mental, no âmbito de sua área profissional; organizar e desenvolver projetos de assistência, tratamento e ressocialização a pacientes da Saúde Mental com caráter multiprofissional” e na perspectiva da capacitação para os novos serviços territoriais. Em 2010 o referido Programa foi desenvolvido em quatro municípios da região: Marília, Assis, Cândido Mota e Salto Grande.

Florínea, Ibirarema, Lutécia, Maracaí, Palmital, Paraguaçu Paulista, Pedrinhas Paulista e Tarumã, nasceu na plenária final do primeiro “Saúde na Roda: Que cenários estamos pintando?”, evento organizado pelos aprimorandos junto aos trabalhadores dos serviços de saúde dos municípios desse CGR.

Com a criação do Fórum Permanente de Saúde Mental da Região de Assis, procurou-se garantir um espaço de problematização das questões referentes à Saúde Mental da região, na tentativa de fomentar a discussão e propostas de ações para a demanda nesse setor, na perspectiva da Reforma Psiquiátrica, em sua maioria de pequeno porte.

No transcorrer de todos esses eventos que compuseram o processo de construção do Fórum Permanente percebeu-se que a Saúde Mental infantil não era problematizada, não porque os municípios desenvolvessem ações com crianças; mas, simplesmente porque estas não apareciam nas falas dos trabalhadores da saúde mental. Quando indagamos sobre essa questão, foi possível constatar a existência de uma grande demanda reprimida nos serviços, extensas listas de espera para atendimento infantil e a queixa de que não havia profissionais suficientes para atender a demanda. Enfim, houve muitas ‘queixas’ sobre o tema.

Assim, as propostas de temas de oficinas, de eventos, bem como discussões e de outras ações voltadas para a demanda infantil organizados pelo Fórum, eram sempre postergadas. Outros temas como, por exemplo, atenção à crise e à dependência química, acabavam sendo considerados mais urgentes para serem abordados por serem demandas avaliadas como urgentes de grande dificuldade para todos os municípios.

A problematização constantemente nos espaços coletivos acerca da atenção em saúde mental à infância nos serviços de saúde da região possibilitou que nós participantes, principalmente, a pesquisadora, colocássemos, naqueles momentos, em análise nossa relação com a temática e constatássemos os atravessamentos por que perpassavam a temática da infância e a saúde mental. Assim pudemos discutir as dificuldades de realizar diagnóstico, dialogar com a família, com a escola, e com outros setores e organizações envolvidos no atendimento à criança. Enfim, naquelas ocasiões pudemos colocar em análise nossa implicação. Ou seja, os participantes puderam analisar os aspectos afetivo-libidinais, políticos, profissionais e institucionais com a temática (Mourão, 2006).

O conceito de implicação advém da Socioanálise e remete à noção de não-neutralidade do pesquisador diante do tipo de conhecimento que produz, impossibilidade de apagamento das instituições de diferentes ordens que atravessam o pesquisador e são constitutivas do seu fazer. (ROCHA E DEUSDARÁ, 2010).

Segundo Monceau (2008), implicação é a relação que o indivíduo estabelece com a instituição, ele é tomado pela instituição querendo ou não. Portanto, não podemos confundir implicação com engajamento, com investimento.

No primeiro capítulo, fazemos uma pequena explanação sobre a Atenção Primária a Saúde<sup>2</sup> e suas estratégias. No segundo fazemos uma breve contextualização histórica do cuidado dispensado à população infanto-juvenil no Brasil e como atualmente tentamos romper com esse imaginário de que institucionalizar é cuidar. Através do estabelecimento de redes intersetoriais de cuidado à infância e da implantação de ações voltadas a essa população na atenção primária à saúde tentamos ir além dos cuidados propostos pelo modelo biológico de saúde. Já no terceiro capítulo, explanamos sobre a relação estabelecida entre as políticas de Saúde Mental e a Atenção Primária, enfatizando a necessidade de um trabalho multidisciplinar que visasse à integralidade do cuidado.

O quarto capítulo refere-se ao percurso metodológico da pesquisa, aponta seus objetivos e como trabalhamos para alcançá-los. No quinto capítulo, apresentamos os resultados encontrados a partir da análise dos dados encontrados nos prontuários dos serviços de saúde que atendem a demanda infantil em um município de pequeno porte do Estado de São Paulo e das entrevistas com profissionais e coordenadores pedagógicos de escolas. Por fim, apontamos algumas considerações referentes às análises realizadas.

---

<sup>2</sup> Optei por utilizar o termo Atenção Primária à Saúde como aparece nos textos oficiais das Conferências Internacionais e no referencial teórico utilizado. No entanto, em alguns documentos do Ministério da Saúde é utilizado o termo Atenção Básica, assim será encontrado esse termo quando nos referirmos a tais documentos.

## **Introdução**

O período da infância é considerado como determinante na vida de qualquer indivíduo, o que nele acontece adquire papel fundamental na formação do futuro adulto, pois essa fase é marcada por importante desenvolvimento físico, intelectual e emocional. Nesse trabalho, utilizamos o conceito de infância<sup>3</sup> como um período do desenvolvimento humano, no qual envolve seus aspectos físicos, intelectuais e subjetivos da criança até os 12 anos.

Entretanto, é necessário ressaltar que o homem é um ser social e como tal a infância precisa ser compreendida como um fenômeno social e dialético construído em consequência de uma prática social, em um tempo histórico (BOARINI E BORGES, 1998).

Para alguns autores como Postman (1999), a atual representação da infância, como estrutura social e condição psicológica é fruto de uma invenção histórica e social e, por essa razão, pode vir a assumir outro estatuto ou desaparecer. Essa representação da infância surge no século XVI junto com os ideais da burguesia e a ascensão do capitalismo.

Na Idade Média, a criança não ocupava lugar particular, não havia diferença em trabalhos, jogos, trajas e festas. Em História Social da Criança e da Família, Philippe Ariès (1978) analisa pinturas e artefatos desse período e constata que as crianças eram retratadas como adultos em miniatura, não ocupavam espaço próprio na rede social. Durante o Sistema Feudal, como não havia mobilidade social, ao vir ao mundo, o homem ocupava lugar definido numa rede social bem articulada e estabelecida pela tradição. Não se concedia lugar especial à criança e a sua educação, pois seu destino já estava traçado por sua posição hierárquica, vassalo ou senhor.

Devido à Revolução Francesa, busca-se na ciência definição do novo cidadão, esse cidadão livre torna-se base para a oposição entre adulto e criança e esta é oferecida aos especialistas da ciência e da educação. Nessa perspectiva seria possível o aparecimento, em momentos diferentes, da pedagogia, pediatria, psicologia e uma série de especialistas que, legitimados pelo saber, vão buscar preparar a criança para se tornar um adulto moldado aos ideais burgueses em ascensão.

No Brasil, a partir do século XIX, o conceito de infância adquire novos significados e dimensão social. A criança deixa de ser objeto de interesse, preocupação e ação no âmbito privado da família e da igreja para tornar-se uma questão de cunho social, de competência

---

<sup>3</sup> É importante ressaltar, no entanto, que, nos documentos oficiais das políticas públicas brasileiras, sempre há referências à categoria que une infância e adolescência, nas quais essa categoria aparece nomeada muitas vezes como infante-juvenil, e abarcam o período 0 a 18 anos incompletos.

administrativa do Estado. Com o advento da República, o Brasil passa a buscar uma identidade nacional, na tentativa de fundar uma nação. Investir na infância passou a significar “civilizar” o país. Cuidar da criança e vigiar sua formação moral era salvar a nação. (RIZZINI 2008).

Segundo Rizzini (2008), foi também no final do século XIX(,) que, no Brasil, atribuiu-se ao jurista o papel de ser mais incisivo no controle social. Assim, legitima-se a intervenção autoritária do poder público sobre a população (por exemplo, defendendo que se anulasse a ficção do pátrio poder), sob o disfarce de uma ação humanitária de “prevenção moralizante e salutar”. Em síntese, a partir daquela época ,surge um aparato médico-jurídico-assistencial que tem como função prevenir, educar e recuperar. A criança passa a ser o centro de uma ação disciplinar, tendo em vista o seu papel como “chave para o futuro”. A aliança firmada entre justiça e assistência torna-se politicamente viável ao servir de função regulatória de enquadrar os indivíduos, desde a infância, à disciplina e ao trabalho. A nação brasileira precisava ser saneada e civilizada:

Em nome da manutenção da paz social e do futuro da nação, diversas instâncias de intervenção são firmadas, de modo a classificar cada criança e colocá-la em seu devido lugar. Será da medicina (do corpo e da alma) o papel de diagnosticar na infância possibilidades de recuperação e formas de tratamento. Caberá à Justiça regulamentar a proteção (da criança e da sociedade), fazendo prevalecer a educação sobre a punição. À filantropia – substituta da antiga caridade – estava reservada a missão de prestar assistência aos pobres e desvalidos, em associação às ações públicas. A composição desses movimentos resultou na organização da Justiça e da Assistência (pública e privada) nas três primeiras décadas do século XX. Com discursos e práticas que nem sempre se harmonizavam entre si, a conexão jurídico-assistencial atuará visando um propósito comum: ‘salvar a criança’ para transformar o Brasil (RIZZINI, 2008. p.26-27).

No início do século XX, com a propagação da importância da assistência a crianças e adolescentes, gerada por questões demográficas e pela saúde das populações, engendrou-se um conjunto de medidas assistenciais. Tais medidas, calcadas na lógica higienista e de cunho normativo-jurídico, aumentaram a oferta de instituições fechadas e ,em sua maioria, sob a tutela do campo filantrópico. A criança passa a ser vista como o futuro homem higienizado; por isso, tornou-se fundamental o início de um trabalho educativo, e coube à higiene mental o papel de orientação científica das famílias:

A imagem da criança como barro a ser moldado, para o bem ou para o mal, presta-se para justificar a necessidade de investir em sua educação. O canal de entrada é a família, porém logo se investe na criação de instituições capazes de fragmentar o



poder atribuído à família. A escola ocupará um papel fundamental neste sentido, já no século XVI. Outras instituições e medidas de intervenção mais claramente coercitivas surgirão para lidar com as famílias pobres, cuja relação com a Igreja e o Estado se dava em outras bases, ou seja, de submissão pela dependência ou pela força (RIZZINI, 2008. p. 98).

Ao conceber que a doença mental e o crime poderiam ser objetos de medidas profiláticas, o movimento da Higiene Mental<sup>4</sup> entende, ou defende que o ponto de partida é a observação dos primeiros sinais de desvio da conduta aparecidos na infância. Desse modo, a atenção dos psiquiatras se volta para as crianças. Porém, esses profissionais percebem que quase nada sabem sobre o significado das perturbações da conduta infantil tratadas, até então, basicamente com procedimentos punitivos. Segundo Cirino (2001), a psiquiatria infantil, enquanto clínica específica com conceitos e métodos, só se estabelece a partir da década de 1930, e, com influência da psiquiatria francesa, chega ao Brasil nas décadas de 1950-1960.

Assim, os primeiros estudiosos dos problemas infantis centralizaram suas investigações nas desordens evidentes com intuito de remediá-las, investiram no aperfeiçoamento da assistência pública em ambientes fechados, com prioridade aos delinquentes, aos retardados e às crianças abandonadas e maltratadas. Há uma reorganização da Medicina, uma vez que a mesma desloca sua intervenção também para a prevenção de doenças, e isso aumenta seu papel na sociedade, bem como sua importância como apoio técnico-científico ao exercício de poder do Estado, assim a criança passa a ser problema do Estado.

Nos anos de 1920, ocorre a expansão das instituições psiquiátricas nos principais centros urbanos brasileiros. A instituição psiquiátrica busca legitimar-se como uma das instâncias reguladoras do espaço social, extrapola os limites do asilo clássico, constrói um saber psiquiátrico preventivo ao qual se vincula o surgimento da psiquiatria infantil.

De acordo com Rizzini (2008), cria-se um conjunto de medidas calcadas na lógica higienista e de inspiração normativo-jurídica que expandiu a oferta de instituições fechadas

---

<sup>4</sup> No início do século XX, inicia-se no Brasil o movimento de Higiene Mental. Esse movimento, consolidado em 1923 com a criação da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), foi um desdobramento do movimento higienista brasileiro, voltado para proteção da saúde psíquica dos indivíduos. A expansão das ações higienistas para a mente – compartilha da concepção de que era preciso, além de um trabalho curativo, realizar um trabalho preventivo e coletivo com a população. Tais ações coletivas seriam voltadas para o comércio, a indústria, a educação, a justiça, a imigração e, especialmente, para a família (MOURA & BOARINI, 2012).

para o cuidado de crianças e adolescentes em sua maioria sob a tutela do campo filantrópico. O Estado era levado a oficializar o modelo em curso e a concepção da criança a ser assistida: a deficiente social (pobre), deficiente mental e deficiente moral (delinquente). Observa-se que, em geral até os idos de 1900, não se costumava fazer distinção entre a fase da infância e da adolescência. O uso corrente do termo menor dotado de uma conotação diferente da anterior: torna-se uma categoria jurídica e socialmente construída para designar a infância pobre-abandonada e delinquente. Ser menor era carecer de assistência e, portanto, sinônimo de pobreza, baixa moralidade e periculosidade.

A intervenção psiquiátrica começa com a atuação médica na assistência escolar, prática que detecta possíveis distúrbios degenerativos, classifica e separa as crianças conforme sua evolução psicológica individual. Em 1932, a Liga Brasileira de Higiene Mental inaugura a Clínica de Eufrenia, cuja proposta era atuar na formação da mente infantil, com atendimento a crianças dos primeiros meses de vida aos 12 anos de idade. Em 1934, a clínica é incorporada ao serviço ambulatorial do Centro Psiquiátrico Nacional e ganha foro de instituição assistencial pública. (BRASIL, 2005).

A medicina higienista com suas ramificações de cunho psicológico e pedagógico atuará no âmbito doméstico, de forma a mostrar-se eficaz na tarefa de educar as famílias a exercerem vigilância sobre seus filhos. Para aqueles que não pudessem ser cuidados por suas famílias, geralmente esse fracasso era atribuído às famílias pobres, o Estado passaria a desempenhar essa função.

Segundo o documento do Ministério da Saúde, intitulado “Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-juvenil”, publicado em 2005, vários estudos demonstram as graves consequências da institucionalização prolongada para o desenvolvimento psicológico, afetivo e cognitivo de crianças e adolescentes. No entanto, ainda se mantém o imaginário de que a institucionalização protege as crianças das más influências do seu meio. Após metade do século XX, esse modelo cai em desuso para os filhos dos ricos, torna-se quase inexistente há vários anos; no entanto, essa modalidade de educação é mantida para os pobres. (BRASIL, 2005).

Apenas no final da década de 1980, como resultado de amplo processo de debate por toda a sociedade brasileira, houve a promulgação da Carta Constitucional de 1988, marco da democracia e dos direitos de cidadania, em que se inclui os da criança e do adolescente. Assim, o artigo 227 estabelece:

“É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade ao direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.” (BRASIL, 1988, p. 148).

Esse reconhecimento da condição de sujeitos de direitos tributados à criança e adolescentes resultou na promulgação da Lei nº 8.069, de 13/07/1990, conhecida como Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990).

A criança e o adolescente, agora reconhecidos enquanto cidadãos passam a ser considerados sujeitos singulares com direitos e deveres como todo cidadão. Enquanto sujeitos do seu sofrimento-existência, passam a ser co-responsáveis por sua própria demanda:

O sujeito criança ou adolescente é responsável por sua demanda, seu sofrimento, seu sintoma. É, por conseguinte, um sujeito de direitos, dentre os quais se situa o direito ao cuidado. Mas, a noção de sujeito implica também a de singularidade, que impede que esse cuidado se exerça de forma homogênea, massiva e indiferenciada (BRASIL, 2005 p.11).

A partir desse momento, emerge a necessidade de criar políticas e ações de cuidado específicas para essa população que até então tinham os modelos de atenção dos adultos adaptados para eles, sem a elaboração de ações de cuidados específicas de acordo com suas próprias demandas. Ao longo da história, a criança e o adolescente não possuem escuta para seu próprio sofrimento; então, fica a cargo do adulto fazê-lo por eles:

Não se tomará o que se diz desses sujeitos como substituto de sua própria palavra, o que implica que as demandas formuladas por outros sobre a criança ou jovem (pais, familiares, professores, etc.) sejam ouvidas como demandas desses sujeitos que as formulam. É preciso, pois, dar voz e escuta às crianças e jovens dos quais se trata. Reconhece-se, assim, o sofrimento mental da criança ou adolescente como próprios, o que não é prática corrente, caracterizada por uma leitura moral em que o outro sempre fala pelo sujeito ao qual nunca se dá voz (BRASIL, 2005 p.11-12).

No Relatório da II Conferência Nacional de Saúde Mental (1992), são apontados os efeitos perversos da institucionalização de crianças e adolescentes. O Relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001) define que não fossem postergadas as ações político-assistenciais necessárias para que um novo tempo se instaurasse no que diz respeito ao cuidado e tratamento da população infanto-juvenil (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2002).

O Movimento da Reforma Psiquiátrica trouxe significativos avanços para o cuidado dos usuários dos serviços de saúde mental. Mas é apenas no Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial (2010) que aparecem diretrizes específicas para a demanda infanto-juvenil. Esse Relatório destaca o desenvolvimento de ações intersetoriais, transdisciplinares, de assistência e de promoção de Saúde Mental nos três níveis de atenção. Aponta também que as exigências colocadas no processo de consolidação da política de Saúde Mental infanto-juvenil implicam a construção de redes que respondam não apenas aos desafios presentes nos grandes centros urbanos, mas também aqueles existentes em municípios de pequeno porte populacional. Assinala ainda a necessidade de se fortalecerem as ações de Saúde Mental das equipes da atenção primária no cuidado a crianças e adolescentes com sofrimento psíquico e garantir a educação permanente de seus profissionais.

Atualmente, um dos maiores desafios para a Saúde Mental é a construção de uma política voltada para a população de crianças e adolescentes que considere suas peculiaridades e necessidades e que siga os princípios estabelecidos pelo SUS. A necessidade de constituição de uma rede ampliada de atenção em Saúde Mental para a criança e o adolescente exige que essa rede seja pautada na intersetorialidade e co-responsabilidade.

Assim, faz-se necessário problematizar os cuidados dispensados historicamente à população infanto-juvenil no Brasil, pois essa cultura de institucionalização do cuidado dispensado na área da Saúde Mental ainda está presente no imaginário social, e continua influenciando a formação dos profissionais dos serviços de saúde. Pouco se tem produzido a respeito do atendimento de crianças e adolescentes na área da saúde, por conseguinte, este ficarelegado à área jurídico-assistencial.

Desse modo, o presente trabalho objetiva fazer problematização acerca das políticas e ações desenvolvidas para essa demanda. Busca romper com essa lógica proposta pela medicina biológica que cada vez mais patologiza e medicaliza a infância.

## Capítulo 1: Atenção Primária à Saúde no Brasil

A Atenção Primária à Saúde tem sido foco das discussões em saúde em todo o mundo. Várias Conferências e Relatórios internacionais, entre eles, a I Conferência Internacional de Saúde, Alma-Ata, em 1978; 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde – Ottawa, Canadá, em 1986; Conferência de Adelaide, Austrália, 1988; Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde e Equidade em Bogotá, Colômbia, 1992; 4ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde: Jakarta, Indonésia; V Conferência do México, 2000, têm apontado o investimento na Atenção Primária como a forma mais eficaz na produção de um sistema de saúde resolutivo (BUSS, 2000).

Em 1978, realizou-se a Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde em Alma-Ata promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Segundo a Declaração Oficial da Conferência de Alma-Ata, a Atenção Primária à Saúde é fundamentalmente a assistência sanitária posta ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, com sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar. A APS, uma vez que constitui o núcleo do sistema nacional de saúde, faz parte do conjunto do desenvolvimento econômico e social da comunidade.

A Conferência de Alma-Ata afirmou que a APS era chave para alcançar em todo o mundo em um futuro previsível em nível aceitável de saúde que fizesse parte do desenvolvimento social e se inspirasse em um espírito de justiça. A meta foi proposta para o ano 2000. A Declaração de Alma-Ata definiu que a APS deveria ser orientada de acordo com os principais problemas sanitários da comunidade e prestar atenção preventiva, curativa, de reabilitação e de promoção de saúde. Não se restringe a um programa específico ou à prestação de serviços por meio de pacotes básicos. Deve estar interligado com os outros níveis de atenção. (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2009)

A denominação “Atenção Primária de Saúde” vem sendo empregada para modelos distintos de organização e oferta de serviços de saúde em vários países ao redor do mundo.

De acordo com o Ministério da Saúde, a Atenção Básica:

[...] caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (BRASIL, 2012, p.19).

Sendo assim, ela se constitui como a porta de entrada preferencial do SUS, também para as ações em Saúde Mental. Coloca-se como uma aposta do Ministério da Saúde para fazer avançar o SUS com vista à integralidade da atenção, também para ações de Saúde Mental.

Atenção primária à saúde é considerada de maior importância porque é a partir e em função dela que se organizam os demais pontos contínuos de atenção. É isso que imprime à atenção primária à saúde o caráter de estratégia. A Atenção Primária deveria ser capaz de resolver em torno de 90% dos problemas de saúde dos usuários. (MENDES, 2001).

No cotidiano dos serviços, muitos profissionais ainda trabalham pautados no Modelo médico especializado, voltado às doenças e à cura, tentam responder às situações agudas, fragmentadas, individuais. Assim, a complexidade da construção da Atenção Básica no Brasil está relacionada com a tradição clínica individual e curativista que muitas vezes se opõe às atividades de prevenção/promoção de saúde.

Um dos problemas que mais afetam os serviços é a falta de profissionais e a dificuldade de fixação desses profissionais, isso ocorre principalmente nos pequenos municípios que muitas vezes perdem seus profissionais para os municípios maiores e mais ricos. Esses profissionais acabam ficando à mercê das flutuações de mercado e de eleições municipais. Assim, um dos desafios da Atenção Básica e do próprio SUS é criar possibilidades para afirmar-se como sistema articulado e regionalizado e definir uma política pública do Estado brasileiro, capaz de garantir a quantidade e qualidade de profissionais necessários de acordo com critérios epidemiológicos e os princípios do SUS. (CUNHA, 2010).

Constitui-se assim um fetiche tecnológico que se traduz, nas políticas de saúde, em uma desvalorização da atenção básica, assim como em um empecilho concreto à implementação de algumas de suas funções mais importantes como a função de “filtro” (ou “porta”) e a função de coordenação clínica. É necessário, então, enfrentar politicamente o “fetiche da tecnologia” vinculado à concepção de saúde como “bem de consumo” (e não como um direito), para que se reconheça sem nenhum desmerecimento aos outros serviços de saúde e especialidades, a urgência de se inverter a proporção de profissionais especializados na atenção básica em relação aqueles dedicados à outros serviços de saúde. (CUNHA, 2010, p.32).

Um importante dispositivo para a superação do modelo médico especializado é a Estratégia de Saúde da Família que se propõe justamente a reorganizar o modelo de saúde vigente. Faremos uma explanação sobre as origens da ESF e sua tentativa de efetivar os princípios do SUS.

### **1.1 Estratégia de Saúde da Família: Redirecionando o modelo em saúde**

O Programa de Saúde da Família - PSF - nasceu da necessidade de se romper com o modelo assistencial em saúde, hegemônico no Brasil, caracterizado por oferecer atenção curativa, medicalizante, verticalizada, individualista, centrada no médico e de pouca resolutividade em termos dos problemas dos usuários do sistema. Além disso, o Programa tem como proposta a criação de novo modelo de atenção que prioriza ações de promoção à saúde e serviços mais próximos da comunidade. Dessa forma, é visto como dispositivo essencial na reorganização da atenção básica à saúde e na reorientação do modelo assistencial, já que visa imprimir nova dinâmica de trabalho na saúde pública.

Oficializou-se em 1994 enquanto serviço de saúde em território brasileiro. No início, foi implantado em regiões de escassa assistência à população, com o objetivo de atender às minorias sem acesso a serviços de saúde. Por esse programa inicial ser considerado potente para a universalização do atendimento a saúde e para implementar os preceitos da reforma sanitária brasileira, passou a haver um esforço e um incentivo para que se tornasse Estratégia de um projeto único do sistema de saúde e responsável pela Atenção Primária à Saúde. Assim, desde 2004, tem sido denominado Estratégia de Saúde da Família. (CAMARGO-BORGES e CARDOSO, 2005).

A Saúde da Família difere da saúde familiar, não se reduz a simplesmente desenhar um sistema de adscrição de famílias a uma equipe médica que, próxima e humanizadamente, atende as famílias na mesma lógica especialista. Ao contrário, sem negar às famílias atenção médica de boa qualidade, a saúde da família procura funcionar sob os ditames da prática sanitária de vigilância à saúde e, portanto, estará referida pela saúde e não exclusivamente pela medicina.

O dilema de superar a etapa da expansão quantitativa de acesso à ESF<sup>5</sup> e passar a uma discussão mais formuladora da consolidação da qualidade das ações do programa e sua respectiva integração com o restante da rede do SUS, marcam o cerne das discussões teóricas atuais. Essas discussões se traduzem como desafios pragmáticos para os gestores de saúde, sobretudo no nível municipal.

---

<sup>5</sup> Assim, a Estratégia de Saúde da Família foi um desdobramento do Programa de Saúde da Família implantado no ano de 1994, tornando-se estratégia no ano de 2004. Essa mudança será explanada neste mesmo capítulo.

A ESF não foi implantada somente para organizar a atenção primária no SUS temporariamente, mas essencialmente para estruturar esse sistema público de saúde, uma vez que houve um redirecionamento das prioridades de ação em saúde, reafirmação de uma nova filosofia de atenção à saúde e consolidação dos princípios organizativos do SUS.

Em 2006, é lançada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) cujo objetivo é revitalizar a Atenção Básica à saúde no Brasil calcada na atuação da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Esse evento teve como participantes segmentos de setores acadêmicos, trabalhadores do SUS, profissionais da saúde, usuários e entidades da sociedade civil organizada. O documento que serve de referencial resultou na redefinição dos

[...] princípios gerais, responsabilidades de cada esfera de governo, infra-estrutura e recursos necessários, características do processo de trabalho, atribuições dos profissionais, e as regras de financiamento, incluindo as especificidades da Estratégia Saúde da Família. (BRASIL, 2006, p. 03).

No ano de 2011 o Ministério da Saúde aprova a Portaria n 2.488 que estabelece “a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)” e revoga a Portaria n 648 de 2006 (BRASIL, 2012, p.13).

A Estratégia da Saúde da Família (ESF) configura-se como principal modalidade de atuação da atenção básica. Seus princípios são: atuação no território através do diagnóstico situacional, enfrentamento dos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade, em que se busca o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo; bem como a integração com instituições e organizações sociais e ser espaço de construção da cidadania.

Atividades de Educação Permanente pode ser uma importante ferramenta para auxiliar as equipes multiprofissionais da atenção básica na incorporação de tecnologias leves, entendidas como acolhimento, vínculo e responsabilização, em contraponto às tecnologias leves-duras (saberes e práticas bem estruturados) e duras (máquinas e instrumentos), para dar conta tanto da necessária ampliação da capacidade para detecção das situações de violência, como da identificação de alternativas no âmbito das parcerias comunitárias que permitam a construção das redes sociais de apoio e o enfrentamento das situações de violência. Uma efetiva incorporação da atenção à Saúde Mental na rede básica deve ocorrer com suporte de equipes atuantes e solidárias no repasse e intercâmbio de conhecimentos e tecnologias de



intervenção, para lidar com as dificuldades emocionais que este enfrentamento traz (TANAKA; RIBEIRO, 2012).

É na Atenção Primária que deveriam chegar todos os tipos de queixa referentes à Saúde Mental Infantil. Dessa forma, acentua-se a importância do conhecimento e da atenção que os profissionais dos serviços públicos de saúde dão às queixas e sintomas de Saúde Mental. A escuta cuidadosa das queixas pode possibilitar uma intervenção efetiva por parte da equipe local. Por outro lado, um encaminhamento adequado das crianças com problemas mentais para serviços especializados pode permitir intervenção terapêutica precisa e oportuna. (BRASIL, 2005).

De acordo com a pesquisa realizada por Boarini e Borges (1998), a maioria dos casos atendidos nos serviços de saúde mental da rede pública refere-se aos problemas de aprendizagem ou escolares, questões estas que não necessariamente necessitam de intervenções específicas de um profissional de saúde mental. Para as autoras, esse dado pode sugerir que, “além de não existir suficiente oferta de serviços para atender àquelas crianças que, provavelmente, necessitam de atendimento especializado em saúde mental, a maior parte do tempo do profissional é absorvida em atendimentos, muitas vezes, dispensáveis” (BOARINI & BORGES, 1998, p.85).

Atenção em saúde mental na atenção básica está distante de ser alcançada, bem como parece que são poucas as diretrizes e políticas voltadas para essa temática. Assim, a seguir, nós nos propomos a fazer uma apresentação de como a saúde mental tem-se relacionado com a infância, e também um retrospecto histórico acerca das políticas públicas voltadas a criança no Brasil.

## Capítulo 2: Saúde Mental e Infância

As políticas de saúde estão relacionadas, historicamente, com os processos de urbanização e industrialização. No século XIX, com as grandes aglomerações populacionais, nascem medidas de cunho higienista que buscam mudar hábitos alimentares, de moradia, vestimentas que eram, até então, os principais responsáveis pelos altos índices de mortalidade da população, notadamente da população infantil.

No século XIX, o conhecimento científico sobre as condições de saúde das coletividades humanas encontrava expressão no estudo da higiene, disciplina que se formava sob a influência do intenso processo de transformações pelo qual passavam as sociedades europeias com o advento da industrialização e da urbanização. Londres, Paris, Berlim e, no continente americano, Nova Iorque, atingiram a marca de um milhão de habitantes naquele século, caracterizando o fenômeno da formação das sociedades de massas e de intenso processo de publicação de relatórios médicos e propostas de reformas sanitárias e urbanas. (FINKELMAN, 2002. p.29-30).

As leis de proteção à infância, desenvolvidas nas primeiras décadas do século XX no Brasil, também faziam parte da estratégia de educar o povo e sanear a sociedade. As leis visavam prevenir a desordem, à medida que ofereciam suporte às famílias nos casos em que não conseguissem conter os filhos insubordinados. Esses poderiam ser entregues à tutela do Estado, caso se julgasse necessário, sobretudo quando a pobreza deixava de ser “digna” e a família era definida como sendo contaminada pela imoralidade (RIZZINI, 2008).

Essa apropriação pelo Estado da infância no Brasil gera um quadro de institucionalização dessas crianças e adolescentes que influenciam o imaginário social até os dias de hoje. Começa com a criação de internatos para a educação da prole das famílias abastadas, desde a Grécia Antiga, onde os filhos herdeiros das famílias nobres precisavam ser educados para gerirem suas fortunas. Tais instituições deram origem à criação de grandes asilos para abrigarem a população de pobres e indigentes com o processo de criação e desenvolvimento dos grandes aglomerados urbanos.

Dos cuidados reservados à infância pobre no século XIX, a principal referência que encontramos é a chamada Roda dos Expostos, existente nas principais capitais brasileiras desde o século XVIII (MARCÍLIO, apud RIBEIRO, 2006). Essa Roda constituía de um cilindro de madeira, numa parede ou muro com abertura de um único lado, voltada para a rua, em que a mãe desejosa de se desfazer do filho recém-nascido colocava-o envolto em panos. Em seguida, rodava a engenhoca no sentido rua/asilo ou hospital (dependendo da instituição

que abrigaria as crianças ali expostas), ali deixava a criança. Das instituições de assistência, pouquíssimas eram destinadas à infância. (RIBEIRO, 2006, p.34).

