

**MARIA AUXILIADORA DE ALMEIDA VIEIRA FILHA**

**OS GÊNEROS DO DISCURSO NA ATIVIDADE DE SAÚDE  
MENTAL EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL  
INFANTO-JUVENIL**

**Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT  
Instituto De Linguagens - IL  
Cuiabá  
2008**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**MARIA AUXILIADORA DE ALMEIDA VIEIRA FILHA**

**OS GÊNEROS DO DISCURSO NA ATIVIDADE DE SAÚDE  
MENTAL EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL  
INFANTO-JUVENIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Estudos de Linguagens da Universidade Federal de Mato Grosso, como parte dos pré-requisitos para defesa do título de mestre.

Área de concentração: Estudos Lingüísticos

Linha de pesquisa: Práticas discursivas

Orientador: Professor Doutor Marcos Antônio Moura Vieira

**Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT  
Instituto de Linguagens - IL  
Cuiabá**

**2008**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO**  
**INSTITUTO DE LINGUAGENS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ESTUDOS DE LINGUAGEM**

**Banca examinadora**

**Prof. Dr. Marcos Antônio Moura Vieira**  
**(orientador)**

**Profª Dra Maria Inês Pagliarini Cox**  
**(examinador interno)**

**Prof Dra Maria Del Carmen Fátima González Daher**  
**(examinador externo)**

**Profª Dra. Cláudia Paes de Barros**  
**(suplente)**

**Cuiabá**  
**2008**

## DEDICATÓRIA

A todas as crianças que passam pela experiência do sofrimento psíquico.

## AGRADECIMENTOS

Ao professor Marcos, pelo muito que me ensinou.

À CAPES, pela bolsa de estudos.

Ao meu esposo Harrizon, companheiro na vida e nos sonhos, pelo incentivo constante.

À mamãe, pelo incentivo ao amor às letras desde minha tenra infância.

A papai, pela alegria de viver.

À família, Albuquerque pela acolhida tão carinhosa.

Aos professores e colegas do MeEL.

Às professoras Maria Inês Pagliarini Cox e Maria Del Carmen Fátima González Daher.

Às minhas irmãs de orientação: Cláudia, Iza e Cida.

Aos trabalhadores e às crianças do CAPSi.

## EPÍGRAFE

A audibilidade como tal já é uma relação dialógica. A palavra quer ser ouvida, entendida, respondida e mais uma vez responder à resposta, e assim *ad infinitum*. Bakhtin (2003: 334)

## RESUMO

VIEIRA-FILHA, Maria Auxiliadora de Almeida. *Os gêneros do discurso na atividade de saúde mental em um centro de atenção psicossocial infanto-juvenil*. Dissertação de Mestrado. Cuiabá: IL/UFMT-MEEL, 2008, 148 páginas.

Atualmente, no âmbito da nova proposta de assistência à saúde mental no Sistema Único de Saúde Brasileiro - SUS, os profissionais do Centro de Atenção Psicossocial Infantil CAPS X – uma das unidades dos serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, lugar de referência para assistir as crianças e adolescentes que passam pela experiência do sofrimento psíquico, recebem crianças que têm dificuldade de aprendizagem e/ou não seguem as regras da convivência escolar. Os alunos são encaminhados regularmente pela escola ao CAPS X para avaliação e tratamento psíquico, mas, em geral, de modo extra-oficial. Assim, no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira, estabeleceu-se uma correlação entre os protagonistas da atividade educativa de base, inscritos no campo do trabalho da escola, com os protagonistas da atividade de saúde mental, inscritos no campo da saúde via o CAPS X. Esta dissertação tem por objetivo investigar os gêneros discursivos desenvolvidos nessa complexa atividade de cuidar da saúde mental de crianças da escola a partir da situação de trabalho instaurada na interface da saúde e da educação. No segundo semestre de 2006, realizamos uma pesquisa de campo baseada na observação, descrição e coleta de escritos e falas que circulavam em um CAPS do Centro-oeste do Brasil. Focalizamos os diálogos entre as escolas e o CAPS X no momento da recepção, no CAPS X, dos encaminhamentos dos alunos pela escola. Recorrendo à Análise do Discurso de orientação Bakhtiniana, analisamos os discursos mobilizados na rede dialógica do sentido e descrevemos os gêneros do discurso que caracterizam a situação de trabalho entre a escola e o CAPS X – o que apresentamos como gêneros do discurso da atividade de encaminhamento. Nossos resultados apontam os gêneros discursivos da atividade de encaminhamento que são mobilizados em duas situações específicas do diálogo da escola com o CAPS X. A primeira situação de trabalho, da escola para o CAPS X, revela os efeitos de sentido de encaminhar o aluno “problema” X receber o aluno “paciente”; a segunda situação de trabalho, do CAPS X para escola, revela os sentidos de avaliar o “aluno-paciente” X reencaminhar o “aluno” ou “paciente”. Nas duas direções de sentido, predomina a ideologia biomédica da separação entre saúde e doença, embora nos discursos da prática cotidiana, no CAPS X, circulem sentidos da ideologia biopsicossocial. Compreendendo que a linguagem está inteiramente vinculada à atividade de trabalho, e tanto uma quanto a outra constroem e transformam socialmente os sentidos por meio das trocas discursivas que constituem as relações de trabalho; a nossa pesquisa contribui para a compreensão dos efeitos de sentidos nos campos discursivos da educação e da saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Linguagem e Saúde Mental; gênero discursivo; dialogismo.

## ABSTRACT

VIEIRA-FILHA, Maria Auxiliadora de Almeida. *The speech gender in the activity of mental health in that centre of infantile-youthful psychosocial attention (CAPS X)*.

Master dissertation. Cuiabá: IL/UFMT-MeEL, 2008, 148 pages.

Currently, in the scope of new the proposal of assistance to the mental health in the Brazilian Universal Health System (SUS), the professionals of the Centre of Infantile Psychosocial Attention (CAPS X) receive children who have learning difficulty or they do not follow the rules of the pertaining to school sociability. The CAPS X is one of the substitutes services to the psychiatric hospital that is reference in the assistance of children and adolescents who pass for the experience of the psychic suffering. The pupils are regularly directed by the school to the CAPS X for evaluation and psychic treatment but, in general, in that extra-officer way. Thus, in the context of the Brazilian Psychiatric Reformation, it has an association between the protagonists of the educative activity of base (enrolled in the field of the work of the school) with the protagonists of the activity of mental health (enrolled in the field of the mental health/CAPS X). This study has for objective to investigate the speech genders developed in the activity to take care of the mental health of children of the school. Making this from the situation of work restored in the interface of the health and the education. In 2006/2, we carry through the research of field based on the comment, description and collects of writings and takings that they circulated in a CAPS X of the Center-west of the Brazil. We focus the dialog between the schools and the CAPS X at the moment of the reception, in the CAPS X, of the guiding (“send words”) that the school had made over the students. Appealing to Analyze of the Speech of Bakhtins orientation, we study the speeches mobilized in the dialogical net of the sense. We describe the speech genders that characterize the situation of work between the school and the CAPS X and present them as speech genders of the “guiding activity”. Our results point to speech genders of the “guiding activity” that are mobilized in two specific situations of dialog between the school and the CAPS X. The first situation of work, from the school to the CAPS X, discloses the effect of sense directing the student “with problem” versus receiving the pupil “like a patient”. The second situation of work, from the CAPS X to the school, discloses the sense of exam the “student-patient” versus to return a “student” or a “patient”. In the two directions of sense, predominates that the biomedical ideology of the separation between health and illness, even so in the speeches of the daily activity, in the CAPS X, circulates that sense of the bio-psychosocial ideology. Showing that the language entirely is tied the activity of work, and in this way, language and activity, construe and transform the sense socially by means of the speech exchanges that constitute the work relations, this research has give contribution for the understanding of the senses effect in the discourse fields of the education and the metal health.

KEY WORDS: language and mental health; speech gender; dialogism.