Essa cultura institucional para o cuidado a criança e adolescente tem fortes influências das religiões cristãs que viam a igreja e as escolas administradas por ela, como o melhor lugar para ocorrer a educação que muitas vezes consideravam que as famílias não eram capazes de fornecer dentro dos preceitos religiosos:

Para os protestantes, a escola era importante, porém vista como um complemento à ação da família. Ao passo que para os católicos, a escola tornou-se o centro do poder e, com frequência, usada para substituir a família. Isso, a meu ver, explica porque o abandono em massa de crianças e a prática de depositá-las em instituições asilares estiveram historicamente associados ao universo católico. Por trás estava o pressuposto de que a criança precisava ser mantida sob constante vigilância, fora da família, se preciso. Como veremos, este tipo de prática criou fortes raízes nos países católicos, em particular no Brasil. (RIZZINI, 2008, p. 99).

A Saúde Mental Infantil no Brasil, enquanto campo de intervenção, cuidados e estudos sobre a criança, não teve nada estruturado ou sistematizado até o século XIX, quando surgiram as primeiras teses em psicologia e em psiquiatria. No ano de 1852, é criado o primeiro hospital psiquiátrico brasileiro o Hospício D. Pedro II, seguido de vários outros ao longo do território nacional (RIBEIRO, 2006)

Até então, no Brasil, a criança era objeto de pesquisas e teses dentro das Faculdades de Medicina e da iniciante psiquiatria infantil que tentava se constituir enquanto campo de pesquisa e de atuação. A criança necessitava ser protegida e educada, assim essas faculdades desempenhavam a função de divulgar os ideais higienistas na tentativa de preservá-las dos males que as levariam à morte prematura.

Assim, segundo o autor, a higiene com suas medidas profiláticas e seus cuidados morais voltados à criança tem significativa influência na psiquiatria infantil brasileira, pois, mesmo não voltando seu olhar para a patologia mental propriamente dita, lançou bases para uma medicina que se preocupava com a criança e seu desenvolvimento.

O quadro sanitário que se desenvolvia na época estava associado à educação moralista proposta pelos higienistas com o objetivo de manter a ordem social tão almejada. Não havia uma distinção clara entre a higiene do corpo e a higiene mental. A educação moralista buscava “poder conservar bem mais que a saúde física, visto que acreditavam que a moralidade se desenvolveria espontaneamente a partir da higienização dos corpos”. (ZANIANI, 2008. p. 50).

As crianças consideradas normais eram institucionalizadas através das escolas e internatos. Já as crianças tidas como insanas, eram internadas nos manicômios, onde dividiam espaço com os adultos, pois não havia estudos ou instituições específicas voltados às crianças nesse período.

A criação de alas específicas para o atendimento infantil dentro dos grandes manicômios brasileiros, como o Pavilhão Bourneville do Hospício da Praia Vermelha em 1903 e o pavilhão infantil criado por Franco da Rocha no Juqueri em 1929, gerou a criação de escolas para que as crianças pudessem receber orientação pedagógica (RIBEIRO, 2006).

Nas primeiras décadas do século XX, a preocupação com a criança saiu da Academia e foi concretizada por iniciativas precursoras em instituições que se voltaram especificamente para os cuidados com a infância. Essa preocupação com a criança e os cuidados assistenciais a ela destinados era oriunda principalmente de iniciativas particulares, com características filantrópicas e assistencialistas, sem intervenção ou iniciativa de peso por parte do governo e do poder público, que aplaudia a atuação dos médicos, mas não intervinha de forma sistemática. (RIBEIRO, 2006).

Fechavam-se os trinta primeiros anos da República com um investimento na criança pobre vista como criança potencialmente abandonada e perigosa, a ser atendida pelo Estado. Integrá-la ao mercado de trabalho significava tirá-la da vida delinquencial, ainda associada aos efeitos da politização anarquista e educá-la com o intuito de inculcá-la a obediência. Pretendendo domesticar as individualidades e garantido com isso os preceitos de uma prevenção geral, os governos passaram a investir em educação, sob o controle do Estado, para criar cidadãos a reivindicar disciplinadamente segundo as expectativas de uma direção política cada vez mais centralizadora. Para tal, escola e internato passam a ser fundamentais. (PASSETTI, 2006, p. 355).

Assim, podemos notar que, ao longo da história do Brasil, desde seus primórdios no período colonial, as políticas voltadas à infância eram de ordem assistencialista, filantrópica e de cunho higienista. O Estado desqualifica o poder e a função educadora da família ao delegar às instituições, muitas delas de orientações e administrações religiosas, o papel de proteger e educar a criança, principalmente as crianças pobres.

## **2.1 Políticas e Ações na Área da Saúde voltadas à Infância**

No Brasil, é fato recente o reconhecimento, pelas instâncias governamentais, de que a Saúde Mental de crianças e jovens é uma questão de saúde pública e deve integrar o conjunto de ações do Sistema Único de Saúde (SUS). Historicamente, as ações relacionadas à Saúde Mental da infância e adolescência foram, no país, delegadas aos setores educacional e de

assistência social, com quase ausência de proposições pela área da Saúde Mental (COUTO; DUARTE e DELGADO 2008).

Segundo esses autores, a inclusão tardia da Saúde Mental infantil e juvenil na agenda das políticas de Saúde Mental, nacional e internacional, pode ser atribuída a diversos fatores. O primeiro é a extensa variedade de problemas relacionados à Saúde Mental da infância e adolescência. Outro é a falta de pesquisas epidemiológicas consistentes que considerem a especificidade de fatores regionais/culturais na proteção ou risco à Saúde Mental de crianças e jovens. O terceiro fator é a inexistência, até há bem pouco tempo (atrás), em todos os países, de evidências empíricas de qualidade sobre a eficácia e a efetividade de tratamentos para transtornos mentais infantis. Finalmente, os autores apontam que a dificuldade de inclusão da Saúde Mental infantil no campo da saúde pública, por frequentemente envolver atividades múltiplas e de vários setores autônomos à Saúde Mental, costumam ser um trabalho muito fragmentado.

Atualmente, o número de especialidades que se ocupam do desenvolvimento infantil é muito grande. São elas: a neurologia, a psicologia, a psicanálise, a psicopedagogia, a psicomotricidade, a fonoaudiologia, entre outras. A única possibilidade de que a intervenção nessas diversas áreas não tenha um caráter iatrogênico é a articulação inter e transdisciplinar entre as mesmas. Daí ocorrer uma mudança entre as práticas de trabalho segmentadas presentes no modo asilar para a composição de equipes interprofissionais que conceituam seu objeto de intervenção de maneira ética, pautada na co-responsabilização de seu tratamento e buscar sua autonomia como propõe o modo psicossocial.

Devido à influência das neurociências, temos um aumento cada vez maior da patologização infantil em que o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), caracterizado Podemos verificar que a própria escola e o professor passam a diagnosticar o aluno, uma vez que têm cada vez mais presentes, parâmetros de normalidade divulgados na mídia: jornais, revistas, televisão, programas de rádios, sites etc. Assim, a própria escola classifica e encaminha a criança para a neurologia ou psiquiatria. Portanto, faz-se necessário mudarmos a concepção vigente sobre a infância, concepção esta que predomina atualmente, pautado também na biologização da vida.

O conceito Biologização da Vida se relaciona com outros elaborados a partir da emergência da medicina como saber técnico científico voltada para a disciplinarização da força de trabalho, higienização dos espaços e controle das relações sociais, como medicalização do social e biopoder (BASTOS, 2013).

Assim é importante ressaltar que Zola apud (Bastos, 2013) denominou de medicalização a expansão da ação da medicina para problemas de ordem espiritual e moral ou legal e criminal.

Também Ilich utilizou-se desse mesmo termo para conceituar a utilização de termos médicos para compreender problemas sociais por intermédio da busca de sua origem biológica.

Finalmente Foucault (1988) definiu que a biopolítica age na espécie. Ela se preocupa em cuidar de todo o processo de vida desde o nascimento até a morte, enfim com a saúde da população. A biopolítica cria técnicas de gestão da vida, nas quais o biológico é o centro das discussões políticas, com o objetivo de modificá-la, transformá-la, aperfeiçoá-la para melhor manejá-lo. Para Foucault (1988), a valorização e o investimento sobre o corpo vivo, bem como a gestão distributiva de suas forças foram indispensáveis para o desenvolvimento do capitalismo.

Na infância, esse processo de biologização ou medicalização ocorre na educação, por intermédio, principalmente do diagnóstico do Transtorno de Distúrbio de Atenção e Hiperatividade (TDAH).

O diagnóstico de TDAH é feito com base nos sintomas relatados pelo paciente ou seus familiares e devidamente interpretados por um especialista, somos informados que não há nenhum exame que dê o diagnóstico. Embora baseado em um questionário disponível na página para ser impresso e respondido por familiares, professores e quem mais quiser, a ênfase é grande e compreensível: o diagnóstico só pode ser feito por um especialista. Palavra mágica: transmite rigor e confiança e defende o mercado de trabalho (MOYSÉS; COLLARES, 2011, p.79).

A partir de 2009, o Brasil tornou-se o segundo maior consumidor mundial do metilfenidato (MPH), há uso intensivo por crianças e adolescentes rotulados como portadores de TDAH. O metilfenidato é comercializado no Brasil com os nomes de Ritalina e Concerta (Brasil, 2012).

Esse fenômeno da medicalização do social tão em evidência no mundo contemporâneo não deixa escapar a população infante-juvenil. Podemos observar um aumento cada vez maior de consumo de psicotrópicos pela infância, principalmente nas crianças em idade escolar.

Segundo Boarini & Borges (2009), a psicofarmacologia na infância ainda não responde a muitas questões porque os parâmetros usados ainda são extrapolações dos pacientes adultos. Esse alerta é confirmado e expresso nas informações técnicas contidas nas bulas do cloridrato de metilfenidato.

O Relatório Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-juvenil (BRASIL, 2005) aponta que de 10% a 20% da população de crianças e adolescentes sofram de transtornos mentais. Desse total, de 3% a 4% necessitam de tratamento intensivo. Entre os males mais frequentes estão a deficiência mental, o autismo, a psicose infantil, os transtornos de ansiedade. Observamos também aumento da ocorrência do uso de substâncias psicoativas e do suicídio entre adolescentes.

Amstalden, Hoffmann e Monteiro (2010) apontam a necessidade de fazermos uma ressalva a essas elevadas estimativas uma vez que a infância e a adolescência são fases do desenvolvimento e é muito difícil traçar limites claros entre fenômenos que fazem parte de um desenvolvimento considerado “normal” e os que indicam um desenvolvimento “anormal”. Temos ainda muitos estudos que se utilizam de escalas e listas de verificação de comportamentos preenchidas por pais e professores para a detecção de transtornos. Tais estudos pautam-se, na percepção do informante. Embora esses instrumentos possam ser úteis na identificação de crianças que possivelmente precisem de atenção especial, podem não corresponder a diagnósticos fechados e definidos.

A saúde geral, particularmente a atenção básica, educação e a assistência social são consideradas programas estratégicos para acesso de crianças e adolescentes ao cuidado em Saúde Mental, dentre outros fatores, porque são mais acessíveis à população e tendem a gerar menos estigma tanto para os usuários quanto para suas famílias. A noção que embasa a montagem de recursos é a de uma rede pública ampliada de atenção à Saúde Mental infantil e juvenil. Nessa rede, devem estar articulados serviços de diferentes setores, com graus diferenciados de complexidade e níveis distintos de intervenção, capazes de responder pelas diferentes problemáticas envolvidas na Saúde Mental de crianças e jovens. (COUTO; DUARTE e DELGADO, 2008).

O fundamento intersetorial do sistema de serviços constitui relevante estratégia para o cuidado de crianças e adolescentes, mas a complexidade de sua operacionalização permanece como tarefa a ser efetivamente realizada. Segundo o relatório Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-juvenil (BRASIL, 2005), o atendimento da infância deve ser pautado nos conceitos de Acolhimento Universal, Encaminhamento implicado, Construção permanente da rede, Território e Intersetorialidade na ação do cuidado.

No contexto internacional, a ênfase na intersetorialidade advém da constatação de alguns problemas comuns ainda não superados na maioria dos países: a existência de significativa fragmentação nos serviços de saúde mental infanto-juvenil, o reconhecimento de

que crianças com necessidades em Saúde Mental acessam e frequentam instituições que não as de saúde mental, e a necessidade de superar a defasagem assistencial presente mesmo nos países desenvolvidos.

De maneira geral, o entendimento é o de que muitas crianças com problemas de Saúde Mental circulam por diferentes instituições, de diferentes setores, e o de que muitas outras sequer acessam serviços de qualquer natureza. Assim, seria impossível esperar que apenas um profissional, uma instituição, ou um setor que pudesse responder pelo espectro das necessidades e dificuldades encontradas, e mesmo pela superação da lacuna assistencial existente. (COUTO e DELGADO 2010).

Portanto, o atendimento em rede intersetorial em que se busca a integralidade do atendimento já preconizado para a população adulta, faz-se essencial também para a população infanto-juvenil. Isso porque, como já destacamos acima, a atenção em saúde e em saúde mental à infanto-juvenil requer atividades múltiplas e intersetoriais e, mas, costumam ser um trabalho muito fragmentado.

Em síntese, a construção de políticas para a Saúde Mental da infância e adolescência, sua implantação, acompanhamento e avaliação constitui-se um desafio, tal como é para a Saúde Mental de adultos e a várias outras políticas públicas. Entretanto, a complexidade inerente a essa tarefa não deve desencorajar seu enfrentamento.

As atuais diretrizes governamentais têm apontado duas principais ações no cuidado a crianças e adolescentes: a implantação pelo SUS de novos serviços de saúde mental para crianças e adolescentes, os Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi) e a construção de estratégias para articulação intersetorial da saúde mental com setores historicamente envolvidos na assistência à infância e adolescência: saúde geral, educação, assistência social, justiça e direitos, com vistas à integralidade do cuidado.

Nos CAPSi são prioritários os atendimentos para autistas, psicóticos e para todos aqueles cuja problemática incida diretamente em prejuízos psicossociais severos. No entanto, segundo diretrizes ministeriais, esses serviços só podem ser implementados em municípios com mais de 200 mil habitantes. Assim, em municípios de pequeno e médio porte, os cuidados em saúde para a população infanto-juvenil devem ser dispensados nos serviços de Atenção Primária.

No próximo capítulo, faremos uma breve apresentação de como os serviços de Atenção Primária têm-se relacionado com as questões referentes à saúde mental das crianças brasileiras.



### **Capítulo 3. Atenção Primária e Saúde Mental Infantil**

O Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira se inicia a partir da década de 1970, durante a ditadura militar, quando movimentos sociais lutam pela redemocratização do país e reivindicam direitos sociais. Seus atores vêm questionar o modelo hospitalocêntrico de assistência, onde prevaleciam as práticas médicas curativo-individualizadas e especializadas. Consideravam ineficaz esse modelo de assistência, pois gerava exclusão social e sequestrava a cidadania das pessoas com sofrimento psíquico, além de violação aos direitos humanos. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) foi um importante ator no processo da Reforma Psiquiátrica, criticava o manicômio e reivindicava melhores condições de assistência às pessoas com sofrimento psíquico e a humanização dos serviços de saúde (AMARANTE, 2009).

Na década de 1980, com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), da I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), do II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental (1987) e a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987, surgem condições favoráveis às transformações na assistência à saúde no país. Não se trata mais de melhorar as estruturas existentes, mas criar novos dispositivos e estratégias de cuidado (YASUI, 1999; LUZIO, 2003).

Na década de 1990, com a implantação e fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), várias experiências vão se consolidando, como a criação do CAPS Professor Luís da Rocha Cerqueira, em 1987, na cidade de São Paulo. Também na década de 1990, é aprovada a Lei Orgânica da Saúde nº 8080 que regulamenta os princípios e diretrizes estabelecidas na Constituição Federal. Como já citamos anteriormente, apenas em 1992 ocorre a II Conferência Nacional de Saúde Mental cujo Relatório Final traz recomendações como a mudança de pensar a pessoa com transtornos mentais em sua existência-sofrimento e não apenas a partir de seu diagnóstico, aponta também os efeitos perversos da institucionalização de crianças e adolescentes (YASUI, 1999; LUZIO, 2003).

Assim, começa a emergir um novo modelo assistencial em Saúde Mental guiado por pressupostos como a inclusão social e a emancipação das pessoas com sofrimento psíquico, através do processo de desativação dos hospitais psiquiátricos e da criação de uma rede substitutiva de cuidados, territorializada e integrada. Assim sendo, é fundamental que essa rede seja pautada na intersetorialidade e na co-responsabilidade.

Esse novo modelo, denominado Atenção Psicossocial, requer mudanças nas dimensões teórico-conceitual, técnico-assistencial, político jurídico e sociocultural em que

ultrapassa os objetivos voltados apenas para a mudança da assistência no setor; portanto, caracteriza-se como um processo de transição paradigmática. (AMARANTE, 2007).

Na dimensão teórica-conceitual, é preciso questionar as concepções acerca de doença-saúde-cura. Para isso, é preciso realizar o processo de desconstrução de conceitos e práticas sustentados pela psiquiatria e pela psicologia, e conhecer o sujeito em sua experiência-sofrimento considerando-se a dimensão subjetiva e sociocultural. Ou seja, pensar a cura para além do sintoma e da medicação.

Na dimensão técnico-assistencial, a reformulação nas ações terapêuticas e na rotina institucional que vise garantir condições de vida adequada aos usuários e mudança do tipo de inserção dos serviços de Saúde Mental no seu território de abrangência, viabiliza o encontro e o diálogo dos diversos atores sociais. Para Costa-Rosa (2000), refere-se à construção de uma rede de serviços como espaços de produção de subjetividades, garantida por intermédio de novos equipamentos e diversidades de ações e por sua organização e gestão orientadas pela participação e co-gestão dos usuários, trabalhadores e população.

As mudanças na legislação referente à Saúde Mental, que permita o exercício dos direitos à cidadania. O acesso ao trabalho e à inclusão social referem-se à dimensão político-jurídica. A dimensão sociocultural abrange as mudanças no imaginário social acerca da doença mental, além disso, vê a loucura para além do estigma da anormalidade, periculosidade e da incapacidade. É importante que ocorra maior participação popular que possa se dar através da implantação e consolidação de mecanismos como os Conselhos-gestores, Conselhos Municipais de Saúde, Conferências de Saúde e de Saúde Mental, Movimentos Populares, Associações de Usuários e familiares e Cooperativas.

Assim, faz-se necessário o intermédio de ações que visem à elaboração de novas políticas e outra ética para a Saúde Mental. Para Costa-Rosa (2000), apesar de todas as lutas na esfera político-ideológica e também das várias inovações teórico-técnicas efetivadas para superar o modelo asilar, ainda podemos observar sua dominância. As práticas da atenção psicossocial têm a característica fundamental de poderem recair na repetição dos contornos das práticas do paradigma que pretende superar. Coloca ainda que algumas disciplinas precisam de contornos mais definidos enquanto áreas técnicas e de conhecimento, e não problematizam suficientemente sua ética.

Portanto, tal processo requer a ruptura de paradigmas e a construção de novos saberes e novas práticas, fazendo-se necessárias mudanças na formação dos profissionais que atuam no setor de Saúde Mental e estudos e pesquisas que subsidiem essa transformação. Para que

de fato ocorram mudanças na concepção saúde-doença-cura presente na sociedade, tendo como metas a desmedicalização e a implicação subjetiva dos atores envolvidos na área da Saúde Mental, em oposição a hospitalização, medicalização e objetificação presentes no paradigma asilar.

Em 2001, acontece a III Conferência Nacional de Saúde Mental que traz em seu Relatório Final propostas e estratégias para efetivar um Modelo de atenção em Saúde Mental de qualidade e com a participação do controle social. O relatório enfatizou a importância do ensino e de pesquisas voltadas para essas práticas inovadoras criadas pelo novo modelo assistencial e determinou que não fossem postergadas as ações político-assistenciais necessárias para que um novo tempo se instaurasse no que diz respeito ao cuidado e tratamento da população infanto-juvenil. (BRASIL, 2001).

A lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, dispõe sobre a proteção das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo de assistência em Saúde Mental. Nos últimos anos, houve avanços na consolidação de um novo desenho da Política Nacional de Saúde Mental, outras portarias foram publicadas e ajudaram os municípios a organizarem seus serviços e ações de saúde mental no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2001). A portaria 336/02 em que define o CAPS como serviço ambulatorial de atenção diária que deve funcionar segundo a lógica do território e independente de qualquer estrutura hospitalar.

A promulgação da Carta Constitucional de 1988 afirmou a condição de cidadã de crianças e adolescentes, assim como a Lei nº 8069 de 1990, conhecida como Estatuto da Criança e Adolescente que assegurou seus direitos; no entanto, ambas não operaram as mudanças necessárias na assistência em Saúde Mental para o segmento infanto-juvenil. Portanto, fazia-se necessária a consolidação de um novo modelo de cuidados. Em 2004, instituiu-se o Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-juvenil constituído pela Portaria GM nº 1.608, de 3.8.2004, reunido em 17 de dezembro de 2004 para debater e deliberar sobre a questão da institucionalização de crianças e adolescentes, particularmente daquelas portadoras de transtornos psíquicos (BRASIL, 2005).

Propõe-se que esse Fórum esteja calcado na intersetorialidade e na constituição de redes de atenção. Como produtos dessa reunião, foram elaborados dois documentos: Recomendação nº 01/2005, do Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-juvenil, intitulado “Diretrizes para o Processo de Desinstitucionalização de Crianças e Adolescentes em

Território Nacional” e “Mapeamento Preliminar de Instituições de Atendimento à Criança e ao Adolescente”. (BRASIL, 2005).

Assim, em 2005, o Ministério da Saúde, ao aderir à ideia proposta pela Organização Mundial de Saúde e pela Federação Mundial de Saúde Mental, prioriza a construção de uma nova política de Saúde Mental para a infância e adolescência, preenchendo assim uma lacuna histórica de ausência de tal política voltada para esse público.

Atualmente podemos observar a ampliação da rede de atenção com serviços abertos e ações territoriais, diminuição dos leitos psiquiátricos, redução da exclusão social e a tentativa de criar uma cultura contra os manicômios. Apesar das transformações ocorridas, a Reforma Psiquiátrica brasileira precisa enfrentar muitos problemas e desafios, dentre eles o de implementar políticas e práticas capazes de assegurar os direitos básicos de cidadania de toda a população infantil brasileira, uma vez que a promulgação de textos legais não opera(m) por si as mudanças necessárias.

Os Centros de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi)<sup>6</sup> serviços públicos de saúde mental infanto-juvenil de base territorial voltados para a atenção intensiva, com o objetivo de ser um dispositivo que tem como uma de suas prioridades de ação os projetos de desospitalização e desinstitucionalização, são um dispositivo alternativo para as instituições asilares. No entanto, ainda são insuficientes em número para atender a demanda dessa clientela mais grave que não recebe um atendimento resolutivo na modalidade ambulatorial e são dispositivos encontrados em municípios de médio e grande porte. Os municípios de pequeno porte contam com uma rede de saúde composta por serviços de Atenção Primária e, em alguns casos, possuem o Ambulatório de Saúde Mental como único serviço especializado, que muitas vezes não contém programas específicos para a demanda infantil.

Assim, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) representa o primeiro contato da população com o serviço de saúde. Como tal, é uma estratégia para reorientação dos sistemas de saúde, pois auxilia na operacionalização dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e organiza o sistema numa rede articulada com os outros níveis de ação. A Estratégia

---

<sup>6</sup> Os CAPSi foram propostos a partir de 2002, sob os mesmos princípios que regem as demais tipologias de CAPS no país. São serviços territoriais, de natureza pública, financiados integralmente com recursos do SUS, com a função de prover atenção em saúde mental baseados na integralidade do cuidado. Foram planejados inicialmente para as cidades com 200.000 habitantes ou mais, com a finalidade de atender casos de maior gravidade, conforme deliberação da III Conferência Nacional de Saúde Mental realizada em 2001, e ordenar a demanda em saúde mental infantil e juvenil no seu território de abrangência. São prioritários os atendimentos para autistas, psicóticos e para todos aqueles cuja problemática incida diretamente em prejuízos psicossociais severos (na socialização, inclusão escolar, familiar/comunitária etc.). (COUTO; DUARTE e DELGADO, 2008).

de Saúde da Família destaca-se entre as estratégias de saúde por ser uma tentativa de transformar as práticas em atenção à saúde e o trabalho dos profissionais que nele atuam. É uma estratégia inerente à atenção primária que tem por objetivo focalizar o indivíduo como um sujeito integrado à família e a comunidade, além de centrar a atenção na promoção de saúde e dar ênfase à integralidade das ações.

O documento do Ministério da Saúde sobre o PSF publicado no ano de 1994 aponta que a implantação do PSF teve como objetivo geral:

[...] melhorar o estado de saúde da população, mediante a construção de um modelo assistencial de atenção baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS e dirigidos aos indivíduos, à família e a comunidade. (BRASIL, 1994, p.06 ).

Dessa forma, de acordo com Santana e Camagnani (2001, p. 34), trata-se de “reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros”.

O Programa de Saúde da Família - PSF - nasceu da necessidade de se romper com o modelo assistencial em saúde, hegemônico no Brasil, caracterizado por oferecer atenção curativa, medicalizante, verticalizada, individualista, centrada no médico e de pouca resolutividade em termos dos problemas dos usuários do sistema. Além disso, o Programa tem como proposta a criação de novo modelo de atenção que prioriza ações de promoção à saúde e serviços mais próximos da comunidade. Dessa forma, é visto como dispositivo essencial na reorganização da atenção básica à saúde e na reorientação do modelo assistencial, visto que visa imprimir nova dinâmica de trabalho na saúde pública. (DIMENSTEIN ET AL, 2005, p. 23).

De acordo com a atual Política Nacional de Saúde Mental, as ações de saúde mental devem ser desenvolvidas em articulação com a Atenção Básica pela convergência de princípios entre elas; mas, para que a saúde mental seja concretizada na Atenção Básica, é preciso que os princípios do SUS se tornem práticas cotidianas. Nesse sentido, ações que envolvam conceitos como acolhimento e vínculo, atuação em equipe e no território, integralidade do cuidado e responsabilização pelas ações, trabalho em rede, desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, são condições *sine qua non* para a construção de cuidados comuns entre estas políticas. (BORGES, 2012. p.73).

Uma relação harmônica e profícua entre as ações de saúde mental e Atenção Primária se faz essencial para avançarmos nas propostas da Reforma Sanitária e da Reforma

Psiquiátrica no Brasil. Atualmente já podemos analisar quais têm sido os avanços e desafios nesta relação.

Desde os anos setenta, e acompanhando a trajetória da reforma sanitária, o processo da reforma psiquiátrica vem alterando conceitos e práticas na atenção aos transtornos mentais no país. O foco fundamental desse movimento é a desinstitucionalização, visto que sua luta principal é a redução do número de leitos nos manicômios e a implementação de ampla rede comunitária de serviços substitutivos. Esse direcionamento da reforma psiquiátrica para o cuidado dos pacientes com transtornos severos e persistentes e para a implantação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) deixou em segundo plano a assistência aos transtornos mentais menos graves e mais prevalentes.

Na tentativa de reduzir essa defasagem na assistência, a Coordenação Geral da Saúde Mental (CGSM) – Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas/Secretaria de Atenção a Saúde/Ministério da Saúde (DAPE/SAS/MS) desenvolveu, a partir de 2001, uma série de documentos sobre a articulação entre a Saúde Mental e a Atenção Básica. As principais diretrizes para essa articulação são: “Apoio matricial em Saúde Mental às equipes de PSF: aumento da capacidade resolutiva das equipes; Priorização da Saúde Mental na formação das equipes da atenção básica e Ações de acompanhamento e avaliação das ações de saúde mental na atenção básica”. (TANAKA; RIBEIRO, 2009. p. 479).

Essas medidas tentam diminuir a defasagem na formação dos profissionais da Atenção Primária que não são preparados para atender a demanda de Saúde Mental e, por isso, na maioria das vezes, não vêem as questões de Saúde Mental como parte integrante do seu trabalho. Essa situação está relacionada também com a lógica dos especialismos que, durante muito tempo, creditou aos profissionais como os psicólogos e psiquiatras o saber para lidar com as questões de Saúde Mental:

A integração do PSF com as políticas de Saúde Mental, por sua vez, implica também transformações profundas nas práticas de saúde institucionalizadas. A lógica dos ‘especialismos’, ainda muito arraigada à cultura médico-hospitalocêntrica, encontrada entre os técnicos e mesmo entre a população usuária, dificulta a implementação de novas formas de cuidado. Tal lógica pressupõe relações hierarquizadas de saberes e poderes entre os diferentes membros da equipe e desta com os usuários. Isso quer dizer que é preciso pôr em curso alterações na forma de organização dos serviços, pautadas por mudanças nos saberes instituídos que delimitam quem é competente e quem tem autoridade para lidar com a loucura. Tal perspectiva conduz inevitavelmente a uma discussão a respeito do caráter ideológico do mandato social das profissões envolvidas no campo da saúde e da “ vaidade ” que atravessa o mundo “psi”, que sedimenta a saúde mental como espaço privativo dos profissionais que nele atuam. (DIMENSTEIN ET AL, 2005, p.26-27).

Dessa maneira, faz-se necessário investirmos tanto na formação dos profissionais da Atenção Primária, quanto na mudança de ideologias e práticas ligadas à lógica dos especialismos para que de fato possamos desenvolver ações integrais de cuidado.

Em 2011, o Ministério da Saúde lança a Portaria nº 1.654 em que define o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Essa Portaria tem como objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde. (BRASIL, 2011).

O PMAQ está organizado em quatro fases que se complementam e conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB (Adesão e Contratualização; Desenvolvimento; Avaliação Externa; e Recontratualização). A segunda fase do ciclo consiste na etapa de desenvolvimento do conjunto de ações que serão empreendidas pelas Equipes de Atenção Básica, pelas gestões municipais e estaduais e pelo Ministério da Saúde. Essa fase tem o intuito de promover os movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica. Para tanto, a segunda fase está organizada em quatro dimensões (Autoavaliação; Monitoramento; Educação Permanente; e Apoio Institucional). (BRASIL, 2011).

O PMAQ tem-se configurado como um incentivo para mudança dos processos de trabalho das equipes da Atenção Primária e da efetivação de diretrizes e princípios do SUS. Podemos notar como isso se evidencia na rotina dos serviços que se têm mobilizado para alcançar o padrão exigido pelo programa. No entanto, ainda está muito influenciado pelo modelo biológico de saúde, por isso as ações ficam preconizadas à infância voltadas a essa concepção.

Ainda nesse estudo, conforme descreveremos no próximo capítulo e analisaremos no capítulo cinco, tentaremos problematizar como esse modelo biológico de saúde aparece no discurso dos profissionais de saúde e dos coordenadores pedagógicos entrevistados nesta pesquisa.