## LISTA DE SIGLAS

- APAC – Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo
- AIH – Autorização de Internação Hospitalar
- APST – Análise Pluridisciplinar das Situações de Trabalho
- CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
- CAPSI – Centro de Atenção Psicossocial Infantil (Infanto-juvenil)
- CliAD – Grupo de estudos Clínica da Atividade e Discurso
- CNPQ – Conselho Nacional de Pesquisa
- CIAPS – Centro de Integrado de Assistência Psicossocial
- CRIDAC – Centro de Reabilitação Integral Dom Aquino Corrêa
- CID – Classificação Internacional das doenças
- FAEM – Faculdade de Enfermagem da UFMT
- FCM – Faculdade de Ciências Médicas da UFMT
- GRUM – Grupo multifamiliar do CAPSi
- GAOP – Grupo de atendimento e orientação a pais do CAPSi
- GAP – Grupo de acolhimento a pais/mães/responsáveis do CAPSi
- IL – Instituto de Linguagens
- MeEL – Mestrado em Estudos da Linguagem
- MCT – Ministério da Ciência e Tecnologia
- MS – Ministério da Saúde
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- PRATICAPS – Projeto Análise da efetividade das Práticas Terapêuticas dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Mato Grosso
- PUCSP – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
- PSF – Programa de Saúde da Família
- PNSM – Política Nacional de Saúde Mental
- SUS – Sistema Único de Saúde
- SRTs – Serviços Residenciais Terapêuticos
- TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade
- UERJ – Universidade Estadual do Rio de Janeiro
- UFMT – Universidade Federal de Mato Grosso
- USP – Universidade de São Paulo
- UFPE – Universidade Federal de Pernambuco
- UNIRIO – Universidade Municipal do Rio de Janeiro
- UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
- UNISINOS – Universidade do Vale do Rio dos Sinos
- UPHG – Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE SIGLAS.....</b>	<b>VIII</b>
<b>INTRODUÇÃO. OS GÊNEROS DO DISCURSO NA RELAÇÃO ESCOLA E SAUDE MENTAL.....</b>	<b>11</b>
<b>CAPÍTULO 1. OS GÊNEROS DO DISCURSO NAS ATIVIDADES HUMANAS.....</b>	<b>20</b>
1.1 A noção de gênero na história do pensamento lingüístico.....	20
1.2 A noção de gênero discursivo na perspectiva da teoria bakhtiniana.....	24
1.3 A questão do gênero nas atividades do campo da saúde.....	30
1.4 A noção de gênero da atividade na análise da situação de trabalho.....	33
<b>CAPÍTULO 2. HISTÓRIA E CONTEXTOS DA PSIQUIATRIA E DA SAÚDE MENTAL.....</b>	<b>37</b>
2.1 A loucura e a história da psiquiatria.....	37
2.2 O movimento Reforma Psiquiátrica.....	44
2.3 O CAPS e a proposta dos serviços substitutivos ao asilo.....	49
<b>CAPÍTULO 3. O CAMINHO DA PESQUISA NO CAPSi.....</b>	<b>53</b>
3.1 Perspectiva teórica aplicada ao desenho metodológico.....	53
3.2 A descrição das fases da pesquisa de campo.....	55
3.2.1 Preparação para a pesquisa de campo.....	56
3.2.2 A entrada em campo.....	57
3.2.3 A pesquisa de campo.....	57
3.2.3.1 Observação participante.....	58
3.2.3.1.1 Coleta de dados prescritos.....	58
3.2.3.1.2 Dispositivos de coleta de dados da oralidade.....	59
3.3 Um panorama do CAPS.....	61
3.3.1 O cenário.....	61
3.3.2 Os protagonistas da atividade.....	62
3.3.2.1 O grupo de pesquisadores.....	62
3.3.2.2 Os usuários.....	63
3.3.2.3 Os profissionais do CAPSi.....	63

3.3.3 Algumas cenas da atividade.....	65
<b>CAPÍTULO 4. ENTRE A ESCOLA E O CAPSi: OS EFEITOS DE SENTIDO NA ATIVIDADE DE ENCAMINHAMENTO E RECEPÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES.....</b>	<b>67</b>
4.1 Uma análise dos textos escritos nos prontuários.....	67
4.2 Uma análise dos sentidos de encaminhamento, recebimento e tratamento.....	78
4.2.1 Os encaminhamentos ao CAPSi sem documento oficial.....	78
4.2.2 Os documentos de encaminhamento da escola para o CAPSi.....	84
4.2.3 Os documentos de encaminhamento de outras instâncias educacionais para o CAPSi.....	91
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>93</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>97</b>
<b>GLOSSÁRIO.....</b>	<b>103</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>107</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>114</b>

## INTRODUÇÃO

### OS GÊNEROS DO DISCURSO NA RELAÇÃO ESCOLA E SAÚDE MENTAL

A presente dissertação, realizada no Programa de Pós-Graduação em Estudos de Linguagem da Universidade Federal de Mato Grosso, na linha de pesquisa *Práticas Sociais e Práticas Discursivas*, tem o propósito investigar os gêneros do discurso na atividade de Saúde Mental de um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil. Nosso estudo faz parte de um projeto de pesquisa mais amplo, denominado *Análise da efetividade das práticas terapêuticas dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Mato Grosso* (MCT/MS/CNPq 554534/2005-3). Tal estudo tem como instituição executora a Universidade Federal de Mato Grosso e é desenvolvido por pesquisadores do Programa de Mestrado em Estudos de Linguagem, da Faculdade de Ciências Médicas e do Mestrado em Enfermagem.