## Capítulo 4: Trajetória Metodológica

Este trabalho objetiva problematizar como é a atenção dispensada às crianças na área da saúde em um município de pequeno porte que tem nos serviços de Atenção Primária a porta de entrada dessa demanda. Esses municípios não contam com uma rede integrada de cuidado à criança e ao adolescente. É comum encontrar alguns serviços filantrópicos, já que o Estado tem pouca iniciativa de ações para essa demanda. As políticas propõem dispositivos voltados para municípios de grande porte como é o caso do CAPSi, serviço que não pode ser implantado em cidades pequenas, pois tem como uma das exigências/condições para a implantação o coeficiente populacional.

### 4.1 Objetivo Geral

- Analisar a demanda de Saúde Mental Infantil (crianças até 11 anos e 11 meses) de um município de pequeno porte que procura a rede de serviços públicos de saúde, considerando-se a ESF e o Ambulatório de Saúde Mental como portas de entrada.

### 4.2 Objetivos Específicos

- Identificar o tipo de demanda de Saúde Mental Infantil que chega à Estratégia de Saúde da Família e ao Ambulatório de Saúde Mental do referido município;
- Verificar quais são os encaminhamentos para essa demanda;
- Identificar o papel da escola no encaminhamento das crianças para os serviços de saúde mental;
- Relacionar a concepção dos profissionais envolvidos com a atenção à criança (equipe do PSF, professores, profissionais de saúde mental) acerca da Saúde Mental infantil,
- Conhecer como os profissionais envolvidos com a atenção à criança (equipe do PSF, professores, profissionais de saúde mental) percebem a visão dos pais sobre os problemas de saúde mental de seus filhos.



### 4.3 Caminho Metodológico

Este estudo se caracteriza como uma pesquisa quanti-qualitativa. Como tal ele foi desenvolvido em duas partes. A primeira parte, que denominamos de pesquisa quantitativa, foi realizada em duas Unidades de Estratégia de Saúde da Família e no Programa de Saúde Mental que funciona nas dependências do Centro de Saúde de uma cidade de pequeno porte, no interior do Estado de São Paulo. Realizou-se esse estudo através do exame de prontuários de usuários-crianças até 11 anos e 11 meses. A segunda parte do estudo, aqui denominada de pesquisa qualitativa, constituiu-se da elaboração de um diário de pesquisa e a realização de entrevistas semi-estruturadas com profissionais desses serviços e coordenadores pedagógicos das escolas existentes nos referidos territórios.

Minayo e Sanches (1993) consideram que, do ponto de vista metodológico, não há contradição ou continuidade entre a investigação quantitativa e qualitativa, ambas são de natureza diferente. A primeira tem como campo de práticas e objetivos trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis. A segunda pretende aprofundar a complexidade dos fenômenos, fatos e processos particulares e específicos de grupos mais ou menos delimitados em extensão e capazes de serem abrangidos intensamente.

... se a relação entre quantitativo e qualitativo, entre objetividade e subjetividade não se reduz a um *continuum*, ela não pode ser pensada como oposição contraditória. Pelo contrário, é de se desejar que as relações sociais possam ser analisadas em seus aspectos mais “ecológicos” e “concretos” e aprofundadas em seus significados mais essenciais. Assim, o estudo quantitativo pode gerar questões para serem aprofundadas qualitativamente, e vice e versa. (MINAYO & SANCHES, 1993, p.247).

#### Primeira Etapa

Inicialmente havíamos proposto trabalhar com a amostra de uma série histórica de cinco anos. No entanto, como o número total de prontuários não era grande, optamos por trabalhar com o número total. Assim, a coleta de dados foi realizada em todos os prontuários das famílias cadastradas nas Unidades de Saúde da Família desde sua implantação até o início da coleta dos dados em fevereiro de 2012, que tinha crianças na faixa etária até 11 anos e 11 meses. As duas unidades foram implantadas no ano de 2006.

A metodologia utilizada na investigação empírica realizada nos serviços de saúde - sempre acompanhando a Resolução CNS 196/96 que define as diretrizes e normas para realização de pesquisas que envolvem seres humanos - foi a seguinte:

- I. Primeiramente, analisados os prontuários (anexo 1 – Modelo de Ficha utilizada para a coleta de dados nos prontuários):
1. Das famílias cadastradas nas Estratégias de Saúde da Família que, dentre seus componentes, encontravam-se crianças na faixa etária pesquisada. A partir da análise do total desses prontuários foi definido o seguinte grupo:
    - A- Usuários cadastrados nas Unidades de Saúde que apresentam queixas e/ou relatos de atendimento no âmbito da Saúde Mental.
    - B- Usuários atendidos pelas equipes das Unidades de Saúde da Família e que não receberam encaminhamento para serviços especializados em Saúde Mental do município.
    - C- Usuários atendidos nas Unidades de Saúde da Família e que receberam encaminhamento para os serviços especializados em Saúde Mental do município.
  2. Também foram analisados os prontuários dos usuários atendidos no Ambulatório de Saúde Mental do município. A coleta de dados foi realizada nos prontuários das crianças que estavam em atendimento e os das crianças que estavam em lista de espera no primeiro semestre de 2012, período em que a coleta foi realizada. Inicialmente foi caracterizada a população pesquisada em termos de perfil demográfico, queixas, origens dos encaminhamentos para Saúde Mental. Em seguida, procedeu-se à análise do total desses prontuários de acordo com os seguintes grupos:
    - A- Usuários atendidos pelos profissionais dos serviços especializados em saúde mental encaminhados para psicoterapia.
    - B- Usuários atendidos nos serviços especializados em saúde mental encaminhados para alguma das especialidades médicas (neurologia, psiquiatria, e outros serviços).
    - C- Usuários atendidos nos serviços especializados de saúde mental que receberam encaminhamento para psicoterapia e, concomitantemente, para o atendimento e tratamento por especialidades médicas.

Foi realizada a análise exploratória descritiva dos grupos acima caracterizados, por meio da qual se calcularam as frequências percentuais relativas e se realizaram os cruzamentos e comparações concernentes aos objetivos.

## **II. Diário de Pesquisa**

Durante toda a coleta de dados nos prontuários nos respectivos serviços de saúde e também na realização das entrevistas, foi construído também um diário de pesquisa. Esse diário se constitui de anotações das impressões da pesquisadora sobre o funcionamento institucional, e as relações estabelecidas entre a equipe e entre a equipe e os usuários.

Seguimos aqui a proposta de diário de pesquisa feita por Lourau em que o diário se refere ao ato de pesquisar. Segundo Pezzato (2009, p. 80), “o diário de pesquisa, que seria a narrativa do pesquisador em seu contexto histórico-social, um pesquisador implicado com e na pesquisa e que reflete sobre e com sua atividade de diarista”.

Assim, o diário de pesquisa nos possibilita colocar em análise os não ditos institucionais, aquilo que não está posto nos documentos oficiais como os prontuários, mas que faz parte da dinâmica institucional.

Os registros do diário de pesquisa permitiram entrar em contato com a relação da equipe com a infância, como esta influencia o processo de trabalho nesses serviços de saúde, além de conhecer as ações desenvolvidas com essa população. É importante destacar que o material registrado foi utilizado essencialmente para definir o percurso da coleta de dados qualitativos, tanto em termos da escolha dos locais a serem pesquisados e das pessoas a serem entrevistadas, como os temas abordados.

## **Segunda Etapa**

### **II. Entrevistas**

Como constatamos que os prontuários continham poucas informações acerca das crianças e de suas famílias, bem como dos encaminhamentos para a saúde mental, foram ainda realizadas entrevistas semiestruturadas para conhecermos como é o trabalho das equipes dos diversos serviços com a demanda infantil. As entrevistas foram realizadas com os

profissionais que se disponibilizaram mediante um convite inicial e assinaram o TCLE (anexo 3), conforme a legislação em vigor<sup>7</sup>.

Esse segundo momento do estudo caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa, pois responde a questões que não podem e nem devem ser quantificadas, onde o que importa é descrever o processo, não se encerrando com uma conclusão objetiva, pois suscita novos questionamentos sempre. Assim, a pesquisa quantitativa será complementada por um estudo qualitativo efetuado através de entrevistas realizadas com os profissionais das escolas e dos serviços de saúde (MINAYO, 1996).

Essas entrevistas seguiram o modelo semiestruturado que, conforme Bleger (1989), possibilita combinar as características da entrevista psicológica com o cumprimento de um roteiro básico que garanta a obtenção de informações estabelecidas nos objetivos deste projeto. Este estudo se dará através da realização de entrevistas semiestruturadas com os profissionais das instituições citadas e terá uma duração estimada entre 40 minutos a uma hora com cada participante.

Segundo Minayo (2004), o roteiro de entrevista difere do questionário, pois não pressupõe hipóteses e questões muito fechadas. Com o objetivo de apreender o ponto de vista dos atores sociais previstos nos objetivos da pesquisa, o roteiro possui poucas questões. O roteiro de entrevista se constitui enquanto um instrumento para orientar uma conversa com finalidade, facilitar a abertura, ampliação e aprofundamento da comunicação. (MINAYO, 2004, p.99).

Os temas que nortearam as entrevistas foram elencados a partir da análise realizada com os dados encontrados nos prontuários das crianças nas unidades de Estratégia de Saúde da Família e no Ambulatório de Saúde Mental.

É através da entrevista que podemos compreender os aspectos mais subjetivos dos entrevistados, como no caso aqui pesquisado, as concepções dos trabalhadores dos serviços de saúde acerca da infância e seu contato com essa demanda. Buscamos apreender como esse imaginário se relaciona com os tipos de ações ofertadas às crianças e quais os motivos para tais ações não constarem nos documentos oficiais da instituição como é o prontuário.

Além disso, a entrevista semiestruturada, ao combinar perguntas abertas e fechadas, possibilita que os entrevistados fiquem e sintam-se mais livres para falarem sobre sua prática

---

<sup>7</sup> A realização das entrevistas foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Paulista – Campus de Assis.

profissional e o pesquisador consegue obter informações importantes para o desenvolvimento da pesquisa. Como aponta Minayo, 2004, p. 109:

O que torna a entrevista instrumento privilegiado de coleta de informações para as ciências sociais é a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas.

Essa etapa da pesquisa qualitativa foi realizada nas Unidades de Estratégia de Saúde da Família, no Ambulatório de Saúde Mental, que funciona nas dependências do Centro de Saúde, e em escolas de um município de pequeno porte, no interior do Estado de São Paulo.

As entrevistas foram desenvolvidas a partir do depoimento de informante chave definido por Minayo (1996), em que o entrevistado é escolhido considerando a sua importância como ator social em uma dada situação estudada, ou seja, privilegiam-se os sujeitos que detêm as informações e experiências que o pesquisador deseja conhecer. Enfim, a escolha dos entrevistados dependerá essencialmente da sua condição de estar inserido no contexto e ter familiaridade com o tema pesquisado. Ou seja, as entrevistas foram realizadas com os profissionais que tinham contato, em seu processo de trabalho, com a demanda infantil que é objetivo desse trabalho conhecer e, conseqüentemente, poder desvelar quais os problemas de Saúde Mental e ações e/ou encaminhamentos são ofertados para essa demanda.

A decisão de entrevistarmos os coordenadores das escolas decorreu do fato de as unidades das ESF dos distritos ressaltarem que, na maioria das vezes, o pedido de encaminhamento da criança para a psicologia ou neurologia vinha das escolas. Porém, essa informação foi percebida na observação participante e registrada no diário de pesquisa e confirmada também nas entrevistas. Essas solicitações e/ou encaminhamentos não eram registrados nos prontuários e, portanto, eram considerados pedidos “informais”.

Nos serviços de saúde foram entrevistados: dois agentes comunitários de saúde, dois enfermeiros (coordenadores do ESF) de cada uma das unidades de ESF. Também entrevistamos um auxiliar de enfermagem e um dentista de uma das unidades de ESF, totalizaram-se, no máximo, seis entrevistas nas duas unidades de ESF. No Programa de Saúde Mental, foi entrevistada uma das psicólogas que trabalha com a demanda infantil. As entrevistas foram realizadas com coordenadores pedagógicos de cada escola localizada nos territórios em que se situam os ESF, num total de (três) entrevistas. Participaram das

entrevistas apenas aqueles profissionais que se disponibilizaram a fazê-lo após o convite da pesquisadora.

As entrevistas foram individuais, construídas de modo a apreender as concepções e práticas dos sujeitos acerca dos objetivos da pesquisa. Os temas da entrevista contemplaram os objetivos específicos do estudo. Elas foram realizadas nos locais em que funcionam os serviços.

### **Análise do material**

A análise do material foi inspirada na metodologia da Hermenêutica-Dialética proposta por Minayo (1996), na qual a autora propõe a articulação dos dois métodos para que o pesquisador possa entender a fala como o resultado de um processo de conhecimento e social, fruto de determinações múltiplas, embora com significados específicos. Assim:

Enquanto a hermenêutica penetra no seu tempo e através da compreensão procura atingir o sentido do texto, a crítica dialética se dirige contra seu tempo. Ela enfatiza a diferença, o contraste, o dissenso e a ruptura de sentido. A hermenêutica destaca a mediação, o acordo e a unidade de sentido (MINAYO, 1996, p. 227).

O trabalho de análise foi centrado no material das entrevistas e do diário de pesquisa. Nesse momento, o **primeiro passo** foi a ordenação dos dados, a transcrição das entrevistas; releitura do material transcrito; organização do material do diário de pesquisa de acordo com as categorias analíticas que orientaram as entrevistas semiestruturadas, e adaptação para linguagem escrita sem prejuízo de seu conteúdo dos trechos das entrevistas selecionados para análise. Para Minayo, “essa fase, dá ao investigador um mapa horizontal de suas descobertas no campo.” (1996, p. 255)

O **segundo passo** constitui outro momento de leitura das entrevistas, ou seja, organização dos relatos de acordo com as categorias de análises empíricas identificadas no material, e adaptação para linguagem escrita sem prejuízo do conteúdo dos trechos das entrevistas selecionados para análise.

No **terceiro passo**, procurou-se desenvolver cada tema sob a luz da produção teórica atual e intercalar com os conteúdos das entrevistas relevantes dos diversos atores sociais, suas ideias centrais acerca dos temas do estudo.

Esses temas foram organizados da seguinte maneira:

- 1- Problemas e encaminhamentos em Saúde Mental de crianças identificados nas escolas, nos serviços de saúde e demais projetos e entidades encaminhadoras;
- 2- A resolutividade dos atendimentos - importância da integralidade e intersetorialidade das ações e serviços e da construção de uma rede psicossocial;
- 3- Biologização da Vida - concepção, posição dos serviços e/ou dos pais frente aos problemas das crianças.

## **5. Resultados**

### **5.1 Apresentação dos Serviços**

O município onde foi realizada a coleta dos dados da referida pesquisa, localizado no interior do estado de São Paulo, possui uma população de 29.911 habitantes (Censo 2010 IBGE), conta com três distritos onde se localizam as Estratégias de Saúde da Família em que foram coletados os dados. Possui um hospital Filantrópico - Santa Casa de Misericórdia; três Unidades Básicas de Saúde, três Unidades da Saúde da Família, um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS-I; um Ambulatório de Saúde Mental, uma Unidade da Vigilância Sanitária e uma Vigilância Epidemiológica, uma unidade da APAE; uma instituição assistencial profissionalizante Centro Vocacional Frei Paulino; 16 estabelecimentos de ensino: sendo nove estaduais (incluindo o Centro Estadual de Educação Tecnológico Paula Souza); quatro municipais e três particulares; seis creches: municipais - três nos distritos e um na cidade e dois filantrópicas - na cidade. As duas unidades de Estratégia de Saúde da Família ficam localizadas nos distritos rurais do referido município.

A Estratégia de Saúde da Família I pertence ao distrito (bairro rural) localizado a 12 km da sede do município, com facilidade de acesso, pois é servido por estrada asfaltada. O distrito tem todas as ruas pavimentadas, uma população de 1.029 habitantes (IBGE, 2000). Entre (outros melhoramentos, conta posto de Correios, serviço telefônico, escola estadual de ensino fundamental, serviço de água potável; ESF e Creche, mantidos pela municipalidade, campo de futebol, praça ao redor da igreja, centro comunitário, estabelecimentos comerciais e igrejas. Possui excelente localização às margens da Rodovia Raposo Tavares, o que dá ao distrito uma vocação para a industrialização, já que tem facilidade para escoamento dos produtos por essa rodovia.

A Estratégia de Saúde da Família II, distante 17 km da sede do município, localiza-se no distrito com maior desenvolvimento cuja população é de 2.072 habitantes. Todas as ruas são pavimentadas, com rede coletora de esgoto. Possui posto de Correios, serviço telefônico, escola estadual de ensino fundamental e médio, serviço de água potável, creche, mantidos pelo município, Centro Comunitário, campo de futebol, praça em torno da igreja, igrejas católica e evangélica, estabelecimentos comerciais, Posto de Serviço da Polícia Militar. A base econômica é a agricultura; no entanto, possui um comércio organizado em crescimento. É responsável pela população de 604 habitantes do terceiro distrito e dos do patrimônio.



## 5.2 Análise dos Dados encontrados nos Prontuários da Estratégia de Saúde da Família I

Na Unidade de Saúde da Família I foram analisados todos os prontuários das famílias cadastradas nesse serviço onde foram encontradas 122 crianças na faixa etária pesquisada, sendo 58 meninas e 64 meninos.

Podemos verificar que são poucos os dados referentes às famílias das crianças. Encontramos em alguns prontuários apenas dados sobre a escolaridade dos genitores. De acordo com os dados das Tabelas I e II, podemos verificar que há maior número de crianças do sexo masculino (64 meninos), é mais frequente constar os dados das mães do que dos pais. Porém há um número considerável de prontuários onde não encontramos dados de ambos os genitores. Na Unidade de Saúde da Família I encontramos 11 encaminhamentos registrados nos prontuários. Neles consta que quatro crianças foram encaminhadas para fonoaudiologia, cinco para psicologia e duas para neurologia.

**Tabela I: Idade das crianças da ESF I**

<b>Idade</b>	<b>Meninos</b>	<b>Meninas</b>	<b>Total</b>
01 ano	03	08	11
02 anos	08	02	10
03 anos	03	03	06
04 anos	05	04	09
05 anos	11	06	17
06 anos	08	08	16
07 anos	02	06	8
08 anos	07	01	8
09 anos	03	05	08
10 anos	05	04	09
11 anos	08	07	15
12 anos	01	04	05
<b>Total</b>	<b>58</b>	<b>64</b>	<b>122</b>

Fonte: Elaborada pela autora

**Tabela II: Escolaridade dos pais das crianças da ESF**

<b>Escolaridade</b>	<b>Pais</b>	<b>Mães</b>	<b>Total</b>
<b>Analfabetos</b>	----	02	02
<b>Ensino Fundamental</b>	53	37	90
<b>Ensino Médio</b>	42	66	108
<b>Ensino Superior</b>	02	06	08
<b>Não Consta</b>	25	11	36
<b>Total</b>	122	122	244

Fonte: Elaborada pela autora

### **5.3. Análise dos Dados encontrados nos Prontuários da Estratégia de Saúde da Família II**

Na Unidade de Saúde da Família II, analisaram-se todos os prontuários das famílias cadastradas para esse serviço, nos quais foram encontradas 207 crianças na faixa etária pesquisada, sendo 84 meninas e 123 meninos.

Nas tabelas III e IV (p. 48) com dados encontrados nos prontuários do ESF II, podemos verificar que há número maior de crianças do sexo masculino e que, na maioria dos prontuários, não encontramos dados referente à escolaridade dos pais. Nessa Unidade de Saúde da Família, encontramos encaminhamentos registrados nos prontuários de sete crianças sendo duas encaminhadas para fonoaudiologia, uma para psicologia, três para neurologia e uma para APAE (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais).

**Tabela III: Idade das crianças da ESF II**

<b>Idade</b>	<b>Meninos</b>	<b>Meninas</b>	<b>Total</b>
< 1ano	06	-----	06
1 ano	11	07	18
2 anos	13	07	20
3 anos	09	05	14
4 anos	08	07	15
5 anos	13	11	24

6 anos	08	10	18
7 anos	10	04	14
8 anos	15	08	23
9 anos	08	04	12
10 anos	09	06	15
11 anos	09	06	15
12 anos	04	09	13
<b>Total</b>	123	84	207

Fonte: Elaborada pela autora

**Tabela IV: Escolaridade dos pais das crianças da ESF II**

<b>Escolaridade</b>	<b>Pais</b>	<b>Mães</b>	<b>Total</b>
<b>Analfabetos</b>	----	02	02
<b>Ensino Fundamental</b>	04	35	39
<b>Ensino Médio</b>	09	52	61
<b>Ensino Superior</b>	-----	02	02
<b>Não Consta</b>	194	116	310
<b>Total</b>	207	207	414

Fonte: Elaborada pela autora

#### **5.4. Análise dos Dados encontrados nos Prontuários do Ambulatório de Saúde Mental**

No Programa de Saúde Mental, foram analisados todos os prontuários de 37 crianças na faixa etária pesquisada que estavam em atendimento psicoterápico e/ou na lista de espera para atendimento, sendo 11 meninas e 26 meninos. Nos prontuários foram encontrados dados referentes à faixa etária das crianças, escolaridade dos pais e os tipos de encaminhamentos oferecidos.

Nos dados encontrados nos prontuários das crianças atendidas no Ambulatório de Saúde Mental, podemos notar que em sua maioria são crianças do sexo masculino entre 10 e 12 anos de idade.

**Tabela V: Idade das crianças atendidas no Ambulatório de Saúde Mental**

<b>Idade</b>	<b>Meninos</b>	<b>Meninas</b>	<b>Total</b>
5 anos	02	----	02
6 anos	02	01	02
7 anos	05	---	05
8 anos	04	01	05
9 anos	01	----	01
10 anos	04	02	06
11 anos	03	05	07
12 anos	03	02	06
<b>Total</b>	26	11	37

Fonte: Elaborada pela autora

**Tabela VI: Escolaridade dos pais das crianças atendidas no Ambulatório de Saúde Mental**

<b>Escolaridade</b>	<b>Pais</b>	<b>Mães</b>	<b>Total</b>
<b>Analfabetos</b>	----	01	01
<b>Ensino Fundamental</b>	17	16	33
<b>Ensino Médio</b>	09	13	22
<b>Ensino Superior</b>	01	02	03
<b>Não Consta</b>	10	05	15
<b>Total</b>	37	37	74

Fonte: Elaborada pela autora

**Tabela VII – Origem dos encaminhamentos das crianças atendidas no Ambulatório de Saúde Mental**

Como chegou ao serviço	Total
Pediatria	09
Conselho Tutelar	08
Escola	08
Demanda espontânea	05
Projeto Girassol	03
Polícia Civil	02
Neurologista	01
Nada constava	06

Fonte: Elaborada pela autora

Dos 34 casos de crianças atendidas, pudemos verificar que nove crianças vieram encaminhadas por pediatras, oito vieram pelo Conselho Tutelar, oito vieram encaminhadas pela escola, cinco foram por demanda espontânea (mães), três crianças vieram encaminhadas pela Rede Girassol<sup>8</sup>, duas pela polícia civil, uma pelo neurologista e em seis prontuários não constava a origem do encaminhamento. Há casos em que o encaminhamento teve mais de uma origem; em alguns casos, a criança foi encaminhada ao Ambulatório de Saúde Mental mais de uma vez.

**Tabela VIII – Tipos de queixas das crianças atendidas no Ambulatório de Saúde Mental**

Queixas	Total
Problemas de comportamento	21
Problemas escolares	09
Abuso sexual	05
Pai violento	01
Criança viu a relação sexual do pai com a namorada	01
Problema de sono	01
TDAH	01
Paralisia facial	01
Ansiedade	01
Nada constava	01

Fonte: Elaborada pela autora

<sup>8</sup> Girassol é o nome dado ao projeto do referido município que atende casos de violência sexual. É uma rede integrada composta por vários setores, dentre eles a saúde, assistência social, conselho tutelar e delegacia da polícia civil. Abordaremos esse Projeto na análise dos dados qualitativos.

No tocante aos tipos de queixa, as questões referentes ao comportamento aparecem 21 vezes, as queixas relacionadas às dificuldades escolares aparecem em nove prontuários e cinco referem-se à queixa de abuso sexual. Há um prontuário que faz referência ao comportamento violento do pai da criança, um relata o fato de a criança ter visto a relação sexual do pai com sua namorada, outro a queixa é que a criança dormia de uma hora para outra, um caso de paralisia facial, um caso diagnosticado com TDAH, um caso com ansiedade e, finalmente, em um dos prontuários não constava a queixa inicial.

**Tabela IX – Tipos de atendimentos ofertados às crianças no Ambulatório de Saúde Mental**

<b>Tipos de Atendimentos</b>	<b>Total</b>
Psicoterapia Individual	09
Grupo de Orientação de Pais	05
Orientação no Pronto Atendimento	03
Atendimento de fono e TO	05
Avaliação psicológica	03
Atendimento psiquiátrico particular	01
Nada constava	11
Fila de espera	16

Fonte: Elaborada pela autora

Em termos das modalidades de atendimentos ofertados às crianças que buscaram o serviço encontramos: nove para psicoterapia individual, cinco para o grupo de orientação de pais, três casos em que houve orientações para os responsáveis pela criança durante a realização do pronto atendimento. Também foram encontradas cinco crianças em atendimento fonoaudiológico; uma atendida em grupo com a fonoaudióloga e terapeuta ocupacional, três em avaliação psicológica na época da coleta de dados, uma estava em atendimento psiquiátrico particular e em 11 prontuários não constavam o encaminhamento ofertado. Finalmente, observamos 16 crianças aguardando atendimento em psicoterapia individual na lista de espera, sendo que uma iria iniciar atendimento psicológico.

### **5.5 Análise das Entrevistas**

Para iniciar, faremos uma breve apresentação dos entrevistados a fim de relacionar sua trajetória profissional com a área da saúde e da educação e com a infância. Lembramos que os nomes apresentados são fictícios e os serviços de saúde e escolas estão representados por números.

Danila, uma das agentes comunitárias de saúde, tem 27 anos, está há cinco anos nessa Estratégia de Saúde da Família, sendo este seu primeiro emprego. Carla, agente comunitária de saúde, tem 22 anos e está na Estratégia de Saúde da Família pesquisada há quase dois anos, também é seu primeiro emprego. Eloísa, enfermeira e coordenadora da ESF II, tem 47 anos e está há seis anos na unidade desde que esta foi implantada, trabalha também no Hospital Geral. Renato, dentista do ESF I também presta serviço na unidade há seis anos desde sua implementação, está na saúde pública há cerca de 10 anos e tem 12 anos de formação. Luísa, auxiliar de enfermagem da ESF I, tem 23 anos e trabalha na unidade há quatro anos. Marta, coordenadora do ESF I, está na unidade há quatro anos e meio, mas já atua na saúde pública há 23 anos. Juliana, psicóloga, trabalha no Ambulatório de Saúde Mental há 18 anos.

Foram entrevistados três coordenadores pedagógicos, um em cada escola existente no território das Unidades de Saúde da Família pesquisadas. Os coordenadores foram entrevistados por indicação das diretoras. Helen, coordenadora pedagógica da escola 1, localizada no distrito do ESF I, é formada no magistério, tem especialização em psicopedagogia e educação especial, trabalha na escola como professora há 10 anos e, há seis meses, está na coordenação. Paulo, coordenador da escola 2, é formado em história, tem mestrado em história e está fazendo doutorado em Ciências Sociais, está na escola há dois anos como coordenador. Regina, coordenadora da escola 3, pedagoga com especialização em psicopedagogia, atua na escola há 13 anos e está como coordenadora há seis anos. As escolas 2 e 3 localizam-se no distrito do ESF II.

Após a leitura e releitura das entrevistas transcritas, conforme já apontamos no capítulo 4, no percurso metodológico, identificamos três temas em torno dos quais analisamos o material empírico. O primeiro tema se refere aos problemas e aos encaminhamentos referentes à Saúde Mental de crianças identificados nas escolas, nos serviços de saúde e demais projetos e entidades encaminhadoras. O segundo remete à capacidade de resolutividade dos atendimentos quando esses problemas foram identificados e apontaram para a importância da integralidade e intersetorialidade das ações e serviços com objetivo de se construir uma rede psicossocial. Finalmente o terceiro tema está relacionado à Biologização da Vida - concepção, posição dos serviços e/ou dos pais frente aos problemas das crianças.

### **5.5.1 Problemas referentes aos encaminhamentos à Saúde Mental de crianças identificados nas escolas, nos serviços de saúde e demais projetos e entidades encaminhadoras.**

Nos serviços de saúde, em especial nas unidades de ESF, quando aparece alguma queixa em Saúde Mental, ela está centrada em problemas de comportamentos.

O que mais aparece é a reclamação dos pais quanto a agitação, mal comportamento. As agentes ouvem nas visitas e orientam a ir a saúde mental quando acham que é o caso ou passa com o clínico para encaminhar para o neurologista ou psiquiatra, geralmente para o neurologista. (Eloísa, enfermeira do ESF II).

A maioria é questão de hiperatividade e os pais acham que é coisa de neuro. Eles (crianças) querem chamar a atenção de uma forma ou de outra. (Danila, ACS, ESF II).

De fato, as queixas de desatenção, agitação e hiperatividade estão relacionadas com Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), conforme já abordamos no capítulo 2, especialmente na idade escolar. Nessa perspectiva, os problemas de aprendizagem são individualizados na criança, abarcando no máximo a família e, em consequência disso, deixa-se de lado qualquer discussão político-pedagógica do processo de ensino. Além de individualizar os problemas educacionais, simplificam também a busca de solução, pois o diagnóstico de TDAH, embora teoricamente preveja uma abordagem multidisciplinar, a terapêutica é, na maioria das vezes, reduzida à prescrição medicamentosa.

Se, de um lado, a expectativa da demanda é por um atendimento especializado (neurologia e/ou saúde mental), nem sempre é atendida. Os núcleos de ESF do município não recebem tais pedidos como de fato uma demanda para medicina especializada ou mesmo para saúde mental, conforme aparece no texto a seguir:

[...] Os pequeninhos é mais birra e os pais não colocam certos limites e eles acham que podem tudo. Os pequenos a gente fica o dia inteiro fora e quando chega quer fazer tudo, fala não e depois se arrepende. Tiro por mim. Os grandes porque a gente não conseguiu pôr limite mesmo. Poderia ter resolvido dentro de casa, poderia sentar e conversar, mas não tem mais diálogo. Acho que a minoria tem realmente uma dificuldade. (Danila, ACS, ESF II).

De acordo com a agente comunitária entrevistada, muitas vezes as “queixas” são dificuldades inerentes ao processo de educação informal de responsabilidade da família ou grupo de referência ou até mesmo não constitui problema algum.



O que eu sinto é que a escola desistiu de encaminhar, sabe. Porque a gente não faz o encaminhamento [...] a gente faz até questão que chame os pais, entender e aí deixa sob a responsabilidade dos pais [...] E aí geralmente os pais não sentem a necessidade, né. Acha que tá tudo bem. E todas as vezes que avaliamos a gente também considerou que não tinha necessidade (Marta, Enfermeira do ESF 1).

Nesse sentido, pode-se observar, a partir das entrevistas, em especial dos trechos acima ressaltados, e da Tabela VII, em que se demonstram os dados dos atendimentos realizados pelo Ambulatório de Saúde Mental, os problemas mais evidentes no município estão relacionados aos problemas de comportamentos (TDHA) e violência sexual e doméstica. O encaminhamento sempre é centrado no tratamento clínico- medicamentoso e psicoterapêutico individual.