Este estudo também se associa ao grupo de pesquisa CliAD<sup>1</sup> – Clínica da Atividade e Discurso, na linha de pesquisa: *Confrontos dialógicos de discursos sobre linguagem, pensamento e atividade humana* e ao grupo ATELIER<sup>2</sup> - Linguagem e Trabalho, na linha de pesquisa: *Estudos das práticas de linguagem em situações de trabalho*. Além disso, particularmente nosso trabalho de campo, está vinculado ao grupo de pesquisa ARGOS<sup>3</sup> da UFMT.

As linhas de pesquisa dos programas e grupos citados, nas quais o nosso projeto se insere (via projetos do orientador), estudam práticas de linguagem em situações de trabalho. Para tanto, recorrem, por um lado, aos fundamentos teóricos da Análise Dialógica do Discurso de tendência bakhtiniana, e por outro, aos aportes dos estudos do trabalho como atividade humana indissociável da prática languageira

---

<sup>1</sup> A Clínica da atividade & discurso: linguagem e pensamento é um grupo de estudos bakhtinianos & vygotskianos que se propõe a realizar pesquisas, refletir, correlacionar e operacionalizar as teorias da filosofia da linguagem desenvolvidas pelo Círculo bakhtiniano e as teorias da psicologia do desenvolvimento na vertente vygotskiana. Orienta-se na perspectiva da Lingüística Aplicada às Situações de Trabalho e dedica-se particularmente ao estudo dos discursos da educação e da saúde mental. Coordenado pelo Prof. Dr. Marcos A. M.Vieira e desenvolvido na UFMT junto aos Programas de Mestrado em Estudos de Linguagem e de Enfermagem.

<sup>2</sup> O grupo Atelier: Linguagem e Trabalho, é coordenado pela Profa Dra. Maria Cecília Perez de Souza e Silva, da PUCSP e Vice-Coordenado pelo Prof. Dr. Décio Rocha da UERJ. Compõe-se de pesquisadores das seguintes universidades: PUCSP, UERJ, UFMT, USP, UFPE, UNIRIO, UFRGS e UNISINOS.

<sup>3</sup> Grupo de pesquisa com sede na FAEN-UFMT. Coordenado pela Profa Dra Áurea Correa e composto por pesquisadores de diferentes Faculdades e programas de Pós Graduação da UFMT, a exemplo do MeEL-IL, Instituto de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas.

conforme a *Análise Pluridisciplinar das Situações de Trabalho* (APST) desenvolvida por Voillon, Faïta e Schwartz (1985) e a *Clínica da Atividade* desenvolvida por Clot & Faïta (2000).

Uma vez apresentada a nossa filiação institucional passamos a comentar o nosso interesse de estudo e a colocar os motivos que justificam o nosso caminho nesta pesquisa. Nossa formação original é de professora. Durante o curso de Letras as nossas primeiras experiências em refletir sobre a relação da língua em uso nas práticas sociais com a produção de sentidos no campo do ensino-aprendizagem foram muito importantes para aguçar o nosso interesse pelo campo da Linguística Aplicada. Antes de ingressar no programa de Mestrado em Estudos da Linguagem, durante curso de especialização em Morfologia e Sintaxe da Língua portuguesa, tivemos a oportunidade de conhecer e trabalhar com pesquisas no campo da sociolinguística interacional.

Em um estudo que realizamos em uma escola pública<sup>4</sup> (VIEIRA-FILHA, 2005), observamos que as crianças que, no âmbito escolar, têm dificuldade de aprendizagem ou que não seguem as normas convencionais de comportamento, são percebidas por professores e colegas de forma diferenciada. Essa experiência nos deixou inquietação e descontentamento, quanto aos efeitos de sentido de “normalidade” e “anormalidade” comportamental vinculados ao processo de ensino-aprendizagem. Com Goffman (1982), percebemos que, do ponto de vista sociolinguístico, poderíamos falar de práticas interacionais que se faziam nos limites de alunos “estigmatizáveis” versus alunos “normais”. Entretanto, respeitando os limites do nosso estudo inicial, não pudemos nos aprofundar nos discursos do ponto de vista da ideologia, tampouco em aspectos psicossociais implicados na produção de subjetividade.