Na fala da enfermeira Luiza, essa seria inclusive a percepção da família, mas muitas vezes tal ideia é construída com a colaboração da escola, como aponta o trecho da entrevista abaixo:

[...] A escola, às vezes. Para a saúde mental, que tenho conhecimento, teve umas três crianças que vieram encaminhadas, para ir para a saúde mental. Porque a criança é hiperativa, não consegue se concentrar na aula. Aí eles acabam encaminhando. Aí a gente encaminha para a saúde mental (Luiza, Auxiliar de enfermagem).

O principal encaminhamento acontece para a especialidade da neurologia. Isso aparece desde a fala da agente comunitária de saúde até a dos coordenadores das escolas. A neurologia é o encaminhamento mais realizado ou mesmo, mais aguardado, uma vez que, uma das principais queixas na fala dos profissionais é a falta de vaga para neurologista na região.

Então a gente tem um contato muito grande com a secretaria de saúde, principalmente com o posto aqui, então a gente tenta sempre estar pedindo para que eles abram assim precedente pra nossa escola mandar e eles encaminharem. Só que assim é difícil, né, porque vagas são difíceis, então assim, sempre tem mãe e pais que levam, pra particular especialmente a M.(neurologista), que é a mais conhecida na educação. (Paulo, coordenador da escola 2).

Acho que vão mais pro neuro, acham que é distúrbio da criança ou do adolescente. Com a medicação também para, vai e depois não retorna mais. Essa minha vizinha que tava tomando medicação começou a desregular a menstruação e a mãe e a avó não levaram mais no neuro porque achou que era a medicação. (Danila, ACS, ESF II).

A escola aparece no discurso dos profissionais das duas Estratégias de Saúde da Família como um notável encaminhador para a saúde mental e principalmente para os neurologistas. Foi a partir das entrevistas com os profissionais de saúde que analisamos a

necessidade de entrevistar os profissionais da educação na tentativa de verificar o caminho percorrido pelas crianças no município. O que corrobora com Saduvette e Reis (2010, p.406) “os encaminhamentos de crianças e adolescentes são realizados principalmente pelos professores, e, em menor escala, pelos pediatras ou os próprios pais, ou ainda pelo poder judiciário”.

A escola, às vezes. Para a saúde mental, que tenho conhecimento, teve umas três crianças que vieram encaminhadas, para ir para a saúde mental. Porque a criança é hiperativa, não consegue se concentrar na aula. Aí eles acabam encaminhando. Aí a gente encaminha para a saúde mental. (Luísa, auxiliar de enfermagem, ESF I).

Quando eles vêm pra cá é porque a escola orientou. Eu nunca falo que é pra passar com neuro, porque eles acham que a gente pode estar querendo dar diagnóstico para a criança. Quando a escola orienta, eles vêm de imediato. E vem com a resposta concreta, se a escola não está dando conta é que a coisa não está boa mesmo. (Danila, ACS, ESF II).

Tem a gente faz as reuniões de equipe e em alguns casos até é passado no Apoio Matricial. Mas geralmente assim o que a gente passa pro apoio matricial é quando tem um relato mais de professor. Eles mandam uma cartinha pros pais e os pais acabam trazendo aqui. O professor mandou pra passar no psicólogo tal, tal. Acaba discutindo isso entre toda a equipe daí. (Renato, dentista do ESF I).

As escolas contam atualmente com um psicólogo escolar no município para avaliar as crianças com dificuldades de aprendizagem e necessidade desenvolverem atividades de reforço. Para as demais situações, a escola recorre ao serviço de saúde mental do município.

[...] São inúmeros os aspectos encontrados na escola, vai desde a dificuldade de aprendizagem até comportamental e até mesmo familiar, né?. Eu digo familiar na questão de, não só de estrutura, mas falta de organização mesmo [...]. Então, dificuldade de aprendizagem, nós trabalhamos com uma psicóloga escolar, quando conseguimos resolver essa dificuldade de aprendizagem com o reforço paralelo que nós temos, [...] A gente tenta sim, em virtude, até eu acredito desta falta de organização da família as crianças que apresentam esse tipo de comportamento que é as vezes, destoa de todo um grupo, então, esses casos também são trabalhados junto com a família e também encaminhados para que a psicóloga nos dê um respaldo, tanto orientando professor, gestor de escola, mas também família, o aluno, fazendo este elo. E aí você até perguntou com respeito a relação com a saúde, se a gente encaminha pra saúde. As crianças que apresentam, que realmente necessitam esta assistência, da psicóloga da saúde [...], embora a demanda seja grande e é bastante difícil os nossos alunos terem o atendimento ideal. [...] Então assim, nós encaminhamos, fazemos todos esses tramites e as vezes isso demora um pouco, pela saúde não condeno porque a demanda realmente é grande e nós temos poucos psicólogos na rede da saúde. (Regina, coordenadora pedagógica 3)

No entanto, o Ambulatório de Saúde Mental, responsável pelo atendimento da demanda infantil, está sempre com filas de espera e, portanto, pouco supre os problemas identificados e encaminhados pelas escolas.

No caso específico das crianças com queixas de agitação e hiperatividade, muitas vezes as escolas encaminham para médicos particulares. Nesse caso, os pais são responsáveis pelo pagamento do tratamento.

**Pesquisadora:** Os pais procuraram a neurologista particular?

**Coordenador:** É particular, quando é pai que tem condição, né. a gente vê isso também, os pais que têm condição, eles conseguem ter um, ter uma iniciativa melhor de levar de imediato, agora os pais que tem essa carência, né, eles pensam primeiramente na questão do dinheiro, né [...] (Paulo, coordenador pedagógico 2).

Houve uma vez que uma professora chegou a arcar com o custo da consulta de um aluno.

Então, a professora M. quando ela esteve aqui, foi, acho que já faz uns seis, sete anos, isso aí, porque daí, ela levou uma leva daqui, na verdade, ela encheu uma vã e levou, assim, ela pagou e levou, os outros não tinham assim nada. Então, trabalhamos de um jeito mais diversificado com eles. Agora o J. foi o que destou mesmo da turma, né, Daí, assim, ele foi pra outra escola [...] (idem )

Outra tentativa foi a elaboração de um projeto por meio do qual a escola realizou um levantamento das crianças que necessitavam de avaliação no neurologista na tentativa de estabelecer uma parceria com Secretaria da Saúde para viabilizar tais atendimentos. No entanto, não foi possível atender a demanda. A rede municipal de saúde no momento não conta com a especialidade de neurologista e é preciso pactuar com outro município. A saída encontrada pela Secretaria da Saúde foi dirigir essa demanda infantil para a pediatria, o que acabou frustrando muito a escola.

Mas assim nós fizemos até um projetinho ano passado, fizemos um levantamento dessas crianças que precisariam passar pelo neuro e que não tava suprindo aqui no município essa demanda, e nós fizemos essa parceria com a saúde né, embora, isso tudo tenha voltado, depois a orientação é de que passasse pelo clínico geral ou pediatra, né, mas a gente sabia que eles precisariam passar pelo neuro pra fazer um exame neurológico. Até assim, conseguimos com um ou dois, mas a demanda não foi suprida e depois a orientação da própria saúde era a de que passasse pelo pediatra e o pediatra que encaminharia, então isso deu uma estacionada, né, temos crianças que até saíram da escola sem ter feito esse exame, né, que hoje estão em outra unidade. (Regina, coordenador pedagógico 3).

Além do TDAH, outra queixa muito frequente refere-se às questões de violência sexual e doméstica. Tal queixa aparece explicitada na fala da psicóloga do Ambulatório de Saúde Mental. Esta relata que, nos últimos tempos, mudou muito o tipo de queixa que chega ao serviço de Saúde Mental:

Mudou, mudou bastante coisa. Porque hoje a gente encontra vários projetos, redes, tem a rede girassol que é a rede que atende casos de violência sexual à criança, então hoje tem uma demanda bem mais diversificada, uma demanda, hiperatividade que é o que mais chega, déficit de atenção e hiperatividade, casos de abuso, muito caso de abuso. Por conta da rede, então, acaba facilitando a demanda, né! Fica mais encorajada, né? (Juliana, psicóloga, Ambulatório de Saúde Mental).

A Rede Girassol foi o nome dado à Rede Intersetorial de Atenção à Violência Sexual do município, criada em 2008, quando vários setores começam a se reunir na tentativa de oferecer uma resposta adequada às queixas de violência sexual. Atualmente é composta pelo conselho tutelar, polícia civil e militar, unidades de saúde, poder judiciário, escolas e entidades que atuam na área da infância e adolescência. Essa Rede tem atuado na capacitação dos seus integrantes, em campanhas de sensibilização e mobilização social, prevenção da violência e no atendimento às vítimas de violência sexual. Realiza reuniões semanais para discussão dos casos em atendimentos e dos casos que são encaminhados. Foi elaborado um Protocolo de Atenção à Violência Sexual, documento assinado por todo órgão e entidade que se comprometeram a realizar ações para a atenção da violência.

Eu tenho minha agenda lotada por casos de abuso e crianças que têm outros aspectos mais patológicos a gente identifica atrasos em decorrência do desenvolvimento, é uma coisa natural do desenvolvimento, as vezes não, ela está mais acentuada pelas dificuldades dos pais de lidarem com aquela fase, então essa demanda acaba que não, está em lista de espera, entende, então, acho uma coisa complicada não é nem por prioridade, mas é porque é muita demanda né. é muita demanda né, muita demanda por causa da rede e a demanda que vem da escola, do pediatra, do neuro, que vem das redes mesmo, tem que esperar. (Juliana, psicóloga, Ambulatório de Saúde Mental).

Os atendimentos psicológicos às crianças e adolescentes que sofreram abuso sexual são realizados no Ambulatório de Saúde Mental. De acordo com a fala da psicóloga acima entrevistada, nesse serviço, após a criação da Rede Girassol, ocorreu um significativo aumento no número de casos atendidos com a queixa de violência sexual contra a criança e adolescente.

Com a prioridade dada a esses casos, outras demandas como queixas escolares e de comportamento acabam ficando em lista de espera para atendimento psicológico. Podemos analisar que isso ocorre devido a dois fatores: primeiro, a criação e efetivação da Rede Girassol fez com que esses casos chegassem com mais facilidade ao Ambulatório para atendimento. O segundo fator foi a visibilidade que a temática da violência sexual contra crianças e adolescentes tem ganhado nos últimos anos.

A partir da década de 1990, o debate sobre a violência sexual contra crianças e adolescentes vem adquirindo mais visibilidade por parte do Estado e também da sociedade civil. Em 1996, ocorre o “I Congresso Mundial contra a Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes” em Estocolmo, a partir desse encontro são elaboradas, em âmbito mundial, diretrizes e ações com o objetivo de erradicar esse tipo de violência.

No Brasil, ocorre maior visibilidade a partir da instituição do ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente. Na busca de sua efetivação, é criado o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda), com a responsabilidade de implementar Conselhos em estados e municípios.

Em 2000, é criado o Plano Nacional de Enfretamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes, que consiste em fomentar um conjunto de ações organizadas de forma a permitir uma intervenção política, técnica e financeira para o combate a violência sexual infanto-juvenil (BRASIL, 2001). No mesmo ano, é instituído o dia 18 de maio como o Dia Nacional de Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes, pela Lei Federal nº 9970/00. (BRASIL, 2000).

Mesmo com o aumento da demanda de situação que envolve violência sexual, ainda é grande a procura e o encaminhamento por problemas de aprendizagem e de comportamento. Nesse sentido, é interessante observar com cada município resolve o encaminhamento da demanda infantil para saúde mental.

No estudo realizado por Bastos (2013) sobre o processo de medicalização e patologização na rede pública de saúde e de educação na região norte de São Paulo, a autora aponta dados relevantes. Em sua pesquisa, a demanda infantil da população voltada para problemas de aprendizagem é encaminhada para pediatras da rede de saúde. Já os problemas de comportamentos são atendidos em serviços especializados, como os CAPS e por médico-psiqui. O uso intensivo atras.

Podemos analisar a partir dos discursos dos profissionais dos serviços de saúde que quase não se discutem os casos infantis, nem nas reuniões de equipe e nem no Apoio Matricial.

Na verdade acho que a gente quase não discutiu criança. Que eu me lembre a gente discutiu uma ou duas crianças, da época que eu estou aqui né? .(Carla, ACS, ESF I)

Não. Não é comum, não é comum, não. É mas com o adulto, as discussões com os adultos. Não é comum. (Marta, enfermeira do ESF I).

O Apoio Matricial é uma proposta de apoio técnico especializado para as equipes de referência que buscam mudar as formas de organizar o serviço de saúde e o processo de trabalho pautado na clínica ampliada. Estimulando o compromisso das equipes com a produção de saúde e a interdisciplinaridade. Atua na tentativa de superar a fragmentação do objeto e do trabalho. (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O Apoio Matricial e a Equipe de referência são estratégias importantes para o trabalho em rede intersetorial e para a efetivação de um cuidado integral dos usuários da Atenção Primária. Constitui-se também como um dispositivo para a superação do modelo biológico e medicalizante ao discutir situações complexas do território e não apenas casos individuais.

Pudemos perceber que, nessa experiência de Apoio realizado no município, isso ainda não ocorre, pois as discussões ficam voltadas para casos individuais, mais especificamente aqueles casos que já são atendidos no CAPS, mas que são referenciados pela ESF.

A gente da saúde da família teve uma reunião com a saúde mental, a alguns anos atrás que nos chamou a estar junto nos casos de saúde mental. A gente sabia que faz parte do nosso serviço, mas tava na especialidade, tá bom. A gente tem que ver o usuário como um todo, saúde mental, física, tudo. No apoio matricial discutia-se mais os adultos, a criança não aparecia. Essa já é a terceira equipe de apoio que vem, faz uns 3 ou 4 anos. Com o apoio é mais resolutivo. A gente discute os casos e eles nos ouvem, tudo sobre as coisas diferentes que acontece com o usuário. A gente passou a entender um pouco mais os pacientes da saúde mental. (Eloísa, Enfermeira, ESF II).

Na fala dos profissionais, fica evidenciado que ainda estão pautando seu trabalho na lógica das especialidades. Apesar de entenderem que as questões de saúde mental faça parte do trabalho da Atenção Primária, quando há a possibilidade de encaminhamento o serviço o faz.

A gente até entende que as questões de saúde mental das crianças fazem parte, mas se tem como passar para frente a gente passa. A gente discutia criança no apoio quando a fono vinha. Com os psicólogos são mais os adultos e adolescentes. (Danila, ACS, ESF II).

Para que a interdisciplinaridade ocorra de fato e contribua para aumentar a eficácia das intervenções, é importante não somente facilitar a comunicação entre distintos especialistas e profissionais. Também é necessário montar um sistema que produza um compartilhamento sincrônico e diacrônico de responsabilidades pelos casos e pela ação prática e sistemática conforme cada projeto terapêutico singular. O papel de cada instância, de cada profissional, deve ficar bem claro. Alguém deve se responsabilizar pelo seguimento longitudinal e pela

construção de uma lógica que procure integrar a contribuição dos vários serviços, departamentos e profissionais. Em geral, esse papel cabe a integrantes da equipe de referência. Com certeza, não é essa a tradição de funcionamento dos serviços de saúde. (CAMPOS; DOMITTI, 2007)

Observamos que, apesar de a Estratégia de Saúde da Família propor discussões e intervenções nos espaços coletivos, estas ainda estão voltadas ao âmbito individual, mesmo a família aparece pouco na fala dos profissionais das ESFs. Repete ali o modelo clínico, centrado no indivíduo predominante no Ambulatório de especialidade. Assim o atendimento tratamento se restringe tão somente a avaliação psicológica, psiquiátrica, ou outra, medicação e, quando existem vagas, psicoterapia individual e orientação de pais.

No entanto, pudemos observar a busca dos profissionais pela integralidade e o trabalho em rede, como será mostrado no próximo tópico. Fica evidenciada no relato da enfermeira que coordena o ESF II essa tentativa de olhar para a criança como um sujeito presente naquele território e não apenas desempenhar a função de encaminhá-la para as especialidades.

Não tinha preocupação centrada nas crianças, tinha só aquela coisa mecânica de agendar consulta e retorno. Depois que você veio que nos despertou uma coisa a mais, de ter um olhar para essas crianças. [...] A partir de agora a gente vai focar um pouco mais nas crianças, porque a gente vê só o adulto. Vamos olhar um pouco mais pra elas. (Eloísa, Enfermeira, ESF II).

### **5.5.2. A resolutividade dos atendimentos - importância da integralidade e intersectorialidade das ações e serviços e da construção de uma rede psicossocial**

A Rede de Atenção à Saúde é definida “como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”. (BRASIL, 2010).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006) afirma que o trabalho em rede com a sociedade civil organizada favorece que o planejamento das ações em saúde esteja mais vinculado às necessidades percebidas e vivenciadas pela população nos diferentes territórios. Assim, concomitantemente, a rede garante a sustentabilidade dos processos de intervenção nos determinantes e condicionantes de saúde. Um dos desafios que se coloca é a intersectorialidade e a integralidade serem capazes de produzir e garantir os cuidados em saúde.

Em 2011, o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 3088, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, no âmbito do SUS. Tal Rede é para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de modo a ampliar e promover o acesso da população. Também A RAPS busca garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. (BRASIL, 2011).

A implantação das redes temáticas propostas pelo Ministério da Saúde melhora o acesso de muitos grupos que antes não conseguiam chegar até os serviços de saúde, como os usuários de crack e moradores de rua. No entanto, a implantação das RAPS necessita de serviços, como por exemplo, o CAPSi, que muitas vezes não é uma realidade dos pequenos municípios. Essa fragmentação da Rede de Atenção à Saúde em redes temáticas pode se tornar um empecilho para trabalhar a integralidade.

Nas entrevistas, pudemos analisar que, no cotidiano desses serviços, não acontece o trabalho em rede tão precioso ao atendimento de crianças que já estão inseridas em vários setores como, por exemplo: a saúde, a educação e assistência social. As instituições que dispensam alguma forma de atenção à infância nesse município atuam isoladamente, daí ocorrer pouco diálogo entre elas.

Olha o diálogo com as especialidades é complicado, porque a maioria não fica aqui com a gente, então, por exemplo, psiquiatria infantil tem em Marília, neurologia infantil tem em Assis, né! Com médico pediatra é muito bom, tranquilo, tanto da gente com eles, quanto deles com a gente. Eles chamam a gente, olha esse caso aqui e eles cobram também, se estão levando, se está indo. (Juliana, psicóloga, Ambulatório de Saúde Mental).

Além da implementação dos serviços propriamente ditos, precisamos investir no cuidado compartilhado. Por meio do relato dos profissionais, podemos verificar a fragmentação na atenção voltada à criança uma vez que não existe sequer a referência e contra-referência entre os serviços da área da saúde e muito menos com as outras áreas como a educação.

Ah, não sei. Acho que tem pouca adesão. Na verdade, acaba sendo uma coisa assim, de adulto também, eu pelo menos pra saúde mental só mando o que é bem crítico assim, a saúde pública, essa questão de referência e contra-referência, porta de entrada não tem, melhorou muito quando a gente começou o Apoio Matricial. É uma porta de entrada bem dificultada. (Marta, Enfermeira, ESF I).



O serviço de Saúde Mental se organiza a partir da triagem realizada todos os dias no período da manhã e, com o intuito de conseguirem vaga para passarem pela psicologia e/ou psiquiatria, as pessoas chegam ao serviço antes das sete da manhã, quando ele abre. Não existe uma avaliação da necessidade de cada caso, o atendimento é feito por ordem de chegada.

Ah sim, é aquela coisa, né, tem que passar pela triagem, até aí tudo bem, né. Aí são seis por dia, acabou os seis tem que voltar outro dia. Então não tem assim uma demanda espontânea que pode ser encaminhada assim devidamente pelo serviço. Então acho que é uma coisa assim, um fator que dificulta. (Marta, Enfermeira, ESF D).

A interstorialidade é um princípio essencial para que se efetive o cuidado integral a crianças, uma vez que já está inserida em vários setores como a saúde, educação, assistência social e justiça.

A construção de uma política intersetorial permite compartilhar responsabilidade e saberes, evitando-se medicalizar questões que não são exclusivas do campo da saúde e possibilitando um olhar ampliado sobre problemas complexos [...] Dada a complexidade do campo da saúde mental, somente as ações intersetoriais permitem atingir objetivos como inclusão social, plena cidadania e respeito aos direitos humanos. (TANAKA; LAURIDSEN-RIBEIRO, 2010. p. 163).

Embora a fragmentação da Rede de Atenção à Saúde em redes temáticas pode se tornar um empecilho para trabalhar a integralidade e favorecer a continuidade de uma assistência especializada, observamos que a Rede Girassol no município estudado, constitui-se uma tentativa de construção de uma Rede Psicossocial. Como tal, seria uma experiência que precisa ser consolidada e ampliada.

### **5.5.3. Biologização da Vida - concepção, posição dos serviços e/ou dos pais frente aos problemas das crianças.**

No terceiro tema elencado “Biologização da Vida - concepção dos serviços e/ou pais frente aos problemas das crianças podemos verificar como o processo de biologização das relações sociais aparece nos municípios de pequenos porte. Assim, torna-se essencial refletirmos sobre como “as implicações que uma biologização do humano tem no desenvolvimento das crianças, especialmente estando esta difundida no social. A biologização da vida pode ser tomada como uma expressão da medicalização nos tempos atuais”. (GUARIDO, 2011, p.32).

No município estudado, os profissionais, tanto dos serviços de saúde como das escolas, apontam que há uma crença da população dos distritos de que o fracasso escolar, ou seja, a dificuldade das crianças aprender seja hereditário.

Na outra quando eu entrei lá, tinha muito a questão assim, do fator hereditário do fracasso, então assim, esse aluno não aprende porque ele é assim mesmo, a mãe era assim, o pai era assim, o irmão é assim, a família é assim, então, tinha até uma família que era muito conhecida lá, a família M., então assim, a família M. era fadada ao fracasso, entravam na escola fadada ao fracasso. (Paulo, coordenador da escola 2).

Portanto, essa concepção acarreta descrença na possibilidade de melhora da criança, se todos os membros da família são assim, ela também o será.

A predominância de um discurso biológico reduz a dimensão simbólica da subjetividade. Como efeito disso, poderíamos ressaltar a retirada da possibilidade de atuação dos sujeitos sobre o que lhes acontece, já que os problemas e condições do aprendizado das crianças estariam dados pelo funcionamento cerebral e sem interferências das relações sócio-político-cultural- afetivo nas quais elas se inserem.

Assim, crianças e adultos, confrontados com certa desresponsabilização sobre o que lhes acontece, tornam-se também impotentes para atuarem sobre seus sofrimentos e aprendizados. E a impotência é então mais um efeito deste discurso biológico. Torna-se, aparentemente potente o especialista que saberia o que fazer diante do diagnóstico que profere (GUARIDO, 2011).

Agora lembrei de um caso que a mãe disse ele é assim mesmo, o irmão também é, não sei quem também é, é de família. Eles agem como se fosse um problema, mas que não tem solução mesmo. (Luiza, ACS, ESF I).

A escola tende a diminuir os encaminhamentos ao perceber que a ESF não lhes dava prosseguimento. A enfermeira do ESF I relata que, ao receber os pedidos de encaminhamento da escola, chamava os pais da criança para conversar e ambos chegavam à conclusão de que não era necessário levar o encaminhamento adiante, conforme é possível verificar no trecho abaixo citado:

O que eu sinto, é que a escola desistiu de encaminhar, sabe. Porque a gente não faz o encaminhamento, que a gente faz até questão que chame os pais, pra entender né. E aí deixa meio que responsabilizando os pais e discutindo a necessidade com os pais. E aí geralmente os pais não sentem a necessidade, né. Acha que tá tudo bem, né. E na nossa, todas as vezes que avaliamos a gente também considera que não tem necessidade. (Marta, Enfermeira, ESF I).

Podemos constatar, por meio do relato do dentista do ESF I, como a biologização do humano está presente nas concepções da população, como questões relativas a vida, como a tristeza, o luto se tornaram patologias.

Mudou sim, hoje a gente não pode nem chorar, chorou já tem um problema. Está sofrendo já tem que ir pro psicólogo, não tem nenhum. É complicado, né? Como falei né? Não pode nem chorar, se tá com o emocional abalado, já procura médico psiquiatra, psicólogo. Parece que o coração não pode doer mais. (Renato, dentista do ESF I).

Na equipe ESF I encontramos indício de uma concepção que parece romper com essa idéia biologizante. Eloísa, coordenadora da ESF, ao destacar que a criança não precisa muito de psiquiatra e/ou tratamento especializado fala:

Eu acho que criança assim é, aqui é um lugar muito privilegiado. Porque eles têm uma vida muito livre aqui. Tipo por ser um lugar pequeno, vamos dizer que ofereça menos perigo que os outros lugares eles ficam na praça, eles brincam muito. Acho que eles vivenciam muito a infância, plenamente. Andam de bicicleta. [...] (Eloisa, enfermeira do ESF I)

Porém, em outro distrito, onde se situa a ESF II, a visão aparece diferente. Paulo, coordenador pedagógico da escola local ressalta que:

Porque aqui eles não têm o mínimo de senso de cultura, né, o mínimo, cultura pra eles aqui é pescar, é soltar pipa, essas coisas assim de infância, agora a gente tenta relativizar uma coisa maior na sua profissão, na sua própria vida mesmo, né. então, eles acabam meio que segregando a si mesmos, assim, e muitas vezes assim, a própria auto-estima deles é muito baixa [...] (Paulo, coordenador pedagógico da escola 2)

A falta de perspectiva futura para os moradores do distrito e a repetição do destino dos pais, avós e outras gerações familiares no trabalho como 'bóia fria' no corte da cana sugere uma acomodação social e as condições precárias de vida material e imaterial naquele território. Ali parece que as tecnologias de controle social ainda não são tão necessárias.

## **Considerações Finais**

Este trabalho possibilitou-nos refletir sobre o campo da saúde e como ele se relaciona com a criança no âmbito das políticas públicas de saúde mental em municípios de pequeno porte. Relação esta ainda influenciada pela histórica institucionalização da infância e a tentativa de normatização do comportamento infantil a partir de parâmetros do comportamento do adulto.

Nessa perspectiva, constatamos o fenômeno da biologização da vida e da patologização do social também na infância. Assim, este estudo reafirma outras pesquisas empíricas, cujos resultados explicitam que a demanda infantil em saúde mental está centrada em dificuldades e/ou distúrbios de aprendizagem e de comportamentos relacionados, na maioria das vezes, às questões familiares e, portanto, dissociados de fatores histórico-político-sociais. Em consequência disso, o tratamento abrange o diagnóstico, psicofármacos, psicoterapia individual e orientação de família. Sendo assim, há poucas intervenções político-sociais desenvolvidas no território, como por exemplo, na escola (CASTANHO, 1996; MORAIS, 2001; OLIVEIRA, 2005; MEIRA, 2012, BASTOS, 2013).

Acreditamos que não há como superar essa influência de cultura da institucionalização de crianças com transtornos mentais sem a efetiva constituição de rede no território. Para que a rede realmente funcione, precisa haver a articulação entre os setores envolvidos na atenção dispensada a crianças pautada na construção de estratégias de cuidado partilhado.

A Estratégia de Saúde da Família assume papel fundamental no processo de desinstitucionalização do cuidado dispensado às crianças, pois tem como objetivo desenvolver um trabalho de prevenção e promoção de saúde no seu território, a partir do trabalho com as famílias, com o olhar para o coletivo e não apenas para o indivíduo.

Também é necessário ressaltar a importância da participação de pais, familiares e responsáveis nos espaços coletivos de elaboração, implementação e avaliação de políticas públicas voltadas para a saúde mental de crianças e adolescentes, com o objetivo de ampliar a abrangência das ações e estimular a corresponsabilização pelo cuidado. (AMSTALDEN; HOFFMAN e MONTEIRO 2010).

A partir do exame de prontuários, das entrevistas realizadas e da vivência institucional nas Estratégias de Saúde da Família do referido município, pudemos observar que as questões referentes à Saúde Mental das crianças não são encontradas em seus prontuários. Também observamos que os problemas de saúde mental das crianças são pouco problematizados pelos profissionais nos espaços de discussão coletiva como as reuniões de equipe e de Apoio

Matricial realizadas pela equipe de saúde mental. Essa situação pode indicar que a Saúde Mental, muitas vezes, não é considerada pela ESF como parte do trabalho da Atenção Primária. Precisamos pensar a saúde mental como um fenômeno psicossocial para superarmos a normatização existente acerca do desenvolvimento da criança, ao qual os sujeitos que não se adaptam às normas pré-estabelecidas, como as rotinas escolares são medicalizados e patologizados.

Por meio das entrevistas e na observação institucional, é possível reafirmar que, de certa maneira, o estudo realizado por Bastos (2013) sobre o processo de medicalização e patologização na rede pública de saúde e de educação no município de São Paulo, que a demanda das escolas relacionadas a problemas de comportamentos e de aprendizagem são encaminhados para médicos. Enquanto lá os problemas de comportamentos, supostamente com diagnóstico de TDAH, são atendidos em serviços especializados, como o CAPS e por médico-psiquiatra. No município ora estudado, é encaminhado para o pediatra e posteriormente para o neurologista.

Também apreendemos que os pedidos dos pais para encaminhamentos para as especialidades médicas, como a neurologia e também para a psicologia, são feitos informalmente, visto que não possuem registros desses encaminhamentos nos prontuários das crianças envolvidas nesses casos. Através do relato das agentes comunitárias de saúde, verificamos que, no serviço de saúde, muitas vezes, não é informado se a criança está fazendo acompanhamento médico ou psicológico em outra unidade da rede pública ou em serviços privados.

Pudemos verificar ainda que a atenção das equipes permanece voltada apenas para os cuidados com o desenvolvimento físico das crianças, visto que isto é preconizado também pelas políticas e diretrizes que norteiam o trabalho da Atenção Primária. Estas estabelecem metas como a vacinação das crianças e programas como o 'Viva Leite' o qual pressupõe o acompanhamento do peso e altura sem buscar avaliar o desenvolvimento integral da criança e de sua família.

Assim, verificamos a necessidade de repensar o cuidado dispensado às crianças pelos serviços de Atenção Primária. É necessário sairmos desse modelo biológico que olha a criança apenas em suas necessidades físicas, encaminharmos qualquer comportamento destoante para as especialidades médicas e patologizarmos esses comportamentos. Precisamos investir no cuidado integral e compartilhado da criança e do grupo ao qual ela está inserida, pautados no trabalho em rede intersetorial.

### **Referências Bibliográficas**

AMARANTE, P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2º Ed, 4º reimpressão. Rio de Janeiro: SDN/ENSP, 2009.

\_\_\_\_\_. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

AMSTALDEN, A. L. F; HOFFMANN, M. C. C. L; MONTEIRO, T. P. M. A política de saúde mental infanto-juvenil: seus percursos e desafios. In: LAURIDESN-RIBEIRO, E; TANAKA, O.Y. **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010.

ANDRADE, L. M.; BUENO, I. C. de H. C.; BEZERRA, R. C.. Atenção primária e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; São Paulo: Editora HUCITEC, 2009.

ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

BAREMBLITT, G. **Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1998.

BASTOS, H. P. **Saúde e Educação: reflexões sobre o processo de medicalização**. Tese (Doutorado), IPUSP, USP – São Paulo, 2013.

BOARINI, M. L. ; BORGES, R. F. Demanda infantil por serviços de saúde mental: sinal de crise. **Estudos de psicologia**, Maringá, v. 3, n. 1, p. 83-108, 1998.

BOARINI, M. L. ; BORGES, R. F. **Hiperatividade, higiene mental, psicotrópico: enigmas da caixa de Pandora**. Maringá: Eduem, 2009. 146 p.

BORGES, R.F. **Reforma Psiquiátrica Brasileira e Atenção Básica à Saúde: desafios e possibilidades**. Tese de Doutorado. UNESP – Assis, 2012.

BRASIL. **Lei n 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências**. Brasília: Presidência da República, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei%208080.pdf>>. Acesso em 05 mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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, 1994.

BRASIL. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Conselho Nacional de Saúde. Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Resolução 196/96 – CNS. Brasília, DF: MS, 1996.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil**. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Presidência da República. Lei 10.216 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental. In: Conferência Nacional de Saúde Mental (3.:2001: Brasília). **III Conferência Nacional de Saúde Mental: Caderno Informativo**. Secretaria de Assistência à Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b, p. 58-62.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-juvenil**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, 5(1):163-177, 2000.

CAMARGO-BORGES, C. & CARDOSO, C. L. A Psicologia e a estratégia saúde da família: compondo saberes e fazeres. **Psicologia & Sociedade**, 2005, p. 26- 32.

CASTANHO, M. I. S. **Da Educação para a Saúde: o processo de construção de identidade do psicólogo**. Tese (doutorado), IPUSP, USP, São Paulo: 1996.

CIRINO, O. **Psicanálise e Psiquiatria com crianças desenvolvimento ou estrutura**. Belo Horizonte Autêntica, 2001,160p.

COSTA-ROSA, A. **A instituição de saúde mental como dispositivo de produção de subjetividade**. Mimeo, UNESP, 2006.

COSTA-ROSA, A. **O modo psicossocial: um paradigma das praticas substitutivas ao modo asilar**. In AMARANTE, P. (org). Ensaios. Subjetividade, Saúde Mental e Sociedade. Rio de Janeiro Fiocruz, 2000, p. 141-168.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL (3: 2001: Brasília). **Relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Secretaria de Assistência à Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

COUTO, M.C.V.; DUARTE, CS; DELGADO, P.G.G. A saúde mental infantil na saúde pública brasileira: situação atual e desafios. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 2008, 30(4): 390-8.

COUTO, M.C.V.; DELGADO, P.G.G. Intersetorialidade: uma exigência da clínica com crianças na Atenção Psicossocial. Considerações Preliminares. In: Lauridsen-Ribeiro, E; Tanaka, O.Y. **Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS: contribuições para uma prática responsável**. Editora Hucitec, São Paulo, 2010.

DIMENSTEIN, M.; SANTOS, Y.F.; BRITO, M.; SEVERO, A.K.; MORAIS, C. Demanda em Saúde Mental em Unidades de Saúde da Família. **Mental - ano III - n. 5 -Barbacena-** nov. 2005-p.33-42. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v3n5/v3n5a03.pdf>. Acessado em 15/08/2012.

FERREIRA, A. B. H; FERREIRA, M. B. ANJOS, M. **Dicionário Aurélio**. Editora Positivo, 2010.

FINKELMANi, J. (Org). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.



FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

GUARIDO, R. A Biologização da vida e algumas implicações do discurso médico sobre a educação. In: CONSELHO REDIONAL de Psicologia de São Paulo (Orgs). **Medicalização de crianças e adolescentes – conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doença de indivíduos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

ILICH, I. **A expropriação da saúde: nêmeses da medicina**. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1975

LUZIO, C.A. **A Atenção em Saúde Mental em Municípios de pequeno e médio portes: Ressonâncias da Reforma Psiquiátrica**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, 2003.

MEIRA, M. E. M. Para uma crítica da medicalização na educação. **Revista semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, SP, vol. 16. nº 1, Jan/Jun , p. 135-42, 2012.

MENDES, E.V. **Os grandes dilemas do SUS: tomo II**. Salvador, BA: Casa da Qualidade editora, 2001.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MINAYO, M. C. S. & SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262, jul/set, 1993.

MORAIS, M.L.S. Fórum de Saúde Mental. In: MORAIS, M.L.S. & SOUZA, B.P.. (org). **Saúde e Educação: muito prazer!** São Paulo: Casa do Psicólogo, pp. 69-88, 2001.

MONCEAU, G. Implicação, sobreimplicação e implicação profissional. **Fractal, Rev. Psicol.**, Jun, vol.20, no.1, p.19-26, 2008,

MOURÃO L C. **O professor e a instituição formação em saúde: implicações nas transformações curriculares**. Tese (doutorado). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

MOYSÉS, M.A.A; COLLARES, C.A.L. Dislexia e TDAH: Uma análise a partir da Ciência Médica. In: CONSELHO REDIONAL de Psicologia de São Paulo (Orgs). **Medicalização de crianças e adolescentes – conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doença de indivíduos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

OLIVEIRA, I. F. **A psicologia no sistema de saúde pública: diagnóstico e perspectiva**. Tese (doutorado) IPUSP, USP, São Paulo, 2005.

PASSETI, E. **Crianças carentes e Políticas Públicas**. Edson Passetti. P. 347-375. In: DEL PRIORE, M. (org.) História das crianças no Brasil. São Paulo: Contexto, 2006.

POSTMAN, N. **O Desaparecimento da infância**. Rio de Janeiro Graphia, 1999.

RANÑA, W. A saúde mental da criança na atenção básica. Detecção e intervenção a partir do Programa de Saúde da Família e do apoio matricial. In: LAURIDESN-RIBEIRO, E; TANAKA, O.Y. **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010.

RIBEIRO, P.R.M. História da Saúde Mental Infantil: A Criança Brasileira da Colônia à República Velha. **Psicologia em Estudo, Maringá**, v. 11, n. 1, p. 29-38, jan./abr. 2006.

RIZZINI, I. **O século perdido: raízes históricas das políticas públicas para a infância no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2008.

ROCHA, D; DEUSDARÁ, B. Contribuições da Análise Institucional para uma abordagem das práticas languageiras: a noção de implicação na pesquisa de campo. **Cadernos de Letras da UFF – Dossiê: Letras, linguística e suas interfaces** no 40, p. 47-73, 2010.

RODRIGUES, H. B. C. Os anos de inverno da análise institucional francesa. **Rev. Dep. Psicol., UFF**, Dez vol.18, no.2, p.29-46, 2006.

SADUVETTE, V.; REIS, A.O.A. Modelo de abrangência para a reorganização da saúde mental infanto-juvenil em pequenos municípios. In: LAURIDESN-RIBEIRO, E; TANAKA, O.Y. **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010.

SANTANA, M. L. & CAMAGNANI, M. I. Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. In: **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.10, n.1, p. 33-53, 2001.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010, 210 p.

TANAKA, O. Y; RIBEIRO, E. L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2):477-486,2009. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v14n2/a16v14n2.pdf>. Acesso em 12 fev. 2012.

YASUI, S. **A construção da reforma psiquiátrica e o seu contexto histórico**. Assis, 1999. (Dissertação – Mestrado - Universidade Estadual Paulista).

ZANIANI, E.J.M. **Sob os auspícios da proteção: Moncorvo Filho e a higienização da infância**. Dissertação de Mestrado. UEM. 2008.

**Anexo 1****Ficha para coleta de dados dos prontuários**

1. Prontuário \_\_\_\_\_ Unidade \_\_\_\_\_
2. Idade \_\_\_\_\_
3. Sexo  
 Feminino     Masculino
4. Constelação do Grupo Familiar ou de Referência
5. Escolaridade
6. Condições Socioeconômicas
7. Queixa
8. Diagnósticos
9. Procedimentos Terapêuticos (duração, tipo)
10. Encaminhamentos
11. Observação

**Anexo 2**

## Temário da Entrevista com os Profissionais da Saúde

1. Identificação \_\_\_\_\_

2. Idade \_\_\_\_\_

3. Sexo

Feminino     Masculino

4. Formação Profissional

5. Função que desempenha no serviço de saúde

6. Quais os problemas referentes a saúde mental de crianças com até 11 anos e 11 meses são identificados pelo serviço de saúde ? Em qual período dessa faixa etária mais aparecem? E como pensa que poderiam ser resolvidos?

7. Quais encaminhamentos referentes a demanda infantil são recebidos e quais são realizados? Existe retorno dos serviços para os quais são encaminhados?

8. Verifica-se resolutividade nesses procedimento/atendimento?

9. Como os pais (ou responsáveis) reagem quando tomam conhecimento dos problemas dos filhos e/ou das crianças sob sua responsabilidade?

**Anexo 3**

## Temário da Entrevista com os Profissionais da Educação

1. Identificação \_\_\_\_\_
2. Idade \_\_\_\_\_
3. Sexo  
 Feminino     Masculino
4. Formação Profissional
5. Função que desempenha na escola
6. Quais os problemas referentes à saúde mental de crianças com até 11 anos e 11 meses são identificados na escola (ou serviço de saúde) ? Em qual período dessa faixa etária mais aparecem? E como pensa que poderiam ser resolvidos?
7. Quais encaminhamentos são feitos pela escola quando esses problemas são identificados? Existe retorno dos serviços para os quais são encaminhados?
8. Verifica-se resolutividade nesses procedimento/atendimento?
9. Como os pais (ou responsáveis) reagem quando tomam conhecimento dos problemas dos filhos e/ou das crianças sob sua responsabilidade?

## **Anexo 4**

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

#### **“Mapeamento de Demanda de Saúde Mental Infantil em um Município de Pequeno Porte”**

**Universidade Estadual Paulista-Faculdade de Ciências e Letras de Assis**

**Professora orientadora: Cristina Amélia Luzio**

**Pesquisadora responsável: Barbara Sinibaldi**

- Este documento que você está lendo é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Ele contém explicações sobre o estudo que você está sendo convidado a participar.
- Antes de decidir se deseja participar (de livre e espontânea vontade) você deverá ler e compreender todo o conteúdo. Ao final, caso decida participar, você será solicitado a assiná-lo e receberá uma cópia do mesmo.
- Antes de assinar faça perguntas sobre tudo o que não tiver entendido bem. A pesquisadora responsável pelo estudo responderá às suas perguntas a qualquer momento (antes, durante e após o estudo).

#### **Natureza e objetivos do estudo**

- O objetivo específico deste estudo é conhecer através do exame dos registros dos prontuários e de entrevistas realizadas com os profissionais dos serviços de saúde e das escolas, o atendimento em Saúde Mental indicado a crianças na faixa etária até 11 anos e 11 meses encontrada na Rede Pública de Saúde de um município de pequeno porte do estado de São Paulo.
- Você está sendo convidado a participar exatamente por fazer parte da rede de cuidados a criança e assim poder informar quais os problemas referentes a saúde mental são identificados.

#### **Procedimentos do estudo**

- Sua participação consiste em responder a um roteiro de entrevista semiestruturada.
- O procedimento é a realização de entrevista semiestruturada. As entrevistas terão uma duração aproximada entre 40 minutos à uma hora. As entrevistas serão gravadas e realizadas no local de trabalho dos entrevistados, ou seja, nas escolas e/ou serviços de saúde.
- A participação é voluntária, cabendo ao profissional a decisão de participar ou não da pesquisa através da entrevista.
- Não haverá nenhuma outra forma de envolvimento ou comprometimento neste estudo.

### **Riscos e benefícios**

- Este estudo não possui risco, uma vez que, é composto apenas pela realização de entrevistas para conhecimento da demanda de saúde mental infantil no referido município e a participação é voluntária.
- Caso esse procedimento possa gerar algum tipo de constrangimento você não precisa realizá-lo.
- Sua participação poderá ajudar no maior conhecimento sobre as questões referentes a saúde mental infantil e ao melhor encaminhamento e cuidados disponibilizados a essa demanda.

### **Participação, recusa e direito de se retirar do estudo**

- Sua participação é voluntária. Você não terá nenhum prejuízo se não quiser participar.
- Você poderá se retirar desta pesquisa a qualquer momento, bastando para isso entrar em contato com a pesquisadora responsável.
- Conforme previsto pelas normas brasileiras de pesquisa com a participação de seres humanos você não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela sua participação neste estudo.

### **Confidencialidade**

- Seus dados serão manuseados somente pela pesquisadora e não será permitido o acesso a outras pessoas.
- O material com as sua informações fornecidas na entrevista ficará guardado sob a responsabilidade da pesquisadora Barbara Sinibaldi com a garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade.
- Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas, entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade.

Eu, \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_,  
após receber uma explicação completa dos objetivos do estudo e dos procedimentos envolvidos concordo voluntariamente em fazer parte deste estudo.

Assis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012

\_\_\_\_\_  
Participante

\_\_\_\_\_  
Pesquisadora

Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências e Letras de Assis - Av. Dom Antônio, 2100 - ASSIS/SP - CEP. 19806-900 - Fone: (18) 3302-5740 – 3302-5811 <http://www.assis.unesp.br> – e-mail: [cep@assis.unesp.br](mailto:cep@assis.unesp.br)



Anexo 5 Tabela : Usuários em atendimento no Ambulatório de Saúde Mental

Idade	Sexo	Como chegou ao serviço	Queixa	Diagnóstico	Encaminhamento (tratamento)	Outros tratamentos.	Observações
10	F	Demanda espontânea (mãe)	Dificuldade escolar, leitura/escrita. Timidez		Em atendimento psicológico desde 02/02/11		Ficou dois meses em lista de espera e depois foi chamada para atendimento individual com psicóloga
5	M	Pediatria	Muito nervoso irritado, coloca a mão na boca e chora, grita se os adultos não falam com ele.		Em atendimento psicoterápico individual desde 17/11/11		
8	M	Conselho tutelar a pedido da escola	Agressivo, irritado, xinga a professora, impaciente, não para quieto. Na aula fica agitado e não para na carteira. Tem dificuldade de aprendizagem e só se interessa por atividades com movimentação física. Sono irregular.		Criança em avaliação psicológica e mãe encaminhada ao grupo de pais.		

6	M	Encaminhado pela fonoaudióloga .	É hiperativo, faz tratamento com neurologista desde os 3 anos. Tomava tofranil e agora começou com ritalina (10 mg).		Faz tratamento com a fonoaudióloga e iniciará com psicóloga dia 04/05/12		
11	M	Pediatra encaminhou para psicóloga e escola encaminhou para fonoaudióloga porque troca as letras	Pediatra encaminhou por nervosismo. Mãe relata que criança chora quando não consegue o que quer, é distraído e se esquece de tudo. Se interessa muito pelo assunto violência, pensa muito em agredir, bater nas pessoas.		Realizada avaliação psicológica e a criança encaminhada para a lista de espera para atendimento psicoterápico individual. e em atendimento no grupo de crianças com dificuldade de aprendizagem realizado pela terapeuta ocupacional e pela fonoaudióloga.		

7	M	Pediatra	<p>Segundo o médico nervosismo. A mãe relata que a criança faz xixi e coco na roupa durante a noite. Após o nascimento da irmã (1 ano) chora por tudo. Professora da escola reclama que ele faz muita bagunça. É mentiroso e compete muito com o irmão. Não aprendeu a ler, mas escreve o nome inteiro. Tem amigos, é sociável. É independente, toma banho sozinho. Come e se troca sozinho. Mãe relata que quanto mais conversa com ele sobre fazer na roupa, mais acontece. Tinha controle vesical, regrediu após nascimento da irmã.</p>		<p>Psicóloga fez entrevista com a mãe e com a professora da escola. Iniciou atendimento psicoterápico individual.</p>		<p>Em nova consulta com o pediatra foi encontrado dificuldades orgânicas para defecar e há a possibilidade de ser encaminhado para cirurgia.</p>
---	---	----------	---	--	---	--	--

7	M	Encaminhado pelo pediatra em 2010 e novamente em 2011	Médico encaminhou por mau aproveitamento escolar, solicitando avaliação. Mãe relata que escola a chamou pois ele não está acompanhando a sala. Segundo a professora tem dificuldade de concentração. Em casa é educado e ansioso, mas muito agitado e não lida com frustração. Faz muitas birras.		Psicóloga entrevistou a mãe e a professora. A criança está em avaliação psicológica.		Estava em lista de espera há 2 meses, quando foi convocado para atendimento
5	M	Encaminhado pelo pediatra em 2003 e encaminhado pelo conselho tutelar em 2009	Conselho tutelar encaminhou, pois o pai é muito violento quando visita a criança. Teve meningite, é nervoso e agitado.		Em 2003 o pediatra encaminhou para neurologista, fez tratamento com a fonoaudióloga em 2006. Em 2008 a mãe participou do grupo de orientação de pais com a psicóloga. Em 2012 está em acompanhamento psiquiátrico particular.		

12	M	Encaminhado pela escola em 2009. Passou com o neurologista que diagnosticou como hiperativo, receitou ritalina e encaminhou para psiquiatra.	Dificuldades escolares, criança brigou na escola e foi encaminhado ao Conselho Tutelar. Pais usuários de drogas, estavam presos. Criança mora com a bisavó.		A avó procurou atendimento para a criança em 2008 e foi encaminhada para o Grupo de orientação de pais. Em atendimento psicológico desde 2009.		
6	M	Espontâneo (mãe)	A mãe refere que há mais ou menos um ano a criança tem apresentado comportamento afeminado, com brincadeiras, trejeitos e está recebendo apelidos pejorativos. Por várias vezes o surpreendeu em brincadeiras sexuais com outras crianças.		Está em avaliação psicológica.		

12	F		Faz tratamento em Marília por causa da hemofilia. Foi encaminhada ao neurologista pois dormia de uma hora para outra e está fazendo uso de medicação (loperamato 25 mg).	Hemofilia, crise convulsiva silenciosa e problema cardíaco. Doença de Von Willebrand (coagulação).	Criança está internada devido a uma extração dentária. Está sendo acompanhada pela psicóloga do hospital e retornará ao Ambulatório para atendimento psicológico após alta.		
11	F						Não há ficha de anamnese e nem relatos de atendimento. No entanto, o prontuário está na pasta de atendimento da psicóloga.

6	F	Conselho Tutelar	Criança mora com a avó há três anos. A mãe é usuária de crack e fica nas ruas. Avó relata que mãe fazia uso na frente da criança e usou durante a gravidez. Segundo a avó a criança é irritadiça, impaciente e muito chorosa. Tem dificuldade no sono e apetite irregular. A avó está tentando internar a mãe da criança.				
11	F	Pediatra	Nervosismo				
12	F	Polícia civil em 2009 e rede girassol em 2011	A mãe foi orientada pela funcionária da polícia civil a procurar psicóloga devido ao abuso sexual que a criança sofreu.		Atendimento psicoterápico para a criança e orientações a mãe. Começou em 2009, teve alta em julho de 2011 e retornou em agosto de 2011 (sofreu outro abuso). Faz tratamento com fonoaudióloga devido a trocas silábicas.		

7	M	Delegacia de Policia civil	Suspeita de abuso sexual por um tio de 16 anos. Mãe relata que criança é regredida e mimada.		Mãe encaminhada para Grupo de orientação de pais e criança para atendimento psicológico individual.		Disputa de guarda entre a mãe e os bisavós maternos que o criaram até o momento. Não há relato se continua em atendimento
11	F		Estava abrigada por suspeita de ter sido abusada pelo tio. Morava com os avós maternos.		Atendimento psicológico individual		Sem mais informações, inclusive não consta relatos sobre atendimento.
8	F	Em 2009 foi encaminhada pelo Conselho tutelar, retornou em 2012 pela rede Girassol.	Mãe relata que filha foi molestada pelo avô, pai de sua mãe. Ficou sabendo que ele molestou a prima também. Não sabe quem fez a denúncia ao Conselho Tutelar.		Atendimento psicológico de 17/12/09 a 25/03/11		
	M	Encaminhado por Conselho Tutelar e Rede Girassol em 2009.	Abuso sexual				
10	M	Professora orientou a mãe a procurar psicóloga	Mãe relata que a criança não para na carteira, tem medo e acorda assustado, chorando.		Ainda está em avaliação		



8	M	Psicóloga escolar	Recentemente (2 semanas) apresentou paralisia facial que já está em acompanhamento médico, porém faz-se necessário investigação se estão envolvidos fatores emocionais.		Discutido em reunião de equipe e colocado em lista de espera para atendimento psicológico individual. Convocado em 24/02/2012 e não compareceu, feita outra convocação.		Lista de Espera
10	M	Veio encaminhada pelo Conselho Tutelar que também encaminhou a mãe para Oficina de Crochê (não consta em que instituição).	Mãe buscou Conselho Tutelar porque criança não para na sala de aula, bate nos outros alunos.		Foi oferecido atendimento psicológico para o pai e Grupo de Orientação de Pais para a mãe. Criança foi colocada em lista de espera para atendimento psicológico em 01/09/2011.		

7	M		<p>Criança apresenta encoprese. Mãe relata que criança é muito nervosa e morde a roupa. Criança começou a apresentar dificuldades após ficar imobilizado por dois meses por problemas no fêmur. Atualmente criança refere muito medo, tem pesadelos e terror ao entardecer (chora muito e pede um médico para tirar pesadelo dele).</p>		<p>Orientações para a mãe, tratamento com fonoaudióloga há quase um ano. Colocada em lista de espera para atendimento psicológico individual em 30/09/11. Em 27/03/12 foi encaminhada para fazer psicodiagnóstico no C.P.P.A da UNESP-Assis.</p>		
10	M	<p>Pediatra e escola em 2009</p>	<p>Inquieto e desatento. Medo de escuro e de ficar sozinho. Pediatra encaminhou com hipótese diagnóstica de Transtorno de Comportamento.</p>		<p>Fez avaliação neurológica que o pediatra pediu, mas que não acusou nada, mas foi colocado em lista de espera para avaliação neuropsicológica em um projeto em parceria com o C.P.P.A. da UNESP – Assis. Está na lista de espera desde 2009.</p>		

12	M		Mãe relata que é muito ansioso, rói unhas, fica mordendo gola e manda, nervoso. Comportamento agressivo na escola. Mãe relata que pai da criança é usuário de álcool e outras drogas.		Lista de espera para atendimento psicológico individual desde 2009. Mãe foi encaminhada para o Grupo de Orientação de Pais.		
----	---	--	---	--	---	--	--

11	F	Demanda espontânea (mãe).	Mãe procura o serviço porque criança mudou muito o comportamento, está triste, insegura, com muitos medos que não tinha antes. Parou de brincar, quando sai de casa quer vir embora logo. Parou com dança, violão e coral. Iniciou baixo rendimento escolar, se distrai com facilidade, conflitos com outras crianças, se isola, recusa-se em ir a escola, chora muito, insegura e apática.		Foi para lista de espera em 08/12/10, foi convocada em 16/02/12, mas não há relato se compareceu. Nome da criança continua na lista de espera.		
----	---	---------------------------	---	--	--	--	--

9	M		<p>Agitado, agressivo, não aceita limites, dificuldade de aprendizagem e dificuldade de comportamento (muitas queixas na escola). A mãe relata que não faz mais atividades de lazer devido ao comportamento do filho.</p>		<p>Orientações pra mãe e atendimento individual para a criança. Foi chamado algumas vezes e o caso foi cancelado por falta. Mãe retornou ao Pronto Atendimento novamente e criança foi colocada na lista de espera para atendimento individual.</p>		
11	M	Pediatra	<p>Fica nervoso quando não consegue fazer a lição, começa a chorar. Se interessa muito quando o assunto é violência, muito desligado, esquece as coisas que é para fazer. Tímido, medo do escuro. Troca letras na escrita, rói unhas e é lento na escola.</p>		<p>Lista de espera para atendimento individual com psicóloga desde 12/05/11 e está em atendimento com a fonoaudióloga.</p>		

7	M	Espontâneo	Mãe alegou que criança é muito irritada, chama a atenção, muito nervoso, puxa o próprio cabelo. Mãe acredita que é muito mimado. Mãe teve o filho no segundo casamento, todos os outros filhos são adultos. Sentia vergonha da gravidez.		Lista de espera em 07/02/11		
12	M	Escola	Mãe relata dificuldade na aprendizagem (leitura, escrita e contas).		Lista de espera em 24/11/10		
	M	Pediatra	Dificuldade escolar, déficit de atenção, enurese noturna.		Orientações para a mãe, criança está com avaliação neurológica marcada. Lista de espera para atendimento psicológico individual desde 2009.		

8	M	Conselho Tutelar encaminhou em 2008 e a psicóloga fez orientações a mãe. Em 2011 venho encaminhado pela escola e foi colocado em lista de espera em 17/08/11.	Criança viu relação sexual do pai com namorada. Mãe acionou o Conselho Tutelar e o pai não pode mais levar a criança, apenas visitas acompanhadas.		Lista de espera para atendimento psicológico individual e orienta a mãe que criança precisa de tratamento fonoaudiólogo.		
11	M	Conselho Tutelar	Mãe procurou Conselho Tutelar porque criança pe muito nervosa, briga muito na escola e com a irmã.		Lista de espera em 25/05/11		
8	M	Escola encaminhou a pedido da mãe	Mãe relata que criança regrediu e está muito dependente desde que prendeu dois dedos no pneu da bicicleta e teve que ir ao pronto socorro. Não quer ir à escola		Orientações a mãe e criança colocada na lista de espera em 02/02/11		

## **Anexo 6 - Entrevistas**

### **Entrevistas - ESF 1**

Carla, Agente Comunitária de Saúde, 22 anos.

**Pesquisadora:** Quanto tempo faz que trabalha aqui?

**A.C.S.:** Vai fazer dois anos agora em julho?

**Pesquisadora:** Mas você já trabalhou na saúde antes?

**A.C.S.:** Não

**Pesquisadora:** É seu primeiro emprego?

**A.C. S.:** Primeiro emprego.

**Pesquisadora:** Qual sua formação?

**A.C.S.:** Ensino Médio Completo

**Pesquisadora:** Quais os problemas referentes à infância, saúde mental infantil que aparecem na rotina do seu trabalho?

**A.C.S.:** Então, na verdade, aqui a gente não tem muita coisa. A gente tem mais as coisas que os professores, eles encaminham para psicóloga, assim, mas às vezes a gente não acha fundamento. Criança que toma medicação também a gente quase não tem.

**Pesquisadora:** Tem uma faixa etária mais freqüente de encaminhamento?

**A.C.S.:** É são mais de oito, nove anos, dez. Que é uma fase que eles estão quase saindo daqui de Nova Alexandria e indo para Candido Mota estudar lá. São mais os professores do quarto e quinto ano mesmo.

**Pesquisadora:** E quando a escola encaminha o que vocês fazem?

**A.C.S.:** Quando vem pra gente, a gente agenda triagem em Candido Mota, com a psicóloga, ou, na verdade a gente chama a mãe, né, da criança ou quem cuida da criança e a gente passa no Apoio Matricial, né, quando a gente vê uma necessidade. Porque na maioria das vezes vem a mãe e fala que parece que não



**Pesquisadora:** Mas passa pelo Apoio antes de encaminhar?

**A.C.S.:** Sim, a gente passa no Apoio antes de encaminhar. Pouquíssimas vezes foi encaminhado sem passar no Apoio, acho, acho que nem tem, que me lembre não.

**Pesquisadora:** Vocês conversam com a escola?

**A.C.S.:** Então, isso é uma ação que a gente tava conversando esses dias mesmo, de ir conversar sobre o Apoio, porque daí o professor traz o que ele identificou pra nós, podermos discutir no Apoio. E não simplesmente falar para os pais que precisa passar no psicólogo, através de umka cartinha, né? Porque daí o professor conversando com a gente, ele pode passar o que ele identificou no aluno pra aí encaminhar. Mas só que isso a gente ainda não fez, mas que a gente pretende fazer.

**Pesquisadora:** Você acha que

**A.C.S.:** Não, não.

**Pesquisadora:** E as queixas?

**A.C.S.:** Ah, pra falar bem a verdade nem sei. Porque na verdade nenhum professor veio falar pra mim, aí, eu não consigo lembrar de alguma coisa agora. De um comportamento asssim ou muito agressivo, ser assim muito bagunceiro ou não consegue se concentrar entendeu? na aula aí eles acabam encaminhando, é mais coisas assim.

**Pesquisadora:** É mais questões de comportamento do que queixas de aprendizagem?

**A.C.S.:** Humhum é mais de comportamento.

**Pesquisadora:** E quando as crianças são encaminhadas para atendimento psicológico ou psiquiátrico, você acha que tem resolutividade?

**A.C.S.:** silêncio

**Pesquisadora:** Tem essa devolutiva quando eles estão na saúde mental, tem essa conversa?

**A.C.S.:** Não, não tem quase.

**Pesquisadora:** E com a escola?

**A.C.S.:** Nem a escola pede esse retorno para nós, na verdade a gente tem uma criança que passa, na verdade os professores reclamam do mesmo jeito do comportamento, não vejo diferença.

**Pesquisadora:** E com os pais, como é quando vocês o chamam para conversar sobre algum problema relativo a criança?

**A.C.S.:** Eu acho que eles não entendem mesmo o porque. Porque em casa para eles ta normal, eles não conseguem ver nada de diferente. Quando é uma coisa assim, mais de, a criança não consegue se concentrar, né? Na aula, fica parada mas não sabe nada. Os pais falam que ele é meio devagar mesmo, já passou a psicóloga conversou, na verdade os pais não dão continuidade ou não sei se já na triagem o psicólogo fala que não é caso pra psicologia. Eu não sei te falar isso certinho, mas... Agora lembrei de um caso que a mãe disse ele é assim mesmo, o irmão também é, não sei quem também é... É de família. Eles agem como se fosse um problema, mas que não tem solução mesmo.

**Pesquisadora:** Mas eles se responsabilizam pelos problemas das crianças vem quando acham?

**A.C.S.;** Vem, tem..., mas também não tem aquela coisa, vamos sentar e estudar um pouquinho eu e você. Não tem muito isso, uma coisa meio de cultura mesmo. É só na escola, dentro de casa vai jogar videogame.

**Pesquisadora:** Eles não acompanham? Vão nas reuniões da escola?

**A.C.S.:** Nas reuniões vão, nas coisas que a escola faz, os pais vão. Mas essa coisa de estudar eles não tem muita paciência e até mesmo porque a maioria das pessoas aqui na cidade não tem muito, eles falam: aí não entendo, então não tenho como ensinar porque não entendo também.

**Pesquisadora:** Quais são as dificuldades de trabalhar com os problemas das crianças aqui?

**A.C.S.:** Não acho que não tem. Não aparece muito, porque não tem muito, não tem muita criança, assim. Mas na verdade, sempre cai nessa questão, né? De que aí, ele ta muito ruim na escola. Eu peço pro professor repetir, mas ele não repete, porque não pode. Só que ele não repete porque não tem falta, ta no quinto ano e não sabe ler. Um

coisas assim. É uma queixa bem freqüente dos pais na visita, é que o filho está ruim na escola.

**Pesquisadora:** Queixas de comportamento os pais não fazem?

**A.C.S.:** Não, de comportamento, normal, brincam, faz bagunça normal.

**Pesquisadora:** Desde quando tem Apoio Matricial?

**A.C.S.:** Desde que eu entrei tem, deve fazer uns três anos que tem.

**Pesquisadora:** E são discutidos muitos casos de crianças no Apoio?

**A.C.S.** Se a mãe trazer uma queixa, mas na maioria das vezes são encaminhados mesmo.

**Pesquisadora:** E é freqüente aparecer a criança no Apoio?

**A.C.S.:** Não, não é. Na verdade acho que a gente quase não discutiu criança. Que eu me lembre a gente discutiu uma ou duas crianças, da época que eu estou aqui né?