Naquele momento, a descoberta de um problema de “estigmatização” na interação de professores com alunos já representou um grande avanço na nossa capacidade investigativa. Refletimos que muitas crianças, vítimas do descaso econômico, político e social, chegam à escola marcadas por experiências de vida, em geral, negativas que se materializavam em famílias pouco continentais, nos problemas de acompanhamento da vida escolar, na falta de limites e por vezes nos maus tratos. Os reflexos de suas histórias acabavam por gerar muita dificuldade

---

<sup>4</sup> Estudo e monografia orientados pela Profa. Dra. Maria Inês Pagliarini Cox, no IL UFMT.

para a ação dos protagonistas inseridos nesse campo de atividade: seus professores - os quais já se deparam no exercício do seu métier com condições precárias de trabalho (escolas mal equipadas, baixos salários, carga horária elevada etc.). Mesmo se consideramos todos esses problemas que colocam os aspectos psicossociais como importantes fatores no processo de ensino-aprendizagem e no trabalho com o ensino no dia-a-dia das escolas públicas que conhecemos, raramente, nos deparamos com uma assistência psicopedagógica efetiva. Tais escolas, em geral, não contam em seus quadros com o trabalho oficial do psicopedagogo.

Levando em conta o conjunto da situação acima descrita e a sua atualidade, passamos a refletir sobre as implicações presentes no diálogo de professores e alunos. Eram muitas as questões que englobavam problemas do trabalho cotidiano da escola para as quais buscávamos respostas: Como os trabalhadores da escola percebem um problema “psicológico”? Como diferenciam esse problema de uma questão social? De que forma os trabalhadores da escola buscam ajuda (ou algum tipo de assistência) para uma criança? A quem recorrem? Com quem dialogam sobre suas dificuldades frente a crianças com algum tipo de sofrimento psíquico ou com problemas de comportamento? Problemas estes que, além de ocasionarem muitos obstáculos no desenvolvimento e na convivência escolar dessas crianças, também provocam muito desconforto aos trabalhadores envolvidos nesse contexto. Enfim, nos perguntávamos como estes protagonistas da atividade educativa lidavam com a questão dos problemas de ensino-aprendizagem no limite do social com o psicológico e/ou biopsicológico.

Nossas reflexões foram tomando corpo quando, antes de ingressarmos efetivamente no mestrado, ainda como aluna especial, cursamos a disciplina *Tópicos em Lingüística Aplicada – Interfaces com a Análise Dialógica do Discurso*<sup>5</sup>. Entre os autores estudados tivemos o contato com textos de pesquisadores cuja área de interesse é a Lingüística Aplicada às Situações de Trabalho em associação à teoria bakhtiniana, a exemplo dos franceses Daniel Faïta (1997; 2000, 2002, 2005), Yves Clot (1999, 2001), Yves Schwartz (1997 a/b, 2000, 2006 a/b) e René Amigues (2006) e dos brasileiros Maria Cecília Souza e Silva (2002, 2004), Beth Brait (2002), Ana Rachel Machado e Maria Cecília Camargo Magalhães (2002),

---

<sup>5</sup> Disciplina ministrada pelo Prof. Dr. Marcos A. Moura Vieira, no MeEL, segundo semestre de 2005.

dentre outros autores<sup>6</sup>. Esse contato foi de fundamental importância para o amadurecimento e a elaboração do nosso projeto de pesquisa, já que o nosso interesse era estudar os discursos que marcavam a relação entre a escola e a saúde para compreender os sentidos aí produzidos.

Nos primeiros meses do Mestrado, travamos contato com as escolas e disciplinas básicas dos Estudos da Linguagem, com as linhas de pesquisa em curso, com as teorias e metodologias utilizadas e discutimos muito com o orientador e com os colegas do grupo de pesquisa sobre como abordar nossas questões sem dissociá-las dos projetos em andamento. Passamos a integrar, como pesquisadora do mestrado em Estudos da Linguagem, o projeto de pesquisa PRATICAPS<sup>7</sup> (OLIVEIRA, MOURA-VIEIRA, TERZIAN e MARCON, 2005), financiado pelo CNPq, cuja proposta era estudar as práticas terapêuticas dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Mato Grosso, havendo, pois uma demanda de pesquisa gerada pela academia que encontrava apoio nas instituições de fomento e avaliação de programas e políticas do Ministério da Saúde.