**Pesquisadora:** E nas reuniões de equipe?

**A.C.S.;** Nas reuniões de equipe também, é acho que foi mais ou menos isso também, duas ou três. Quase não tem.

**Entrevista** – Renato, Dentista 35 anos

**Pesquisadora:** Quanto tempo faz que trabalha na saúde pública?

**Dentista:** Na saúde? Já tem 10 anos.

**Pesquisadora:** E aqui no ESF?

**Dentista:** Especificamente aqui no ESF já são 6, 6 anos.

**Pesquisadora:** Trabalha aqui desde que foi fundado?

**Dentista:** Desde quando abriu.

**Pesquisadora:** Quanto tempo de formação?

**Dentista:** 12, 12 anos.

**Pesquisadora:** Tem outras especialidades além da formação em odontologia?

**Dentista:** Eu sou dentista e estou fazendo Pós em ortodontia e em dentística no momento e vou começar uma em saúde da família. Então vão ser três Pós. A ortodontia e a dentística já estou fazendo, aí no fim do ano começa a saúde da família. Então vão ser 3 pós.

**Pesquisadora:** E como a infância aparece no seu trabalho? Você atende crianças, como é?

**Dentista:** Diariamente, atendo crianças. Tenho contato maior com as crianças lá na escola e na creche, né! Ah, meu contato com eles é super tranquilo, como as crianças me conhecem lá da escola ou da creche. Então eu acho que isso diminui o receio que eles tem de dentista, né! O contato bem próximo lá. Semanalmente a gente vai lá. Como você pode ver aquele dia. A gente faz a escovação, passava flúor uma vez por mês quando tinha. Agora parou um pouquinho. Aí a gente, acho que eles perdem esse medo, receio de dentista. De ver a gente de dentista, de máscara, tudo. Então eles vem aqui, tratam, me chamam pelo nome. É bem tranquilo. Dificilmente tem uma criança que me dá trabalho aqui. Geralmente eles deixam a gente trabalhar, cuidar deles, tranquilo, tranquilo.

**Pesquisadora:** E quais os problemas de saúde mental aparecem? As crianças conversam com você sobre as coisas que acontecem com elas em casa ou na escola?

**Dentista:** É tem alguns que conversam sim, né? Porque tem criança que a gente percebe que são um pouco... como que a gente pode dizer? Os pais não dão tanto carinho. Sempre tem aquela falta de carinho. Tanto é que vem abraça a gente, quer sentar do lado, né? As vezes até briga. Quando eu sento num banquinho que tem lá as crianças brigam pra ver quem senta do meu lado. Vem abraça o braço, fica tudo coladinho. E conversa das coisas de casa também. Então a gente, tem criança lá que tem muita falta de carinho né! A gente procura dar um pouquinho, né! Mas isso é um pouco meu também de abraçar a criança. E eu acabo me divertindo um pouquinho lá com eles também. Eles me fazem bem e eu acho que faço um pouquinho de bem pra eles também. E a gente vai. É gostoso porque eles respeitam a gente. Nossa eles olham na gente parece que chega a brilhar o olho, né? Ou quando chego na escola lá de longe eles aí o dentista chegou e eles tudo já sobem no alambado e me chamam pelo nome. Mas assim em termos de uma carência, tem alguns lá que tem bastante até.

**Pesquisadora:** Os pais vem? Acompanham? Conversam com você?

**Dentista:** Conversa, conversa sim. Como a gente tem uma certa. Tem várias crianças que vem aqui e vem sozinha. Os pais vem só na primeira consulta. Depois as crianças. Os pais já me conhecem. Então eles acabam vindo com os outros coleguinhas. Tão brincando na rua, deu a hora de vir no dentista. E os pais vem e conversam com a gente. Mas muitas vezes a conversa aqui é sobre a saúde bucal da criança. É difícil assim pai que aborda mais a parte emocional da criança. E também quando uma criança dá um trabalhinho a gente fala conversa com ela em casa que o tratamento é tranquilo. Sempre oriento os pais a estar conversando. O pai conversa em casa. Assim na parte odontológica a gente não consegue. Eu não consigo entrar direto na parte emocional da criança. A respeito assim do que acontece em casa né? É mais o que a gente percebe.

**Pesquisadora:** E nessas visitas na escola e na creche?

**Dentista:** Daí a gente consegue ver um pouco, carência de carinho. Geralmente os pais trabalham o dia todo né. Sai de casa a criança ta dormindo, volta muitas vezes tem uns que a criança ta dormindo de novo. Só vê a criança no fim de semana né. Quando a

gente vai na escola que consegue perceber. São sempre as mesmas crianças, que dá um abraço na gente, que vem e fica coladinho. Que acaba contando até ah a gente vai ter aula do PROERD depois. Hoje tem aula de inglês né. A gente acaba perguntando: como foi a aula? Eles adoram. A gente procura dar uma atenção desse jeito. Então isso reflete um pouco na criança né. E acaba passando isso pra gente quando a gente vai na escola. Que vem dá um abraço na gente, fica coladinho e acaba contando: ah hoje tem isso, isso e aquilo para comer.

**Pesquisadora:** E como são as discussões nas reuniões de equipe?

**Dentista:** Tem a gente faz as reuniões de equipe e em alguns casos até é passado no Apoio Matricial. Mas geralmente assim o que a gente passa pro apoio matricial é quando tem um relato mais de professor. Eles mandam uma cartinha pros pais e os pais acabam trazendo aqui. O professor mandou pra passar no psicólogo tal, tal. Acaba discutindo isso entre toda a equipe daí.

**Pesquisadora:** E dos casos que vão pra psicóloga vocês tem retorno? Conversam a respeito?

**Dentista:** Tem, tem retorno sim. Até como hoje né! A gente tava discutindo alguns casos de manhã. Então tem, tem sempre um retorno por parte do CAPS. Sempre tem sim.

**Pesquisadora:** E pensa que no caso das crianças os atendimentos têm resolutividade?

**Dentista:** Ah, eu acho que tem sim. Eu acho que tem. Muitas vezes, assim é, a gente acha que é. Infelizmente teve um caso uma vez que nem precisava de Apoio né! De levar para tratamento com psicóloga e a gente conversou, claro que já que veio o pedido a gente mandou. Às vezes a criança é um pouco tímida e eles acham que já tem um problema.

**Pesquisadora:** A escola?

**Dentista:** É a escola, o professor tudo assim. Mas agora até que diminuiu bastante, né! Mas eu acho que tem resolução sim.

**Pesquisadora:** Os pais se responsabilizam pelo atendimento da criança?

**Dentista:** Aqui eles são bem responsáveis sabe? A maioria dos pais são, são bem responsáveis sim. Tanto é que quando tem algum atendimento, algum dente que não é da minha área, que precisa encaminhar. A gente faz nossa parte, de atendimento básico e o restante a gente encaminha e os pais acabam levando sim.

**Pesquisadora:** Você acha que mudou o relacionamento dos profissionais de saúde com as crianças?

**Dentista:** mudou sim, hoje a gente não pode nem chorar, chorou já tem um problema. Está sofrendo já tem que ir pro psicólogo, não tem nenhum. É complicado, né? Como falei né? Não pode nem chorar, se tá com o emocional abalado, já procura médico psiquiatra, psicólogo. Parece que o coração não pode doer mais.

**Entrevista** - Luiza, auxiliar de Enfermagem

**Pesquisadora:** Quanto tempo faz que trabalha nesta unidade de Saúde da Família?

**Auxiliar de Enfermagem:** Agora em agosto faz quatro anos.

**Pesquisadora:** Trabalhava em outro lugar antes?

**Auxiliar de Enfermagem:** trabalhava na Santa Casa

**Pesquisadora:** Na saúde assim, em geral, faz quanto tempo ao todo?

**Auxiliar de Enfermagem:** Acho que cinco anos

**Pesquisadora:** Qual sua formação?

**Auxiliar de Enfermagem:** tenho o técnico, técnico em enfermagem.

**Pesquisadora:** Como a criança aparece aqui na rotina do trabalho?

**Auxiliar de Enfermagem:** Aqui aparece as vezes com a mãe, né. Ou com algum cuidador para consultar ou para vacinar, né. Também tem crianças que fazem o controle do peso, de crescimento, por conta da bolsa Família, né. Por conta do leite que eles pegam, aqui as crianças de até cinco anos. É nessas situações.

**Pesquisadora:** E no contato que você tem com as crianças, com a família, eles trazem, assim, questões de saúde mental? Assim, questões emocionais, de comportamento? Alguma dificuldade dos pais no cuidado da criança.

**Auxiliar de Enfermagem:** são raros os casos que aparecem, assim, né. Que eu tive conhecimento um caso de uma menina que tem uns 10 anos. A criança convive muito com os conflitos dos pais, né. Então a mãe veio procurar porque a criança tava reclamando de muita dor de cabeça, a criança estava desmaiando do nada. E ela achou que era por conta do emocional da criança. Essa foi a situação.

**Pesquisadora:** E como essa situação foi trabalhada?

**Auxiliar de Enfermagem:** Foi atendido aqui mesmo pela L. (enfermeira) que fez o acolhimento com ela e conversou e parece que melhorou um pouco.



**Pesquisadora:** Mas vocês não encaminharam para a psicologia?

**Auxiliar de Enfermagem:** Não e também não veio mais procurar.

**Pesquisadora:** Depois dessas orientações vocês não falaram mais com a mãe?

**Auxiliar de Enfermagem:** Não. Mas a gente até conversou semana passada, entre nós mesmos que a gente tinha percebido uma grande diferença nela. Que antes ela era uma criança mais amorosa, ela chegava dava abraço, beijava a gente. E agora ela passa perto da gente e às vezes nem cumprimenta. Tá sempre com a cara fechada, né. Então a gente tá achando um comportamento diferente dela.

**Pesquisadora:** E ninguém procurou mais? A escola não fez nenhuma reclamação do comportamento dela?

**Auxiliar de Enfermagem:** A escola não referiu nada dela. a gente sente assim que ela é uma criança, assim, muito sobrecarregada. Daí, né, ela desde de pequena ajuda a cuidar dos irmãozinhos, cresceu assim, ajudando a mãe a fazer o serviço de casa. Acho que ela perdeu um pouco aquela doçura de criança, sabe? A gente falou sobre isso semana passada. A gente ficou preocupada com ela.

**Pesquisadora:** Ela está freqüentando o serviço?

**Auxiliar de Enfermagem:** Ela tem vindo pouco aqui. Ela vinha mais vezes. Agora não vem mais não.

**Pesquisadora:** A agente nas visitas tem conversado com a família?

**Auxiliar de Enfermagem:** Eu não tenho muita informação sobre isso. Não tenho. Ela vinha aqui as vezes do nada só pra falar oi pra gente. E agora nem isso, entendeu?

**Pesquisadora:** Nas reuniões de equipe a criança aparece nas discussões de caso? Discutiram esse caso em reunião de equipe?

**Auxiliar de Enfermagem:** Não que eu saiba não.

**Pesquisadora:** E o contato com a saúde mental, com o Ambulatório? Quando tem um caso, assim, que é encaminhado, vocês tem essa troca, conversa com eles?

**Auxiliar de Enfermagem:** A gente tem através do apoio que a gente tem.

**Pesquisadora:** Mas são os profissionais do Apoio que fazem essa ponte com o Ambulatório ou vocês têm um contato direto com o Ambulatório?

**Auxiliar de Enfermagem:** Com a saúde mental? A gente tem um contato direto também. Mas as vezes elas facilitam também, no Apoio, é bom ter o Apoio.

**Pesquisadora:** E no Apoio aparece os casos infantis?

**Auxiliar de Enfermagem:** Não, são mais os casos adultos, individuais, mais individuais. Que a gente tem conhecimento, né.

**Pesquisadora:** Acha que quando a criança é encaminhada para saúde mental, tem resolutividade?

**Auxiliar de Enfermagem:** Alguns casos, eu não tenho conhecimento. Tem algumas crianças que já tratam né, tomam medicação. Que eu cheguei aqui já tavam, né. Sendo atendidas.

**Pesquisadora:** Como você tem essa informação?

**Auxiliar de Enfermagem:** Pela dispensação de medicação. Elas deixam aqui o medicamento e o pai ou a mãe vem buscar.

**Pesquisadora:** São muitas crianças que pegam?

**Auxiliar de Enfermagem:** Atualmente, agora, tem uma criança que pega.

**Pesquisadora:** Qual medicação ela faz uso?

**Auxiliar de Enfermagem:** Ela toma carbamazepina.

**Pesquisadora:** Sabe quem receitou?

**Auxiliar de Enfermagem:** Preciso me informar melhor. Tinha uma criança menor, da área rural. Mas essa eu não tenho conhecimento se continua tomando ou não.

**Pesquisadora:** Não pega mais aqui?

**Auxiliar de Enfermagem:** Não.

**Pesquisadora:** Vocês têm conhecimento dos casos que pegam medicação aqui. Dos que passam por médico particular, por exemplo, vocês ficam sabendo?

**Auxiliar de Enfermagem:** Não, só os que informam mesmo.

**Pesquisadora:** E os pais costumam informar?

**Auxiliar de Enfermagem:** Não.

**Pesquisadora:** E como são feito os encaminhamentos pela rede? Por exemplo, nos prontuários que eu vi, as crianças que passam pelo pediatra não tem informação se foi encaminhado. O clínico daqui costuma encaminhar?

**Auxiliar de Enfermagem:** Para o psiquiatra você fala?

**Pesquisadora:** Psiquiatra, Neurologista?

**Auxiliar de Enfermagem:** Silêncio. Criança, que passa com o neuro não. Geralmente vão direto para a especialidade. Os exames que o clínico pode fazer por aqui, faz. Se nos exames não consta nada e a queixa continua aí ele encaminha para o neuro.

**Pesquisadora:** Tem alguma faixa etária que aparece mais, que busca atendimento por questões emocionais?

**Auxiliar de Enfermagem:** Faixa etária? Silêncio... Geralmente dos sete aos onze anos de idade, né.

**Pesquisadora:** E quem encaminha, com pedido de psicologia ou para a saúde mental?

**Auxiliar de Enfermagem:** A escola, as vezes. Para a saúde mental, que tenho conhecimento, teve umas três crianças que vieram encaminhadas, para ir para a saúde mental. Porque a criança é hiperativa, não consegue se concentrar na aula. Aí eles acabam encaminhando. Aí a gente encaminha para a saúde mental.

**Entrevista-** Marta, Enfermeira coordenadora do ESF I

**Pesquisadora:** Quantos anos você tem?

**Enfermeira:** 53 anos

**Pesquisadora:** Trabalha na saúde há quanto tempo?

**Enfermeira:** 23 anos

**Pesquisadora:** E aqui especificamente?

**Enfermeira:** 4 anos e meio

**Pesquisadora:** Tem especialização?

**Enfermeira:** Não tenho, vou fazer agora. Especialização em Saúde da Família.

**Pesquisadora:** Já tinha trabalhado antes em Saúde da Família?

**Enfermeira:** Não, já trabalhei, sempre foi com saúde pública, né? Trabalhei em unidade básica, já trabalhei em CAPS, já trabalhei na secretaria de saúde.

**Pesquisadora:** E como a criança aparece aqui no serviço?

**Enfermeira:** Criança? Olha hoje a criança aparece, na verdade criança de 8 a 10, de 14 a 17, aí já não é mais criança. Aparecem, na verdade, nos grupos que a gente faz aqui na unidade. São grupos de convivência. Silêncio. E assim, por demanda espontânea. To aqui pensando. Acho que é por aí, recebo pouca demanda, algumas mãe que trazem algumas queixas de problema, acho que mais especificamente é a Y.. Tem, já faz dois anos que ela não quer ir pra escola, quando ela foi da fase do primário do curso básico, né. Que ela foi para o colegial, aí ela não quis ir. Acho que não é criança, é mais adolescente, né. Que mais eu tenho. Essa questão de cuidado, né. É isso, eventualmente, fazemos os grupos, né. É onde temos um maior contato.

**Pesquisadora:** E os grupos como são? O que aparece?

**Enfermeira:** Olha de modo geral, assim, acho que queixa sobre a escola, né. Eu acho que, nem chega a ser uma queixa,, sabe? Mas da dinâmica familiar o que mais eles salientam é isso. Funciona assim, vai passando de oito a doze anos e de catorze a

dezesseis, vai criando um vínculo legal. A gente fala de tudo, sexualidade. Eles escolhem o que vamos fazer, culinária.

**Pesquisadora:** Quem aqui da unidade participa dos grupos?

**Enfermeira:** Antes era eu e a auxiliar do dentista, mas ela vai saiu e hoje e a T. que é agente comunitária.

**Pesquisadora:** E como as crianças chegam a unidade?

**Enfermeira:** Aquilo que a gente já conversou, a escola encaminha, não temos um grande encaminhamento, como sei que acontece em outros lugares. Mas aqui o que a escola encaminha, geralmente não tem necessidade.

**Pesquisadora:** E os pais eles participam quando a criança é atendida?

**Enfermeira:** Sim, acho que sim. Eles são bastante participativos.

**Pesquisadora:** Quando vocês chamam eles vem?

**Enfermeira:** Vem, vem sim.

**Pesquisadora:** E a visão deles é diferente da visão da escola?

**Enfermeira:** sim, quase cem por cento. A escola manda com uma queixa, eu ti falei não é uma coisa muito, sempre uma questão de comportamento, de aprendizado.

**Pesquisadora:** São essas as queixas que a escola faz?

**Enfermeira:** São queixas de comportamento de aprendizagem, que a gente acaba trabalhando aqui, chama a mãe e tal. Tenta abordar, um pouco, né? Pra ver se, o que que acontece. Mas geralmente a gente não tira, a mesma impressão da escola não é a da mãe, do pai. Agora to me lembrando aqui que eu acompanhei um adolescente né, que veio com a queixa de, os pais brigavam muito, tanto que agora se separaram. E tava atingindo ele, muito diretamente, né. Na questão de ele se introverter, não querer mais sair. A questão de se socializar, né. E aí, fiz muitos acolhimentos com ele, aí chamei a mãe. E aí teve todo um encaminhamento com a mãe. Aí ele deixou de vir, mas foi uma coisa, porque a mãe na verdade já fazia terapia em grupo. E ele acabou, como ele não quis fazer terapia, né. Eu queria encaminhar pro psicólogo, ele ficou comigo um tempo

e depois ele, não veio mais. E como a gente tem o agente comunitário, em visita ele disse que não queria mais, que não queria mais, não sentia necessidade. Por aí, né. A gente aqui tem, nossa clientela não é, é mais adulto e idoso né. E aqui eu acho o lugar bem, a questão das crianças, não sei, até que faixa etária você considera criança?

**Pesquisadora:** Na minha pesquisa estou vendo até os doze anos.

**Enfermeira:** Ah, tá. É, mas essa faixa etária de oito a doze, é uma faixa etária que é, procura bastante a unidade. A questão da odontologia, eles tem um vínculo legal com o dentista. E aqui comigo também, né, a gente fica com um vínculo bem legal, as crianças aqui são muito participativas. É um barato, porque elas são um diferencial mesmo dos outros lugares que eu já trabalhei. Aqui tudo que você propõe eles aderem sabe, tanto o grupo de convivência de orientação, passeios que a gente faz.

**Pesquisadora:** Como surgiu a idéia do grupo?

Enfermeira: bom, o grupo, eu gosto muito de trabalhar, hum, principalmente adolescente. Considerando aí a idade de oito a vinte né. Gosto muito de trabalhar com adolescente, não especificamente a criança, o que me deu vontade de trabalhar foi justamente a característica, né, daqui, da receptividade. Agora com adolescente, eu gosto muito.

**Pesquisadora:** Quando a escola encaminha, faz um encaminhamento para a saúde mental, o Ambulatório, depois vocês fazem contato sobre os casos que são atendidos?

Então a gente tem tão pouco, né, muito pouco, não consigo lembrar, acho que tem mesmo a Y. a amenina da L. (Agente Comunitária de Saúde) que na verdade ela já fez, já foi acompanhada na saúde pública, pela UNESP, mas aí acho que já não é na área da infância né.

Como é saúde da família a gente acaba acompanhando toda a família, tem vínculo, não de uma forma formal, vamos dizer assim com o Ambulatório com a gente.

**Pesquisadora:** E no Apoio aparece?

**Enfermeira:** no Apoio o oficial eu é o nosso apoio né, risos. Que a gente discute os casos, assim, é bastante, ajuda muito, né.

**Pesquisadora:** Mas é comum, assim, aparecer as questões das crianças?

**Enfermeira:** Não. Não é comum, não é comum, não. É mas com o adulto, as discussões com os adultos. Não é comum.

**Pesquisadora:** Vocês discutem o núcleo familiar?

**Enfermeira:** Ah, sim. O núcleo familiar sim. Sempre que tem alguma questão a gente discute bastante no Apoio, né. É a nossa discussão mesmo, né. É por aí, a gente vai na equipe, a questão do agente comunitário na saúde da família é uma coisa que é assim muito importante né, porque ele tá na casa, né. Ele vai, ele, é uma coisa que além aqui, Nova Alexandria, a gente tem, uma comunidade pequena, né, a gente tem aproximadamente mil habitantes, então acaba sendo uma coisa bem próxima, né. A gente sempre sabe, acaba ouvindo dizer, né. Aí o agente comunitário ele sabe, coisa que é real né, coisa que foi. E mesmo eu visito né. Então a gente tem uma demanda pequena de crianças, na psicologia, né. Na saúde mental, né.

**Pesquisadora:** Tem poucas crianças no território?

**Enfermeira:** Tem poucas, têm poucas crianças, nossa demanda maior ela é de adulto, bem pouca.

**Pesquisadora:** Os casos que são encaminhados para a saúde mental, você acha que teve resolutividade?

**Enfermeira:** Ah, não sei. Acho que tem pouca adesão, pouca adesão. Na verdade, acaba sendo uma coisa assim, de adulto também, eu pelo menos pra saúde mental só mando o que é bem crítico assim, a saúde pública, essa questão de referencia e contra-referência, porta de entrada não tem, melhorou muito quando a gente começou o Apoio Matricial. É uma porta de entrada bem dificultada.

**Pesquisadora:** A entrada do usuário é complicada?

**Enfermeira:** Ah sim, é aquela coisa, né, tem que passar pela triagem, até aí tudo bem, né. Aí são seis por dia, acabou os seis tem que voltar outro dia. Então não tem assim uma demanda espontânea que pode ser encaminhada assim devidamente pelo serviço. Então acho que é uma coisa assim, um fator que dificulta né.

**Pesquisadora:** Você acha que tem mudado o tipo de encaminhamento que a escola faz ou não?

**Enfermeira:** O que eu sinto, é que a escola desistiu de encaminhar, sabe. Porque a gente não faz o encaminhamento, que a gente faz até questão que chame os pais, entender né. E aí deixa meio que responsabilizando os pais e discutindo a necessidade com os pais. E aí geralmente os pais não sentem a necessidade, né. Acha que tá tudo bem, né. E na nossa, todas as vezes que avaliamos a gente também considera que não tem necessidade.

**Pesquisadora:** Você acha que tem casos que passam sem vocês ficarem sabendo? Pra psicologia ou pra outra especialidade?

**Enfermeira:** Olha eu acho assim, te dizer que não, né. É muita prepotência, risos. Pode ser que sim. Mas a gente, não consigo detectar.

**Pesquisadora:** Tem crianças fazendo uso de medicação aqui no território?

**Enfermeira:** Criança, criança não.

**Pesquisadora:** Adolescentes?

**Enfermeira:** Acho que não também. Que eu esteja lembrando, que tenha conhecimento não. Mas a população adulta bastante. Bastante. Tem uma coisa também que, por exemplo, com o doutor Sérgio ele era uma pessoa bem criteriosa para trabalhar com psicotrópicos, né. Com o Fernando assim vejo que eles assim já é mais, ele medica mais. Como ele tá começando, com a questão do apoio, ele não participou muito ainda né. Então isso tem que ser trabalhado, ele medica bastante. E o pessoal aqui é doideira né. Desde que chegou aqui não tem muito critério não.

**Pesquisadora:** E as crianças ele medica ou encaminha?

**Enfermeira:** Não, pra psiquiatria você diz, não. A gente tá com falta de neuro, né. Mas mesmo assim, com criança, não. Eu acho que criança assim é, aqui é um lugar muito privilegiado. Porque eles tem uma vida muito livre aqui. Tipo por ser um lugar pequeno, vamos dizer que ofereça menos perigo que os outros lugares eles ficam na praça, eles brincam muito. Acho que eles vivenciam muito a infância, plenamente.



Andam de bicicleta, a gente faz piquenique com eles, a gente faz passeios. Independente do nosso trabalho eles tem isso de vivenciar mesmo a infância. Que nem a praça aqui é o lazer tanto de criança quanto de adulto. Tem o campo de futebol, aqui eles têm, é muito legal, num dos grupos eu procurei olhar assim a questão, fiz uma dinâmica da coisa que gosta e a que não gosta e eles assim colocaram que gostam de fazer caratê, as meninas foi um barato, um barato, futebol. E aqui tem, eles tem curso de informática, de xadrez, de futebol, de vôlei.

**Pesquisadora:** Pela rede pública?

**Enfermeira:** É, pela rede pública. Aqui quase nada é particular, a escola, quase nada. Então eu acho assim um lugar muito privilegiado. Nesse sentido. Porque a criança é bem acolhida mesmo, tanto que assim, caso de abuso ou de violência a gente não tem, nada assim, que necessita de atenção. Acho que pra rede Girassol, que é a rede que atende casos de violência sexual a crianças e adolescente, não teve nada assim. Então, porque a gente fica com essa preocupação de não ter nada, difícil, não ter nada, né. Mas pelo menos a gente tenta abordar e a gente tem um olhar sabe? Até pela rede Girassol, pela rede de álcool e drogas, não que não tenha a questão de uso de álcool e drogas aqui, tem. Todo lugar tem sim, mas a gente tem menos que um lugar maior, mas tem. Mas acho que é mais o adolescente e o adulto.

**Pesquisadora:** Você acha que essa pouca procura, pouco encaminhamento pra saúde mental é uma especificidade deste território ou não?

**Enfermeira:** Olha eu não sei te dizer isso, mas eu acredito que sim. Primeiro que nossa demanda de criança ela é pequena. Da faixa etária de zero a cinco anos a gente tem cerca de 56 crianças, pra mais. Vamos dizer, vou dar um chute que seria um pouco, vamos por aí 150 crianças. Então é por aí, é um número pequeno. Então naturalmente vamos ter uma procura pequena em qualquer área, não é só na saúde mental. Na saúde física também. Então, pelo menos eu não consigo ver, uma coisa assim, ah, existe mas a gente não tá vendo. Não consigo pensar nisso não, porque a demanda, a necessidade que tem acaba sendo acolhida ou na saúde, na educação, né, que nem eu falei nessas atividades todas, então, que nem vamos marcar o grupo, não dá nem terça, nem quarta, nem quinta e nem sexta. O dia que dá é segunda porque é o dia que eles não tem atividade, nos outros eles tem. Não assim uma atividade que a criança faz balé, inglês

coisas sobrecarregadas, não cada dia tem uma atividade, uma ou duas que a criança escolhe. Então acho que é muito legal, acho que é um lugar ideal pra viver, risos. Pra criar um filho, sabe? Assim. acho que é ideal mesmo, né. Não é legal depois que vai pra faculdade e tal, mas até então é um lugar muito bom pra se criar os filhos, risos. Olhando assim desse aspecto, mas de outros também, a não ser assim que é um povo mais bitolado e tal, mais em questão de atividades, de perigo eu acho que é legal, bem legal.

## **Entrevistas ESF 2**

**Entrevista** - Eloísa, Enfermeira, 47 anos, coordenadora há 6 anos na unidade.

**Pesquisadora:** Quais os problemas referentes a saúde mental de crianças com até 11 anos e 11 meses são identificados pelo serviço de saúde ?

**Enfermeira:** O que mais aparece é a reclamação dos pais quanto a agitação, mau comportamento. As agentes ouvem nas visitas e orientam a ir à saúde mental quando acham que é o caso ou passa com o clínico para encaminhar para o neurologista ou psiquiatra, geralmente para o neurologista.

**Pesquisadora:** Quais encaminhamentos referentes a demanda infantil são recebidos e quais são realizados? Existe retorno dos serviços para os quais são encaminhados?

Eles (os usuários) procuram o serviço para agendar retorno, transporte. Existe contato telefônico para pedir informações dos casos, mas não a contra-referência do Ambulatório e CAPS. O exame, a receita médica é o retorno que eles tem no caso do neuro. Quem faz acompanhamento psiquiátrico tem o retorno do serviço ambulatorial, quando eles querem informações do caso ou casos mais graves.

**Pesquisadora:** Em qual período dessa faixa etária mais aparecem?

**Enfermeira:** Começam a chegar por volta dos 2, 3 anos.

**Pesquisadora:** Verifica-se resolutividade nesses procedimento/atendimento?

**Enfermeira:** A grande maioria que faz o tratamento tem alguma resolutividade. Quando o acompanhamento é feito num todo, psicólogo, medicação.

**Pesquisadora:** Como os pais (ou responsáveis) reagem quando tomam conhecimento dos problemas dos filhos e/ou das crianças sob sua responsabilidade?

**Enfermeira:** Geralmente são os próprios pais que procuram o serviço devido a queixa e por isso solicitam encaminhamentos. A grande maioria se envolve no tratamento da criança. As vezes no atendimento psicológico o profissional chega a conclusão que o problema está nos pais e não na criança e isso é difícil de aceitar. O profissional do serviço de saúde mental tem a preocupação de informar nosso serviço sobre o atendimento dos usuários porque sabem que nós temos mais contato e conhecemos mais os usuários.

**Pesquisadora:** Vocês discutem os casos infantis nas reuniões de equipe?

**Enfermeira:** Não tinha preocupação centrada nas crianças, tinha só aquela coisa mecânica de agendar consulta e retorno. Depois que você veio que nos despertou uma

coisa a mais, de ter um olhar para essas crianças. A gente da saúde da família teve uma reunião com a saúde mental, a alguns anos atrás que nos chamou a estar junto nos casos de saúde mental. A gente sabia que faz parte do nosso serviço, mas tava na especialidade, tá bom. A gente tem que ver o usuário como um todo, saúde mental, física, tudo. No apoio matricial discutia-se mais os adultos, a criança não aparecia. Essa já é a terceira equipe de apoio que vem, faz uns 3 ou 4 anos. Com o apoio é mais resolutivo, a gente discute os caos e eles nos ouvem, tudo sobre as coisas diferentes que acontece com o usuário. A gente passou a entender um pouco mais os pacientes da saúde mental. A partir de agora a gente vai focar um pouco mais nas crianças, porque a gente vê só o adulto. Vamos olhar um pouco mais pra elas.

**Entrevista 2**

Danila, 27 anos, Agente Comunitária de Saúde, Ensino Médio, Trabalha há cinco anos nessa unidade, primeiro emprego.

**Pesquisadora:** Quais os problemas referentes a saúde mental de crianças com até 11 anos e 11 meses são identificados pelo serviço de saúde ?

**ACS:** A maioria é questão de hiperatividade e os pais acham que é coisa de neuro. Eles querem chamar a atenção de uma forma ou de outra. Os pequeninhos é mais birra e os pais não colocam certos limites e eles acham que podem tudo. Os pequenos a gente fica o dia inteiro fora e quando chega quer fazer tudo, fala não e depois se arrepende. Tiro por mim. Os grandes porque a gente não conseguiu por limite mesmo. Poderia ter resolvido dentro de casa, poderia sentar e conversar, mas não tem mais dialogo. Acho que a minoria tem realmente uma dificuldade.

**Pesquisadora:** Quando os pais procuram, quais orientações são dadas?

**ACS:** Vir para a unidade conversar com a enfermeira ou com o doutor. A gente acaba orientando os pais a estarem conversando com a criança. Isso acontece também porque hoje os pais são muito jovens e não conseguem por limites. Como uma vizinha que a filha está namorando e dormindo com o rapaz aos 12 anos e se a mãe diz algo ela fala que com ela também foi assim.

**Pesquisadora:** Verifica-se resolutividade nesses procedimento/atendimento?

**ACS:** De primeiro momento há melhora, mas depois acabam desistindo. Como precisam que os pais acompanhem e este trabalham acabam não levando a diante. Acho que vão mais pro neuro, acham que é distúrbio da criança ou do adolescente. Com a medicação também para, vai e depois não retorna mais. Essa minha vizinha que tava tomando medicação começou a desregular a menstruação e a mãe e a avó não levaram mais no neuro porque achou que era a medicação. Quando eles vêm pra cá é porque a escola orientou. Eu nunca falo que é pra passar com neuro, porque eles acham que a gente pode estar querendo dar diagnóstico para a criança. Quando a escola orienta eles vem de imediato. E vem com a resposta concreta, se a escola não está dando conta é que a coisa não está boa mesmo. A gente até entende que as questões de saúde mental das crianças fazem parte, mas se tem como passar para frente a gente passa. A gente

discutia criança no apoio quando a fono vinha. Com os psicólogos são mais os adultos e adolescentes.

**Entrevista** - Juliana, Psicóloga do Ambulatório de Saúde Mental

**Pesquisadora:** Quanto tempo faz que você trabalho no Ambulatório de Saúde Mental?

**Psicóloga:** Só aqui eu trabalho há 18 anos

**Pesquisadora:** 18?

**Psicóloga:** sim, 18

**Pesquisadora:** Você sempre atendeu criança?

**Psicóloga:** Não, antes eu trabalhava, já trabalhei em outros postos e lá era toda a demanda, aqui que eu vim pra atender exclusivamente infantil. Tinha uma psicóloga aqui em 88, quando eu entrei aqui que não atendia criança e como ela não atendia criança, pediram mais uma vaga para quem atendesse criança, aí eu me concurrei, foi através de concurso público e eu entrei. Aí quando eu cheguei aqui já tinha uma filhinha de espera, risos, pra atendimento.

**Pesquisadora:** e quais eram os tipos de queixas? vc acha que vem mudando? O tipo de demanda que chega e de onde vem encaminhado?

**Psicóloga:** mudou, mudou bastante coisa. Porque hoje a gente encontra vários projetos, redes tem a rede girassol que é a rede que atende casos de violência sexual a criança, então hoje tem uma demanda bem mais diversificada, uma demanda, hiperatividade que é o que mais chega, déficit de atenção e hiperatividade, casos de abuso, muito caso de abuso. Por conta da rede, então, acaba facilitando a demanda, né! Fica mais encorajada, né! Que mais?

Antes tinha muita queixa escolar, porque até então né, é recente a progressão continuada na escola, então antes era nota era avaliação. Pela avaliação, pela nota. Então vinha muita queixa escolar, de aprendizagem, vinha muito isso, depois quando mudou alei aí, sabendo ou não sabendo passa mesmo, então diminuiu a preocupação dos pais em geral não tem muita preocupação e também a escola tem dado, hoje em dia tem psicólogo na escola, a escola tem projeto interno, deles próprios, então, tem um olhar diferente já, pro

aluno, porque, até então tudo era saúde mental, tem isso vai pra saúde mental, tem aquilo vai pra saúde mental, e não é, não tinha uma patologia, então acho que vem mais filtrado mesmo.

**Pesquisadora:** e o que tem chegado hoje além dos caos de hiperatividade e abuso sexual?

**Psicóloga:** silêncio.

**Pesquisadora:** A escola, por exemplo, encaminha que tipo de caso? A escola encaminha?

**Psicóloga:** Pouco, muito pouco. Diminuiu muito o tipo de encaminhamento, aí, tem crianças com diversidade, são casos eu acho que, já diminuiu também, né? hoje nós somos em três atendendo infantil, não está mais tudo concentrado comigo, eu tenho bastante caso, estou atendendo muito caso de abuso, basicamente é abuso, criança com déficit de atenção e hiperatividade, aqui atendo assim, a queixa manifesta, agressividade, falta de atenção, é..., criança que mudou o comportamento, ah, ele tá diferente, muitos casos assim, de criança que tem alguma, algum comportamento que leva os pais a pensar assim, aí, que separou do pai e a mãe, casal separado e a criança fica mais manhosa, chorosa, né! Mas aí são questões dos adultos mesmo não saberem lidar. Porque não sabem lidar com isso.

**Pesquisadora:** As crianças quando chegam estão medicadas?

**Psicóloga:** Não, não nenhum. As vezes é aqui que a gente vai começar tudo, sabe. As vezes a mãe nunca passou com o pediatra e é aqui que vai passar, vai ver a queixa, então, aqui que vai começar tudo. Porque a gente vai meio que destrinchar o caso. Olha precisa de fono, precisa de T.O., precisa de atividade de recreação, precisa de avaliação odontológica ou psiquiátrica. Aqui que vai começar tudo.

**Pesquisadora:** E vocês encaminham muito pras especialidades?

**Psicóloga:** Ah, a gente encaminha bastante, tendo necessidade, tendo algum indício, alguma suspeita a gente encaminha.

**Pesquisadora:** E como tem sido o diálogo com as especialidades?

**Psicóloga:** Olha o diálogo com as especialidades é complicado, porque a maioria não fica aqui com a gente, então, por exemplo, psiquiatria infantil tem em Marília, neurologia infantil tem em Assis, né! Com médico pediatra é muito bom, tranquilo, tanto, tanto da gente com eles, quanto deles com a gente. Eles chamam a gente, olha esse caso aqui e eles cobram também, se estão levando, se está indo. Hoje em dia existe esta abertura, né. o médico sabe que não é só o remédio. Leva ao médico e só isso, pelo menos os que estão com a gente aqui no posto tem essa mentalidade. Temos esta realidade, tá muito bom. Com o psiquiatra a gente começou a ter agora, essa referencia em psiquiatria infantil, esse ano que começou, então a gente, eu por exemplo, não precisei ainda de nenhum. Mas se a gente precisa de um relatório a família traz, é tranquilo. Com a escola também é muito bom, com os conselhos tutelares, tudo. A gente tem esse hábito de chamar pra conversar, né. principalmente se tratando de criança.

**Pesquisadora:** Os psiquiatras da rede não fazem atendimento infantil?

**Psicóloga:** Não, não fazem. Eles fazem assim se for a manutenção, sabe? Se tá tomando aquela medicação e precisa do receituário, então eles fazem só que se precisar de uma nova avaliação, aquela medicação não tá dando certo, tem que voltar lá, porque eles só pegam manutenção mesmo. As vezes é o pediatra que repete a receita. Então a manutenção eles dão. A avaliação não. Não são especializados.

**Pesquisadora:** E o neurologista o município também não tem?

**Psicóloga:** Neurologista tem algumas referencias, mas são poucas. Pra criança não é tudo neuro adulto, pra criança vai pra Assis. Ou onde achar, por exemplo, atendo uma mãe que foi ofertado pra ela uma vaga pra neuropediatra em São Paulo, é muito difícil. O SUS, né. Tudo pelo SUS, eles ficam procurando e onde tiver, achou lá em São Paulo, então vai pra São Paulo, achou em Marília vai pra Marília. Eles ficam procurando e onde tem a oferta.

**Pesquisadora:** E pelo que você acompanha tem continuação no atendimento?

**Psicóloga:** Com o psiquiatra começou agora, então não sei dizer.

**Pesquisadora:** E aqui com vocês?



**Psicóloga:** Na ludo? A grande maioria quando vem, a gente tem demanda espontânea que vem, porque a mãe quis, essa coisa do preconceito, era muito forte isso, aí não posso, ninguém pode saber, tinha horror de procurar psicólogo e já diminui muito. As pessoas buscam a psicologia aqui com uma naturalidade, sabe? Tá muito tranquilo.

**Pesquisadora:** Tem uma questão de faixa etária, tem uma que chega mais?

**Psicóloga:** Na saúde mental, nós nunca quantificamos isso. É claro que a demanda é maior é a de adulto.

**Pesquisadora:** Crianças pequenas chegam?

**Psicóloga:** Não dá nem pra falar, não chega.

**Pesquisadora:** Nem os pais pedindo orientação?

**Psicóloga:** Ah sim, orientação pede, mas é muito raro. Lá de vez em quando. Uma criança que é, ah é agitada, tá dando trabalho, é muito agitada. Como bem, dorme bem, mas é muito agitada, não para quieta, não faz isso, não faz aquilo. Mas é muito, muito raro.

**Pesquisadora:** Os atendimentos psicológicos duram muito tempo, como é?

**Psicóloga:** Olha quando a família traz, tem o tempo da alta o tempo que a gente dá. Porque é óbvio né, quando você percebe que a família quis, que a família tá implicada no tratamento, esse é um tratamento que tem tudo pra dar certo. Entendeu? Agora quando é aquela família que já tem uma complexidade na dinâmica dela, que já tem aspectos digamos mais, tem famílias que são mais, aí não vai, não segue o tratamento certo, começa a faltar, faltar, faltar. Perde a vaga. Aí quando quer voltar, vai voltar pra lista de espera, aí a mãe já não quer mais, entendeu, então assim, tem coisa da dinâmica dessa família. Tem famílias que, porque com criança a família tem que se implicar pro tratamento dar certo, porque a família tem que ver de mandar alguém junto da criança, que a mãe trabalha, aí tem o irmão maior que vem junto, entende? Então tendo suporte familiar o caso vai bem, se não tiver suporte familiar, aí é bem complicado.

**Pesquisadora:** As crianças dos distritos chegam para ser atendidas aqui?

**Psicóloga:** Vem, vem. Porque o distrito tem transporte, né. na época de férias, aí época de férias, tá todo mundo de férias e aí não dá pra vir no atendimento. Associa, né. associa com a aula, com a escola. Então a escola entrou de férias aqui também, eles já param de trazer.

**Pesquisadora:** E vocês tem conseguido estabelecer diálogo com a saúde da Família?

**Psicóloga:** Diálogo a gente tenta manter com a coordenadora da enfermagem, dos distritos. Mas em geral é tranquilo, não acontece grandes problemas não. Tá bem tranquilo, essa parte.

**Pesquisadora:** Quais os tipos de atendimento que são dispensados às crianças aqui?

**Psicóloga:** Aqui, eu faço ludoterapia individual e faço orientação, eu tenho um grupo de orientação de pais. Esse grupo de orientação de pais, é pra aquela queixa assim, mais associadas as fases psicosssexuais né, fase oral, anal, fase fálica, tem criança que chega aqui a mãe relata que tem sete anos e tá na mamadeira, tem sete anos e ainda não tem controle dos esfíncteres estabelecido, uso de chupeta. Falta de limites familiar principalmente criança que tem uma dinâmica familiar diferenciada, por exemplo, criança que é criada pela avó, né, dificuldade de estabelecer esses limites. Ou fica o dia inteiro sob os cuidados da avó e a mãe é trabalhadora rural, o grupo ele vai mais nesse enfoque.

**Pesquisadora:** Os pais participam?

**Psicóloga:** O pai ou você quer dizer o pai e a mãe?

**Pesquisadora:** Os dois, o cuidador da criança?

**Psicóloga:** Em geral eles participam, até pra que a gente consiga ter uma evolução, né. daquele aspecto trazido sim. Mas é mais a mãe que vem, né. mas tem caso que o pai, o avô quer participar, inclusive to com um caso que o avô quer participar, a mãe já pediu que ele quer entrar. É aberto sim, é um grupo aberto, então, vai melhorando tem alta, a equipe encaminha outros, né., então, é bem interessante.

**Pesquisadora:** Você trabalha com orientação psicanalítica?

**Psicóloga:** Sim.

**Pesquisadora:** E o contato atual de vocês com a escola como tem sido.

**Psicóloga:** Tranquilo, tanto da nossa parte, quando a gente precisa, a gente vai e quando eles precisam a gente marca. Quando é uma conversa mais básica a gente fala por telefone ou a gente vai até eles ou eles vem , a gente recebe também os professores pra eles é mais complicado, né. porque tem professor que tem dois períodos de aula, então eles não acham espaço, e a hora de estudo deles é a noitinha e aí também complica. Mas relatório, por escrito, ou a gente vai até a escola e eles recebem a gente e alguém da escola fica na sala um pouquinho pra gente conversar com eles, ou o coordenador, porque hoje em dia todas as escolas tem coordenador pedagógico. Então o coordenador passa e o que não for suficiente de informação a gente recorre ao próprio professor. Tudo muito acessível, viu. Acho que é indiferente de ser cidade pequena, hoje existe uma abertura a psicologia, ela é bem vista, bem quista em todos os ambientes. Tem ambiente que a gente chega e eles dizem a gente quer uma psicóloga, precisa de uma psicóloga aqui. vejo uma carência desse profissional, entendeu, não tem mais isso não.

**Pesquisadora:** Você falou das redes, como é?

**Psicóloga:** Tem a rede Girassol e ela vem pra cá, porque aqui a gente se coloca, então se a criança que sofreu abuso está em atendimento psicoterápico, ela está em atendimento psicoterápico, esse caráter burocrático, de avaliação, perícia, isso tudo é feito na rede e aí a gente não tem voz, até pra não contaminar o atendimento, então a gente toma cuidado não não contaminar, imagina a gente tá atendendo aqui, você tá com o agressor como que vou pra sessão, a criança, o adolescente, então aqui a gente tá no nível de atendimento pra tratamento da criança, é na rede Girassol que fica essa parte mais da efetivação, orientação. Agora é claro que o município precisaria ter o CREAS, né. pros atendimentos seria essencial, porque seria a referencia pros atendimentos de violência sexual, seria o CREAS e o município ainda não dispõe disto. Então a gente acaba pegando muito uma demanda que não devia, não era caso pra saúde mental, né, então me parece que pra breve o município vai ter o CREAS também. Então essa demanda vai pra lá, né. acaba que mistura muito as demandas de saúde mental e outros tipos, né. então tem municípios que isso já está estabelecido, aqui isso não tem ainda. Eu tenho minha agenda lotada por casos de abuso e crianças que tem outros aspectos mais patológicos a gente identifica atrasos em decorrência do desenvolvimento, é uma

coisa natural do desenvolvimento, as vezes não, ela está mais acentuada pelas dificuldades dos pais de lidarem com aquela fase, então essa demanda acaba que não, está em lista de espera, entende, então, acho uma coisa complicada não é nem por prioridade, mas é porque é muita demanda né. é muita demanda né, muita demanda por causa da rede e a demanda que vem da escola, do pediatra, do neuro, que vem das redes mesmo, tem que esperar.

**Pesquisadora:** E essa demanda de casos de abuso você acha que aumentou por causa da rede?

**Psicóloga:** Ah sim, claro. Porque a rede acaba fazendo palestras, trabalha com a comemoração que é dia 18 de maio, faz passeata, desfile. A R. pode te falar melhor, porque é ela que está na rede Girassol, Ela que é a referencia da psicologia. Ela atende aqui e na rede. É bem vista a rede. Se a gente divulgar mais do que já é de boca a boca o atendimento a demanda aumenta ainda mais, hoje nós somos três que atende a demanda infantil.

**Pesquisadora:** Você trabalha só com infantil ou você atende tudo?

**Psicóloga:** Tudo, não tem mais essa separação, antes tinha, agora não dá mais. Porque é complicado a gente estar em uma instituição e se especializar, eu sou completamente contra, se especializar, aqui a gente tem a oportunidade de participar de vários projetos, somos em cinco psicólogas, aqui no Ambulatório, tem uma em licença maternidade, dessas quatro, três atende infantil e outras coisas e tem uma que atende só adulto. Nós ano passado, 2011, nós tivemos 24 horas de supervisão, porque nós queríamos uma supervisão clínica, e aí acabou que a gente teve supervisão com uma psicóloga do judiciário. Vimos lá casos de pericia. Não foi exatamente o que a gente queria, mas foi válido. Pros casos infantis não temos, a não ser que cada um procure a sua e pague. Falta projeto pra elas, em Assis tem projetos, aqui não tem projetos. Tem coisas que vem mudando, hoje tem o CRAS que faz oficinas, mas só tem um. Mas já ajudou, porque está no bairro mais carente e faz os projetos, então já ampliou. Tem uma igreja evangélica que montou um projeto que atende todos os dias, faz recreação. Mas a parte pública tá bem devagar. Acho que com o CREAS vai melhorar, porque tem uma criança que tem uma questãozinha mínima que é do desenvolvimento, e já dizem que é uma patologia, e não é pode se tornar, se ela bão tem atenção, não tem projeto. E tem o

instituto da criança e do adolescente, é da parte de políticas públicas, trabalha com a demanda de menores infratores ou em liberdade assistida. Então é uma população que vai lá, que cometeu um delito. Mas aqui pra adolescente que tem nota 10, 10, não tem nada pra eles. Então é só.

**Pesquisadora:** Você acha que falta investimento público, da saúde?

**Psicóloga:** Falta, tem pouca coisa e tem coisas mais para adolescentes, tem o Frei Paulino, mas é difícil ter vaga. Tive um caso de um adolescente que não queria ir pra escola, porque era discriminado por ser afrodescendente e aí a gente conseguiu um curso com ele lá. E o apoio matricial só está acontecendo em duas unidades. Em duas UBSs e nos distritos. A gente está retomando, trocou gestão.

**Pesquisadora:** Queria saber se nessas tentativas de apoio se discute os casos infantis?

**Psicóloga:** Todas as unidades têm essa demanda, aparece som, eles pedem orientação. Lá onde fiz apoio, na UBS criança não é muito encaminhada não, tem contato com a escola, porque eles estão no território, então é mais orientação, a gente não encaminha muito não, são os casos mais graves que vem pelo Conselho, porque a escola aciona. Porque está passando do limite ou faltando muito.

**Pesquisadora:** E vcs conversam com o conselho?

**Psicóloga:** Conversa a gente chama aqui e conversa.

## **Entrevistas com as escolas**

### **Entrevista Escola 1- Helen, Coordenadora Pedagógica 1**

**Pesquisadora:** Qual sua formação?

**Coordenadora:** Sou formada no magistério, fiz especialização em psicopedagogia e educação especial.

**Pesquisadora:** E está como coordenadora pedagógica a quanto tempo?

**Coordenadora:** no momento eu estou desde março, trabalhei dez anos como professora na sala de aula e agora estou como coordenadora.

**Pesquisadora:** Eu queria saber quais as dificuldades que a escola tem enfrentado. Quais questões referentes as crianças vocês tem identificado. Quando algo é identificado quais são os encaminhamentos, como vocês resolvem?

**Coordenadora:** Nós temos na rede municipal uma psicóloga, esse profissional que atende os nossos casos. Temos na escola poucos casos. Temos acho que um de hiperatividade e alguns que já vem encaminhados pela APAE que são as outras deficiências, outras dificuldades, motoras, coordenação. Temos uma que ela tem um probleminha, acho que é um atraso mental. Então são esses caos que temos pela inclusão. E sempre que a gente constata que tem algum problema, constata com o professor que tem algum déficit, alguma coisa, a gente passa primeiro por essa psicóloga, ela vai avaliar, fazer um trabalho com os pais e depois encaminhar para um órgão responsável que possa ajudar essa criança.

**Pesquisadora:** Para a saúde ou saúde mental, para a psicologia vocês encaminham?

Ou tem algum diálogo?

**Coordenadora:** Normalmente ela traz um retorno pra gente, a gente fala com a mãe também, a gente procura durante o ano letivo fazer esse acompanhamento. Até porque a gente tem que mandar relatório para a escola seguinte. Como ele está, como ele foi tratado, quais os procedimentos que foram tomados. Então a psicóloga trás isso pra gente, sempre em reunião.

**Pesquisadora:** E o contato com os pais? Como é? Eles vêm a escola?

**Coordenadora:** Tem os dois lados, né. tem aqueles que são participativos, tem aqueles que não vem, não aparecem, mas posso dizer pra você que são uma minoria. No geral a escola não tem esse problema não. Talvez por ser uma escola de educação infantil. Os pais ainda estão meio apreensivos com os filhos na escola. Então a gente não tem muitos problemas não.

**Entrevista – escola 2**

Paulo, Coordenador pedagógico escola 2

**Pesquisadora:** Eu queria saber qual a relação com a escola e os serviços de saúde? Quais têm sido as problemáticas que a escola tem encontrado com os alunos, os pais?

**Coordenador:** Assim, né. A gente sempre tem um parecer da secretaria da educação que a gente tem que preencher, principalmente com as crianças que tem alguma deficiência. É claro que aqui, as deficiências que a gente tem com os nossos alunos são mínimas, né. então assim, nós temos, assim, comprovado dois alunos com dislexia, né assim, a professora participou de vários cursos, inclusive na UNESP, com a F., então a gente tentou entender um pouquinho da realidade, aprendizagem dessas crianças, então assim, são alunos integrados na classe, então assim, né, alunos que tem um respaldo assim também de toda a parte dos colegas para fazer as atividades e tenro assim, sempre trabalhar com grupos de aprendizagem, então assim, a gente tá sempre. Quando a gente não consegue aqui, a gente tem que tá entrando em contato com a que é a responsável na diretoria de ensino, ou também com outros profissionais pra pedir uma ajuda no processo de aprendizagem deles, um pouquinho diferente, mas não que fuja da normalidade da sala de aula, entende? Mesmos desafios, as mesmas propostas, a gente assim, sempre integrando eles.

**Pesquisadora:** Tem problemas com indisciplina?

**Coordenador:** Não, assim, né. Costumo dizer que a gente é assim, uma escola privilegiada, porque questão de indisciplina a gente não tem, indisciplina, costumo dizer a gente tem caso de contestação, assim, contestar, os alunos contestam muitas vezes a aula mal dada, vamos dizer. Então assim, porque o aluno sabe o que é uma situação de aprendizagem e sabe também o que pra eles não vai fazer sentido, de uso não só aqui dentro da escola, mas também social, fora da escola. Então assim, problema de indisciplina a gente não tem problemas assim graves, são problemas de discussões mesmo, de aluno e aluno ou comportamental assim normal, cotidiana, corriqueira mesmo. Acho que é só isso daí, com relação a isso, né.

**Pesquisadora:** Casos de hiperatividade ou déficit de atenção?



**Coordenador:** Hiperatividade e déficit de atenção a gente tem suspeitas, só que como a gente não tem o poder de diagnosticar, né, então, assim, até peço pros professores jamais fazerem isso, né, daí quando a gente tem suspeitas, a gente chama os responsáveis, né, conversa um pouquinho, faz mesmo uma anamnese meio assim, tupiniquim da escola, né, já que a gente também não tem todos os instrumentos pra isso, mas é assim, uma entrevista mesmo com os pais pra entender como que ele é lá fora e, a gente tenta assim, a incentivar os pais a conhecerem outras formas, né, pra ajudar os filhos, então assim, tem contanto com a psicologia, contato com uma junta médica, até pra, se tiver um laudo a gente consegue entender melhor essa criança aqui dentro e não fica aquelas questões de será que, porque esse será que pode virar rótulos, pode virar outros estigmas que acabam prejudicando a criança. E eu sempre oriento o professor pra isso, se tiver suspeita, se tiver algum caso assim é recomendável sempre chamar os pais, falar com a coordenação e a gente tentar entender e encaminhar pra outros meios aí, de saúde, psicólogos, né, pra tentar entender um pouco mais essa criança.

**Pesquisadora:** E como funcionam os encaminhamentos?

**Coordenador:** Então a gente tem um contato muito grande com a secretaria de saúde, principalmente com o posto aqui, então a gente tenta sempre estar pedindo para que eles abram assim precedente pra nossa escola mandar e eles encaminharem. Só que assim é difícil, né, porque vagas são difíceis, então assim, sempre tem mãe e pais que levam, pra particular especialmente a M.(neurologista), que é a mais conhecida na educação. Né só que assim tem dois porém, muitas vezes as crianças quando eles vão, até as crianças tem um estigma de que vão tomar remédio, então assim, e a mãe também, aí tem esse estigma né, de que vai pro psicólogo, vai pro neuropediatra, então assim, meu filho não é louco, tem ainda essa aversão aí. Então não tem esse entendimento, aí a gente tem que trabalhar toda essa sensibilização antes, até chegar lá no profissional. É um dos caminhos que tem que ser percorrido porque senão, daqui um entendimento mal resolvido acaba gerando uma série de outros com os familiares, com os alunos, é bem difícil.

**Pesquisadora:** Tem alunos que fazem uso de medicação.

**Coordenador:** Aqui que toma medicação temos o J., só que é assim o J. ele é um aluno do sétimo ano que foi uma professora que teve a iniciativa de levá-lo num profissional

NE, lá em Marília. Porque o pai e a mãe não tinham como pagar, não tinham condições de levá-lo, então, assim, isso foi já há vários anos, quando ele tava assim nos anos iniciais. Ele já tá no sétimo ano, já tá um moço. E foi feito um mapeamento cerebral, nem sei se esse é o procedimento, não sei eu não conheço, acho que esse foi o nome do exame que eles fizeram e constatou assim que ele tinha, assim uma leve, na fala do médico, uma leve condicionante a esquizofrenia. É até ele foi medicado, só que assim, a gente não tem esse laudo, esse laudo não chegou aqui pra nós, talvez tenha ido pra outra escola não passou pela gente, então por isso que eu nem toco nesse assunto, nessa questão desse aluno, porque assim, até semana passada eu chamei a mãe dele, conversei com ela, falei vai encaminhar. Então assim, semana passada ela começou a encaminhar de novo, né, pro psicólogo, eu tentei ter uma devolutiva dela de como que foi, porque assim as vezes ele se torna agressivo, né, então assim, as vezes ele tem muita na fala dele assim, matar é normal, matar o outro, ir contra o outro é normal, é uma coisa corriqueira, pra um menino que tá com catorze anos, se ele vai e a gente vê essas tragédias acontecendo. Então esse é um aluno que a gente tá prestando bastante atenção, tá tendo um acompanhamento muito grande, até com o conselho tutelar, em relação a isso. Então assim, é um aluno que quando a mãe vinha dizia depois vou resolver em casa, e eu falei não, então a gente tem que sensibilizar tudo isso, porque bater também ele já estava acostumado, não adianta bater na criança, né, a gente tinha sempre esse porém com a mãe. Até ela tirar isso da cabeça, que pancada não resolve nada, sabe ele queria chamar a atenção, queria um carinho, um abraço, você pergunta coisas corriqueiras, aí como que foi seu dia hoje? Né, foi difícil. Ela levou ele semana passada num profissional só que a gente não conseguiu uma devolutiva dela ainda.

**Pesquisadora:** Ela procurou pela rede pública?

**Coordenador:** Sim pela rede pública, foi pela rede pública. Pela primeira vez ele foi no particular, mas foi por iniciativa da professora, né. então, são alguns casos assim que a gente tem.

**Pesquisadora:** E como é o diálogo com a saúde?

**Coordenador:** então com a saúde é assim, feedbacks rápidos assim, que passou por lá a gente tem pouco, mas são conversas rápidas, eles na entram em detalhes em relação a isso, quem sempre entra em detalhes com a gente é o pais que traz, mas já é outra

assimilação né, porque as vezes o pai entende de uma forma, não tão entendida, pode-se dizer assim que um profissional da saúde pode passar pra gente, muitas vezes a gente tem que pegar o telefone e ligar, perguntar e ver como que tá.

**Pesquisadora:** Você está na coordenação pedagógica há quanto tempo?

**Coordenador:** Vai fazer dois anos, vai fazer dois anos que estou aqui como coordenador pedagógico.

**Pesquisadora:** Qual sua formação?

**Coordenador:** Sou formado em história, né, sou professor há oito anos, estou fazendo doutorado agora em ciências sociais na UEL, mestrado na UNESP em história.

**Pesquisadora:** Trabalhou em outras escolas?

**Coordenador:** Já, trabalhei em Cruzália, lá trabalhei durante quatro anos na sala de aula, depois recebi o convite de vir pra cá, foi um desafio grande porque a escola estava como prioritária, e em uma ano a gente conseguiu sair desse nível, é uma escola que mandava muitos alunos sem o entendimento do porque que ele não conseguiu alfabetizar do ciclo um pro ciclo dois, então a gente tem aí alunos no oitavo ano, no nono, no primeiro do ensino médio com defasagens de leitura e escrita grandes, então né, assim, e a partir do ano que vem a gente vai ter uma clientela de cinco anos sem problemas de leitura e escrita, que é uma coisa que a gente trabalhou bastante nessa questão da alfabetização, justamente, pegamos no pé dos pais também, na responsabilidade de quando não entender o aluno no inicio dele no processo de construção da alfabetização de encaminhar para outros profissionais, ter este diálogo, a escola não pode ser uma ilha, e outra né, acha que pode resolver sozinha e a gente acaba diagnosticando, a gente acaba fazendo tudo errado, que não é pra fazer, então se tem um profissional olhando, o psicólogo, o neuro e tudo mais, acho que a gente acaba conseguindo entender. Acho que é uma linha que a gente trilhou aqui. Então, era muitas vezes assim, ah ele tem dislexia, ah então, legal, como trabalhar aí, quem diagnosticou isso, então, muitas vezes era uma coisa assim de diagnosticar por psicopedagogo, então assim, não tinha um parecer claro, então, era uma coisa muito abrangente e o aluno ali, né, dentro daquele redemoinho todo, em que ninguém conseguia entender, né.

**Pesquisadora:** O estado não tem psicóloga escolar, a do município não atende as crianças do distrito?

**Coordenador:** Não, a gente não tem esse privilégio não. Poderia né, mas não. Mas é uma defasagem ainda do estado, né. Mas foi feito uma proposta, né, destes profissionais estarem na escola, né. avaliando e fazendo uma intervenção mesmo com esses alunos. Eu acho que é preciso.

**Pesquisadora:** Você percebe diferença entre aqui e o outro município que você trabalhava?

**Coordenador:** No outro quando eu entrei lá, tinha muito a questão assim, do fator hereditário do fracasso, então assim, esse aluno não aprende porque ele é assim mesmo, a mãe era assim, o pai era assim, o irmão é assim, a família é assim, então, tinha até uma família que era muito conhecida lá, a família M., então assim, a família M. era fadada ao fracasso, entravam na escola fadada ao fracasso, eu comecei a quebrar isso, eu comecei a trabalhar com esses alunos do terceiro ao quinto ano, com eles, era uma classe que tinha bastante M., então comecei a trabalhar com eles, tirava da sala e trabalhava, então, mas assim em momentos oportunos, assim, aí nós fizemos a avaliação do rendimento junto ao SARESP e assim, foi a melhor classe até hoje de rendimento no SARESP, com vários M. lá dentro. Então consegui derrubar essa concepção de que a hereditariedade ou a família, o nome da família acabavam, e era assim tachados de acéfalos, né, de não pensar, de não ter cérebros mesmo, porque assim, lá era assim que eles eram tratados, já sofriam porque era uma família de renda baixa, então tinha todo esse estigma também, então a gente conseguiu derrubar essas concepções e colocar em mente que todos conseguem aprender, conforme seu ritmo, conforme o acompanhamento que a gente pudesse fazer com eles, né. Agora aqui não, aqui é mais, assim, o maior problema aqui, era assim, não intervir no foco logo de imediato, assim, os alunos iam, iam e hoje a gente vê aí aluno no nono, no primeiro, no terceiro, no segundo, então esse foco de alunos com defasagens assim, gritantes, né. então, assim, são famílias que a gente chama, assim, o pai, a mãe, os responsáveis, pra levar em outros profissionais, até assim pra gente vê o que pode tá acontecendo, né, então assim, tem que ver as aptidões que os alunos também tem, porque as vezes tem dificuldade de leitura e escrita, mas ele tem outras aptidões, então a gente tem que trabalhar com essa

questão assim da aptidão. Até pra elevar um pouco a auto-estima deles, né. então, porque tem uma baixa-estima assim gritante, então, aí a gente sempre tenta pegar por esse lado da aptidão e ver se as crianças conseguem acompanhar o ritmo da sala, mas assim, eu peço sempre pros professores trabalhar com esses alunos próximos as carteiras, né, então, sempre intervir ali com eles, em trabalho em grupo sempre ficar perto deles, fazer agrupamentos produtivos, entre os alunos que sabe que ele vai ter que intervir mais, então tem sempre esse jogo.

**Pesquisadora:** Os casos que são encaminhados seja pra psicologia, pra neurologia, vocês percebem resolutividade?

**Coordenador:** Percebo, tem a G. do terceiro, ano passado ela estava no terceiro, daí foi diagnosticado como dislexia e ela tinha muita dificuldade de aprender, antes desse diagnóstico, né, a gente não conseguia entender, assim, mesmo uma professora que estuda muito essa parte, fica difícil pra ela também compreender como intervir naquilo, depois com a ajuda do profissional, com as conversas, então, né, assim, a menina, ela elevou muito o conhecimento de auto-aprendizagem dela, a sociabilidade dela, mesmo, na classe, então, dá muito resultado, a gente vê que muda muito com a ajuda do profissional, então foi como eu te disse, a escola não pode se achar como uma ilha, né. senão a gente não consegue intervir nessas situações, que, que são reflexos né, sempre explicitando aqui dentro. A gente vê muito retorno sim, depois das consultas, depois dessas primeiras intervenções com estes profissionais sim.

**Pesquisadora:** Ela foi diagnosticada por quem?

**Coordenador:** Ela foi pra uma médica de Marília, não lembro o nome.

**Pesquisadora:** Neurologista?

**Coordenador:** É, neuropediatra. Ela foi diagnosticada e começou a tomar uma dose dos remédios lá que eles acham necessário e tudo bem assim até a questão dela de sociabilidade mesmo, ela melhorou muito, ela era uma criança que não interagia, então, acaba assim que ela ficava meio que esquecida na classe não pelo professor, não pelos alunos, mas por ela mesma, ela se sentia meio que inativa ali dentro, agora assim, faz uma baguncinha, coisa que ela não fazia.

**Pesquisadora:** Os pais procuraram a neurologista particular?

**Coordenador:** É particular, quando é pai que tem condição, né. a gente vê isso também, os pais que tem condição, eles conseguem ter um, ter uma iniciativa melhor de levar de imediato, agora os pais que tem essa carência, né, eles pensam primeiramente na questão do dinheiro, né, então assim, se eu for levar vou ter que tirar do outro filho dele, então acaba gerando essas questões também, né. Esses vários paradoxos aí.

**Pesquisadora:** Pela saúde pública não consegue?

**Coordenador:** Não, olha, até dentista é difícil, a gente sofre muito aqui com essa questão da saúde bucal, então assim, alunos e é uma coisa que eu cobro sempre, né, e a dentista própria aqui do centro de saúde ela cobra também, só que assim é uma coisa que não depende da gente, depende de uma esfera um pouco acima de quem acaba ofertando isso e assim, eu noto um certo descaso em relação a isso, né, eles acabam não olhando pra essas crianças desde coisas mínimas que é a saúde bucal, que isso dá uma identidade muito grande, aqui, mesmo, pra adolescente que estão interagindo, mudando, então, assim, a gente vê que faz falta essas questões, de ofertar mais, ter um pouquinho mais de relação com essa comunidade, principalmente aqui em Frutal, aqui tem as crianças, com relação a isso eles são meio que esquecidos, desde a saúde bucal até essa questão mais da saúde mental. Isso acaba gerando vários conflitos, então assim, eu tenho alunos do sétimo ano, oitavo ano, assim, que se você vê a dentição deles, é primeiro a gente conversando, mas eles á tem aquela cultura de não procurar um profissional e isso já.

**Pesquisadora:** Tem aqui no posto ou tem que ir pra Cândido Mota?

**Coordenador:** Tem a menina que vem atender no posto, mas assim ela não tem os aparelhos, o mínimo pra atender eles, então assim, ela faz o que pode, assim, até o ano passado, esse ano ela veio fazer palestras, veio fazer toda essa comunicação com os alunos, mas assim o mínimo necessário que tem que ser respaldado pelo estado ou pela prefeitura acaba não chegando aqui até as crianças, da saúde bucal.

**Pesquisadora:** E isso acaba acontecendo com a saúde mental também?

**Coordenador:** Psicólogo também é artigo de luxo, né. Eu acho que o psicólogo é pior ainda, né, porque fica mais como um artigo de luxo, é muito difícil o acesso e quando consegue também, assim, é uma demora muito grande, então assim, muitas vezes os pais acabam esquecendo, eles acabam que o tempo vai curar essa criança, que o tempo vai dar um jeito, né. E a gente vê que não, quanto mais demora, aí vira uma bola de neve, e os atendimentos vão ficando aquém do esperado. E nós estamos vendo isso aqui nesse trabalho, principalmente na questão da alfabetização, no ensino fundamental e médio.

**Pesquisadora:** A escola não consegue ter contato com o posto pra ver isso?

**Coordenador:** Então, no posto, a gente tenta, dá um jeitinho, tem até professoras aqui que são esposas de médicos, então assim, a gente pega por esse lado do jeitinho né, então, você não consegue lá, aquele menino lá, tá com problema de obesidade, tem esse caso você não vê um endócrino lá? Será que seu marido não conhece? Tem um dentista? Será que seu marido não consegue encaixar. Então, a gente vai por esse lado do jeitinho.

**Pesquisadora:** O posto não consegue fazer essa mediação?

**Coordenador:** Eles tem assim, um diálogo muito legal com a gente, o pessoal do posto, eles são bem solidários, é que assim, a demanda é muito grande né, uma demanda muito grande e Frutal fica sempre, até chegar essa informação aqui, aparece uma disparidade muito grande, olha que a gente tem internet, tem tudo ,mas a gente vê que a questão da locomoção ainda acaba falando mais alto.

**Pesquisadora:** Você vê diferença com o outro distrito ou não?

**Coordenador:** Olha, pelo que eu converso com os outros coordenadores parece que a coisa caí na mesma consideração, assim, tá na mesma vertente, mas assim, as meninas aqui do posto faz de tudo mesmo, assim, de tentar encaixar, assim, achar uma solução quando a gente pede. Até o J. mesmo foi atendido de uma forma até que rápida né.

**Pesquisadora:** Foi encaminhado pra qual profissional?

**Coordenador:** Acho que ele foi pro psicólogo, é foi no psicólogo, assim, ele, porque a gente já acionou o conselho, então, tem várias coisas por trás, a gente pediu caráter de

urgência, né pra levá-lo. Porque foi uma semana que eles estava muito, muito agressivo, assim, tava com umas falas assim, meio que, né, que destoa da que um jovem pode ter.

**Pesquisadora:** Ela chega a agredir?

**Coordenador:** Não ele não agride, é assim aquela bomba que né, então, assim, vamos dizer que ele é muito agressivo, principalmente contra as mulheres, quando eu to aqui, sempre converso muito com ele, to sempre assim dialogando com ele, então, ele gosta muito de mim, assim, a gente tem um diálogo bem próximo, então ele acaba me ouvindo, então quando ele me vê, e gente já chega e vai apaziguando, então a gente conversa com ele, tenta colocar na cabeça dele, mas ele tem outros traumas fora da escola, esse contato com a mãe, como eu disse pra você de surra, surra e surra, é sempre resolvido na porrada, o padrasto também, né. O pai longe, então assim, ele acaba num mundo aí que a mãe dele tá perdendo o controle sobre ele.

**Pesquisadora:** Ele ainda faz uso de medicação?

**Coordenador:** Pelo jeito não está fazendo. Até vou pedir pra vice-diretora convocar a mãe novamente pra eu vê como que tá essa medicação, porque essa semana ele não deu um pingão de trabalho, tava sorridente, feliz. As crianças assim trabalham com ele com normalidade assim, o bom aqui é que as crianças dão bom exemplo pra gente, né, as crianças assim, eles não tem estigma, eles não tem rótulos, eles não tem assim senso de discriminação nenhum com o outro que parece ser diferente da realidade deles, estão sempre assim inserindo, interagindo. Assim, são bem dinâmicos mesmo.

**Pesquisadora:** E mesmo com a hipótese de esquizofrenia ele chegou a ser encaminhado ao psiquiatra?

**Coordenador:** Então, a professora M. quando ela esteve aqui, foi, acho que já faz uns seis, sete anos, isso aí, porque daí, ela levou uma leva daqui, na verdade, ela encheu uma vã e levou, assim, ela pagou e levou, os outros não tinham assim nada, então, trabalhamos de um jeito mais diversificado com eles, agora o J. foi o que destoo mesmo da turma, né, daí assim, ele foi pra outra escola, ele foi pra Tarumã, ficou na rede municipal, daí voltou pra cá no começo desse ano ou no final do ano passado, foi, acho que foi na metade do ano passado, acho. Só que assim, já voltou grande, né, já voltou um moço, daí ele, eu não conhecia, não conhecia, conhecia esse histórico que o



peçoal que estava aqui há mais tempo e já conhecia, então consideravam ele como muito nervoso. Então assim, acho que ele ficou esse tempo todo sem um atendimento, né. e como ele voltou agora, agora que a gente tá tentando diante dessas crises, diante também desse discurso, também pra não rotular o menino também, pra encaminhá-lo, mas assim, é um menino que precisa de bastante carinho, atenção mesmo, porque assim, ele não é, ele é carinhoso com a gente, ele é um menino que gosta de dar risada, então eu brindo com ele sempre. Tiro um sarrinho nele, até por conta, eu vejo e falo, ah tá paquerando, né, sem vergonha, ele dá aquela risadinha, até pra quebrar um pouco o gelo com ele, mas ele é um menino que precisa de ajuda mesmo. Agora essa questão da esquizofrenia, não posso, nem ficar dando trela, porque as vezes um professor mal intencionado usa essa justificativa até pra rotular o menino, né. então, ou até mesmo pra justificar, só que assim, ele tem uma situação muito difícil com a mãe e o padrasto, então assim, ele tem muitas coisas a resolver e muitas vezes são resolvidas na pancada, né. até eu chamei a mãe há duas semana atrás pra conversar sobre isso mesmo, pra mudar um pouquinho a rotina, né, surpreender ele, falei surpreende ele, chega ao invés de você querer resolver na pancada, chega e pergunta, e aí como foi seu dia hoje? Pergunta, vamos ver, né. surpreenda ele, então a gente ficou trabalhando essa questão com ela.

**Pesquisadora:** Os pais de maneira geral são participativos?

**Coordenador:** Os dos anos iniciais que são do ciclo básico que vai do primeiro ao quinto ano, eles são bem participativos, vem nas reuniões, quando falta, falta um ou dois pais assim, de cada classe, mas que também vem depois, porque também eles trabalham, mas sempre vem depois. Até aí os pais são bem presentes mesmo. Agora os dos anos finais que vai do sexto ao terceiro do ensino médio, aí fica um pouco mais drástico, aí os pais parece que esquecem dos filhos praticamente. O filho ele tem uma idade limite, tem anos de aprendizagem limite, ou seja, ah ela tá no quinto, aprendeu a ler e a escrever, maravilha. Agora a vida que tome conta dele. Então, a gente vê muito essas questões, assim, principalmente em cidades pequenas, né, então, é mais fácil por ser cidade pequena os pais são mais próximos, não, não são mais próximos, principalmente nos anos finais e médio, que é o ensino fundamental e médio, os pais não são mais próximos, eles acabam assim, deixando a deriva as crianças. E muitas vezes eles chamam a atenção na sala, porque eles querem a atenção dos pais, porque é

latente isso, de vez em quando, a gente tem situações assim, que o menino só quer que o pai tivesse vindo em uma reunião, tivesse conversado com ele lá em casa, o que não acontece.

**Pesquisadora:** Aqui a população é eminentemente rural?

**Coordenador:** Sim, aqui é rural, então assim, eles dependem muito da usina, até assim, parece que a usina é hereditária, assim, meu vô trabalhou, meu pai trabalhou e eu tenho que trabalhar, assim, eu tenho, né, então não é assim, eu posso, será que eu vou querer isso, eles não tem essa percepção de outras coisas, então, até quando eu cheguei aqui, eu criei um blog, eu fiz o contato com a UNESP, principalmente com os alunos do ensino médio, trabalhar a questão de iniciação científica, nós temos alunos com a bolsa PIBIC júnior, coisa que não tinha, então, hoje mesmo veio a D. que é da turma de letras fazer divulgação da UNESP., trouxe o guia das profissões, né. então é um trabalho que a gente tá sempre assim, tentando manter um pouco mais global o olhar deles, não só nessa cultura pitoresca que eles tem aqui, que muitos acabam acreditando que isso é a única opção de vida deles, né. a gente acaba sempre tendo que dizer isso: não você pode ser mais, você pode alçar vôos maiores aí, e esse ano a gente ficou muito contente, porque todos os alunos do terceiro fizeram inscrição pra UNESP, pro vestibular, então, a gente vai levar eles dia dez pra ver o OSESP, orquestra sinfônica lá em São Paulo, as salas do ensino médio, depois dia vinte e dois eles vão, então assim, a gente tá sempre tentando colocar eles num mundo assim, de cultura diferentes pra eles interagirem. Eles vão pra UNIP também dia dezoito pro ciclo de profissões, é o que a gente tenta sempre fazer por eles, assim.

**Pesquisadora:** Aqui no território o que tem?

**Coordenador:** Porque aqui eles não tem o mínimo de senso de cultura, né, o mínimo, cultura pra eles aqui é pescar, é soltar pipa, essas coisas assim de infância, agora a gente tenta relativizar uma coisa maior na sua profissão, na sua própria vida mesmo, né. então, eles acabam meio que segregando a si mesmos, assim, e muitas vezes assim, a própria auto-estima deles é muito baixa, ah eu não consigo, porque as pessoas que moram em Assis conseguem, a gente não, a gente mora aqui, como que a gente vai conseguir algo assim, e pra mudar essa mentalidade, né, e esse ano o terceiro também, o segundo e o terceiro, o estado tem um programa chama Vence, né, é assim, ofertar um curso técnico,

uma escola técnica, tudo gratuito, lá em Assis, então, a gente tem mais de dez alunos que conseguiram, então assim, eles fizeram prova, eles foram selecionados, então eles ficaram felizes, então já puxou um pouco mais, né. agora eles fazendo a inscrição pra UNESP, pro ENEM, então eles tem um pouco mais de possibilidades que as turmas anteriores não tiveram. A gente tem que oportunizar, se a gente não oportunizar, a gente, aí deixa aí vão se capiar mesmo, é o que a gente tenta fazer sempre.

**Pesquisadora:** Álcool e outras drogas são uma problemática aqui?

**Coordenador:** Olha, dentro da escola, não, mas a gente sabe que ao redor sim, todo mundo sabe que a comunidade aí com dois mil e poucos habitantes, mas que já sofrem, principalmente com o alcoolismo, o alcoolismo aqui e eu costumo dizer que é um alcoolismo sofrido né, porque assim, ele acomete desde o pai que é o grande, é o grande articulador familiar, acomete a mãe também porque ela vai sofrer com esse alcoolismo, também, principalmente pelo fator do macho dentro de casa, que o pai ele vai voltar sempre avacalhando a esposa e também o próprio filho, a gente sabe que isso é muito latente, então assim, esse ano a gente primou muito com palestras com os pais, com os alunos, falando muito sobre isso. Quando a gente fala de drogas a gente fala só dos ilícitos, mas também o álcool aqui é muito prevalente. A gente vê adolescentes entrando nesse circuito do álcool, então, porque o pai acha normal, aqueles discursos que a gente ouve, eu já ouvi, então assim, aquela coisa, a deriva né, fui criado assim, meu filho também pode ser criado assim. meu pai batia, eu posso bater, meu pai bebia, eu bebo e meu filho também vai beber, né, então, tem muito a sintomática disso. Muitos pais assim, eles se escondem atrás da bebida, então, muitos pais a gente vê que são aqueles que muitas vezes não tem um emprego fixo, e muitas vezes é uma fuga.

**Entrevista escola 3 – Regina, Coordenadora Pedagógica 3**

**Pesquisadora:** Qual sua formação?

**Coordenadora:** Eu sou pedagoga com psicopedagogia. Eu atuo na escola já há treze anos.

**Pesquisadora:** Nesta mesma escola?

**Coordenadora:** Isto e dentre esses treze anos há seis anos eu estou na coordenação. A coordenação acontece por eleição dos pares e a cada dois anos a gente passa por uma nova eleição, caso você queira assim se candidatar novamente, tá. Eu estou na minha terceira, no meu terceiro mandato, né. esse ano eu estou já no sexto ano de coordenação.

**Pesquisadora:** Eu queria entender quais são as questões que aparecem assim na escola no que diz respeito a infância. Queria entender quais são as questões que a escola identifica, quais são as dificuldades e quando identifica alguma dificuldade, vocês chamam os pais ou encaminha pra saúde? Como é o diálogo com a saúde?

**Coordenadora:** Tá, então vamos por partes. São inúmeros os aspectos encontrados na escola, vai desde a dificuldade de aprendizagem até comportamental e até mesmo familiar, né. Eu digo familiar na questão de, não só de estrutura, mas falta de organização mesmo, como que eu percebo isso. É que quando eu chamo os pais, quando surge uma questão que é necessário, é temos sucesso, né. tanto na aprendizagem quanto naquele acolhimento que as vezes falta na família com relação a filhos, tá. Então, dificuldade de aprendizagem, nós trabalhamos com uma psicóloga escolar, quando conseguimos resolver essa dificuldade de aprendizagem com o reforço paralelo que nós temos, né, também é uma forma de ser encaminhado que é o reforço paralelo, né. quando isso vai além, nós encaminhamos para a psicóloga escolar, ela faz uma anamnese com a família, é, é, atende essa criança e dependendo da situação ele é encaminhado para a sala multifuncional para trabalhar a dificuldade de aprendizagem, né, que a multifuncional, ela não atende só as deficiências específicas, mas também déficit de atenção, é, dislexia e outros distúrbios mais, né, também temos não muitos casos, hoje a gente pode dizer que tá tranquilo, mas a gente tenta sim, em virtude, até eu acredito desta falta de organização da família as crianças que apresentam, né, esse tipo de comportamento que é as vezes, destoa de todo um grupo, então, esses casos também

são trabalhados junto com a família, né, e também encaminhados para que a psicóloga nos dê um respaldo, né, tanto orientando professor, é gestor de escola, mas também família, o aluno, né, fazendo este elo. E aí você até perguntou com respeito a relação com a saúde, se a gente encaminha pra saúde. As crianças que apresentam, que realmente necessitam este, esta assistência, né, da psicóloga da saúde, uma vez que a nossa psicóloga ela não atende, a psicóloga escolar ela só identifica e orienta, né. sendo assistido, aí, sim tem que ser pela psicóloga da saúde, embora a demanda seja grande e é bastante difícil os nossos alunos terem o atendimento ideal, vamos colocar, né, então assim, nós encaminhamos, fazemos todos esses tramites e as vezes isso demora um pouco, pela saúde né, não condeno porque a demanda realmente é grande e nós temos poucos psicólogos na rede da saúde, né, então é o que nós temos de aparato, a saúde, a psicóloga escolar só identifica e orienta, mas não faz essa assistência com o aluno.

**Pesquisadora:** É uma psicóloga pro município todo?

**Coordenadora:** Não eu acredito que seja umas três, só que elas não atendem assim, tem uma só para as unidades escolares, não, são três, mas pro município todo, incluindo todo tipo de necessidade. Atende no CAPS, atende outras instituições e a nossa, educação também pelas mesmas psicólogas, quando é necessário que tenha esse acompanhamento, né, mas a gente tem tido bastante sucesso, quando eu falei da questão, as vezes uma orientação aos pais, a gente percebe que os pais estão assim, bastante, a gente tem uma demanda de pais muito novos e que não tem essa orientação nem mesmo de comunicação com os filhos, né, nós percebemos as vezes crianças que não tem essa comunicação, que falta esse diálogo, essa conversa e quando você chama o pai pra conversar, é, é, na realidade é orientação que falta para que eles eduquem, né, saibam educar, né. Você vê como que é difícil, né? assim, ter um né, porque eles.

**Pesquisadora:** Mas psicóloga escolar tem quantas?

**Coordenadora:** Psicóloga escolar nós temos uma pro município todo, mas ela não atende, ela só identifica, é uma pra rede escolar toda.

**Pesquisadora:** Você identifica mudança nesse período que você está aqui na escola? São as mesmas questões?

**Coordenadora:** Os problemas são outros, os problemas são outros, que na realidade, porque assim, é, os pais são outros, né, o que é oferecido pelo mercado, pela sociedade são outras, então os problemas são outros também, e um dos problemas que a gente levanta é esse, os pais muito novos, as famílias eu não digo desestruturadas, porque hoje a gente tem uma formação de vários tipos de família, mas a questão não é nem essa, a questão é a falta mesmo de ter orientação de que falta nessa família, né, as vezes você tem, nós temos alunos aqui de pai e mãe, de vó, alunos que são criados por outros, por tios, por pessoas desconhecidas da família e nem sempre isso influencia na aprendizagem, né, mas quando a criança ela tá naquele meio em que, nós vivenciamos isso, num meio em que o pai é dono vamos colocar aí de uma distribuição de drogas, né, a mãe tá presa, então isso influencia sim, muito, muito, né. Eu tenho alunos aqui que a mãe ela é usuária, a vó que cuida, tudo que a mãe compra pro filho a mãe vai lá e pega pra vender pra poder se manter no vício, então, tudo isso influencia, né, e nesse momento a gente realmente precisa de psicólogo, de pessoas, especialistas pra que essa criança, as vezes, afeta e muitas vezes afeta, né, as vezes não na aprendizagem, mas no comportamento, né, no relacionamento com o colega, com o grupo.

**Pesquisadora:** Você identifica casos que estão fazendo acompanhamentos com esses profissionais, psicólogo, psiquiatra ou neurologista ou que fazem uso de medicação?

**Coordenadora:** Então, foi o que eu disse pra você no começo da entrevista, nós temos crianças que precisam sim, mas que sejam laudadas, muito pouco, muito pouco, nós temos alguns alunos aqui que são incógnitas pra nós, dentro da dificuldade de aprendizagem, né, mas que um exame neurológico não vai constatar, como nós já vivenciamos isso, né, não estou falando da veracidade do exame, to falando que nós, foi encaminhado e sei que não apresentou, que a gente vê que não apresentou, mas a gente vê sim que tem uma questão na dificuldade de aprendizagem que ele apresenta, né, algum comprometimento intelectual, isso advém da onde, não sabemos, né, mas a gente vivencia que a mãe foi usuária, que a mãe usou álcool durante a gravidez e que a gente sabe que afeta, mas que não vai apresentar em exame, né, temos bastante criança assim, que eu acho que na psiquiatria eu não sei, mas que eu acho que uma orientação do especialista seria interessante. Sabe? Bastante criança. Né, a nossa realidade aqui é isso é bem vivenciado por eles, situações que de certo modo afeta, mas que a demanda faz com que eles não sejam atendidos. Assim, passa pela psicóloga escolar e vai pra lista de

espera da psicóloga clínica e aí, a demanda como ela é, não supre, não supre, essas três, eu to falando, mas eu não tenho certeza, mas eu acho que é em torno de três psicólogas no município, a demanda, elas não vão suprir a demanda mesmo. E o psicólogo, na escola a coisa tem que acontecer com mais urgência, né, porque as vezes é uma coisa que tá ali impedindo que a criança evolua, mas a gente tem andando assim a passos de tartaruga, mas eu digo assim, de tempos anteriores pra agora a gente tem tido bastante sucesso, né, nós fazemos assim um acordo de que essa atendente da sala funcional dê algum respaldo, por ela ter um conhecimento maior na área, e aí a gente vai trabalhando com o bom senso, né? bom senso, estudo, a gente tem propiciado bastante estudo em algumas questões em que a professora enfrenta na sala de aula, né, é isso.

**Pesquisadora:** vocês são responsáveis pelos distritos.

**Coordenadora:** sim, nós temos Porto Almeida e Alexandria.

**Pesquisadora:** Você identifica lá as mesmas questões?

**Coordenadora:** Não, é uma realidade diferente, né, uma realidade diferente. Tem, as crianças elas, a gente tem bastante contato a gente conhece, mas é um mundinho diferente, né, eu não digo na questão das crianças de Nova Alexandria, mas de Porto Almeida, é uma realidade diferente, e uma realidade diferente, né, eles não tem tanto contato com a sociedade, é mais ali mesmo entre eles, e os pai as vezes trabalham, ficam ali por conta do trabalho, né. é isso, mas eles são atendidos igualmente.

**Pesquisadora:** Tem demanda de lá para a psicóloga escolar ou pra saúde?

**Coordenadora:** Não, não, muito não, nós temos dois alunos encaminhados, né, mas não é nem questão, é mas comportamental, de aprendizagem nós temos sim, tínhamos aluno que viam sendo atendidos aqui na multifuncional aqui, com dificuldade de aprendizagem também, mas assim, é basicamente igual as que a gente atende aqui. Né, da unidade aqui da sede.

**Pesquisadora:** Os casos que acabam sendo atendidos pela saúde, ou pela psicóloga escolar, vocês tem percebido resolutividade?

**Coordenadora:** Com certeza, com certeza. Não só com relação a criança, mas as orientações que são passadas pros professores, de que forma trabalhar, o que cobrar, né,

quando eu chamo um pai aqui e eu oriento ele a buscar a especialistas, né, porque as vezes alguns pais são resistente né, porque ainda tem essa idéia de que eu vou encaminhar meu filho pro psicólogo, então, ele tem problema, então, ele é louco? Né, principalmente quando, na questão da psiquiatria, nossa não posso, mas a orientação é pai a gente quer tirar dúvida, saber o quanto eu posso cobrar, o que eu posso cobrar, se eu posso deixar de cobrar e outra orientação é que quando você encaminha pro especialista, a orientação que eu dou para esse pais é dessa maneira, né, vamos tirar as dúvidas, né, leva no neuro faz um exame pra gente vê se tá tendo, se a gente tá seguindo o caminho correto, vamos encaminhar pro psicólogo, uma orientação do psicólogo de repente é tanto para esses pais, filhos e ainda mais pro professor que atende essa criança.

**Pesquisadora:** Hoje a gente tem falado muito do déficit de atenção, hiperatividade, você tem casos aqui? Que tomam medicação?

**Coordenadora:** Não, mesmo porque a gente nem consegue chegar no momento em que pode ser receitado, são poucos que chegam.

**Pesquisadora:** Até o neurologista?

**Coordenadora:** Isso, exatamente. Então nós não temos esse problema não. O bom é que se eles chegassem a gente teria esse período pra ver se é realmente necessário ou não, né, mas não chegou ainda esse período, a esse ponto de achar que ritalina é ou não viável, né. Mas assim nós fizemos até um projetinho ano passado, fizemos um levantamento dessas crianças que precisariam passar pelo neuro e que não tava suprindo aqui no município essa demanda, e nós fizemos essa parceria com a saúde né, embora, isso tudo tenha voltado, depois a orientação é de que passasse pelo clínico geral ou pediatra, né, mas a gente sabia que eles precisariam passar pelo neuro pra fazer um exame neurológico. Até assim, conseguimos com um ou dois, mas a demanda não foi suprida e depois a orientação da própria saúde era a de que passasse pelo pediatra e o pediatra que encaminharia, então isso deu uma estacionada, né, temos crianças que até saíram da escola sem ter feito esse exame, né, que hoje estão em outra unidade. Mas ainda não podemos afirmar que é ou não, se é ou não, né, seria certo ou em excesso. Não chegamos nesse ponto ainda. Pelo menos não temos crianças fazendo uso.



**Pesquisadora:** Então é isso, conhecer quais são as dificuldades que as crianças apresentam e tentar entender os caminhos que ela percorre na saúde.

**Coordenadora:** É, o ideal seria assim, ter essa equipe somente para a educação, né, nós precisaríamos de ter uma equipe específica para a educação, de que forma seria essa equipe, não só o psicólogo escolar, mas o psicólogo clínico, um fonoaudiólogo, que ficasse restrito a educação, aí sim eu acho que caminharía de forma melhor, mais rápida, porque a educação, a escola não tem tempo pra você, tem que ser resposta imediata, olha essa criança apresenta dificuldade de aprendizagem, busca-se recurso, busca-se especialistas para trabalhar essa criança, né, agora se é vamos pensar a longo prazo, não tem como pensar a longo prazo quando se trata de educação. Né, tem que ser atendida, eu acho que tem que ser atendida o quanto antes, tem que ser tudo a curto prazo, né, lógico que um laudo, que uma criança que precisa ser analisada mais profundamente, e a gente sabe que um laudo não se fecha em dia e nem com um especialista, mas sim com muito tempo, mas então é, o que eu posso fazer por essa criança diante dos especialistas, dar informação o orientação dos especialistas, é isso que a gente busca. Tem sido muito, muito difícil porque o que a gente tem na equipe é uma psicóloga escolar, né, que também não está suprimindo a demanda, achamos até que precisa ter mais uma, pra que consiga dar conta. E a maioria das questões são essas, né, é familiar, é, não posso generalizar o comportamento, porque é uma ou outra, mas que a gente precisa, né, se dentro dos meus quinhentos alunos, um apresenta isso, eu preciso procurar, né, tudo bem que se você vê o percentual é mínimo, mas é uma criança e uma criança tem que fazer diferença pra escola, né, tem que buscar recurso.

**Pesquisadora:** Vocês tem muita dificuldade com a inclusão?

**Coordenadora:** Muita dificuldade com a inclusão, né, é igual eu falei pra você, a gente faz de tudo pra cada caso, tem a orientação da psicóloga escolar, temos a multifuncional que também nos dá um aparato muito, mas né, pra que a gente tenha, efetiva isso da inclusão, né, e que isso não se torne uma exclusão, a gente precisa ter um amparo, primeiro de tudo, basicamente de infra-estrutura, tem que ter um espaço físico adequado, né, depois eu acho que assim, é, ainda nos falta mais respaldo, eu digo técnico. Mas nós temos assim, temos lógico que temos, né, e o professor sempre trabalha, além, o que é e o que não é, nós temos tido assim sucesso com as inclusões,

sabe, lógico que a gente vê ainda as coisas acontecendo e que não é o ideal, né, tá longe do ideal, mas a gente busca, busca o ideal, né.

E tem inclusões que passaram por aqui que a gente, vendo a gente chora, de ver a evolução que a criança teve, né, e nós ainda temos crianças num período de evolução fantástico, né, que iniciaram conosco lá no primeiro aninho, hoje tá no quarto, terceiro, quarto ano e teve uma evolução ótima, né, e acontece de fato a inclusão, mas também temos criança que a gente vê assim que dependendo da situação, da deficiência que acaba ficando, né, a margem do que a gente espera. Então a gente tem trabalhado também bastante essa questão.