Nossa motivação inicial de pesquisa era olhar os problemas da criança que apresentava os chamados “distúrbios psíquicos” a partir da escola. Mas como o projeto PRATICAPS estudava as novas formas de atendimento biopsicossocial oferecidas pelo Sistema Único de Saúde, começamos a redirecionar a idéia de realizar nosso estudo no local da saúde para o qual essas crianças eram encaminhadas. Nesse contexto, a partir da demanda do estudo dos Centros de Atenção Psicossocial, verificamos a possibilidade de inserir nossas preocupações de pesquisa em Estudos da Linguagem.

Em conversas informais com colegas professores da rede básica de educação e com colegas do grupo CliAD que trabalhavam com a rede básica de saúde, ficamos sabendo que as crianças com dificuldades de aprendizado, com problemas comportamentais e psicológicos estavam sendo encaminhadas, direta ou indiretamente, para um dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, especializado

---

<sup>6</sup> A respeito de outros autores e pesquisa em LA na situação de trabalho consultar também Duarte e Feitosa (1998) e Souza e Silva e Faïta (2002).

<sup>7</sup> Coordenado pela Profa. Dra. Alice G. B. Oliveira (FAEN) conta com a seguinte equipe de pesquisadores: Prof. Dr. Marcos A. Moura - Vieira (FCM), Profa. Dra. Ângela C. C. Terzian (FCM), Profa. Dra. Roselma Lucchese (FAEN), Profa. Ms. Samira R. Marcon (FAEN). O projeto tem a UFMT como sede com apoio do MCT/CNPq e MS e colaboração da SES-MT via a Coordenação de Saúde Mental.

em atender crianças e adolescentes, o CAPSi, que recebia e avaliava as crianças e dava uma resposta à família e à escola.

Atualmente, os CAPS funcionam como parte da rede de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS) no que concerne à saúde mental e é considerado como um dos recursos substitutivos ao modelo de assistência centrado no Hospital Psiquiátrico, conhecido como modelo hospitalocêntrico. Os CAPS Infantis ou infanto-juvenis são um serviço ambulatorial aberto e comunitário do SUS, lugar de referência para assistir a crianças que sofrem com transtornos mentais que recebem encaminhamento de familiares, de outras instituições de saúde e da escola. Nesse sentido, o cuidado de crianças em atividade escolar por parte do CAPSi correlaciona-se com as condições de bem-estar biopsicossociais, ou seja: à saúde mental das crianças na família e nas comunidades onde vivem.

Observamos que a implantação dos CAPS está ocorrendo em uma sociedade na qual pouco se discute sobre saúde mental e quando tal discussão ocorre, em geral, se direciona “aos loucos” e ao manicômio. No âmbito dos novos modelos de assistência, o conceito de saúde mental é muito mais abrangente do que o conceito de doença psiquiátrica, pois está relacionado não só a aspectos biológicos, mas, também a aspectos psicológicos e sociais. Nesse sentido, a proposta de trabalho psicossocial em Saúde Mental é bem mais ampla do que a noção de assistência psicopedagógica, psicológica e/ ou psiquiátrica isoladas, pois as engloba e lhe acrescenta a dimensão social.

Considerando os aspectos relatados acima e seguindo a linha de estudiosos que percebem a linguagem como constitutiva do trabalho, elaboramos um projeto de pesquisa<sup>8</sup> (VIEIRA-FILHA, 2006) voltado para o estudo das práticas discursivas que constroem os diálogos entre os protagonistas dos dois contextos de trabalho: da escola e da saúde, a partir da circulação dos discursos no CAPSi. Nosso projeto pressupõe que tanto a atividade de ensino como a atividade de saúde mental comportam uma grande complexidade de gêneros discursivos. Os trabalhadores aí engajados, além das especificidades dos gêneros das suas atividades primárias de trabalho (por exemplo, aula e reunião de pais, na escola – consulta e grupo de família, no CAPS) lidam diretamente em suas práticas cotidianas com problemas advindos de realidades sócio-econômicas e culturais diversas, principalmente, no

---

<sup>8</sup> Projeto qualificado no Seminário de Pesquisa do MeEL em 2006.

que se correlaciona às dificuldades que vivenciam as populações mais carentes. Tais situações da vida social, que acabam virando uma demanda por atenção em um serviço de saúde, podem levar tanto à modificação dos gêneros estabilizados como à necessidade de engendrar novos gêneros na atividade real com a saúde mental.

Não podemos perder de vista que, entre os diálogos estabelecidos pelos protagonistas dessas duas atividades, encontram-se as crianças consideradas pela escola como “problemáticas” e/ou “incapazes de aprender”. Tais crianças, que fogem dos parâmetros das regras comportamentais da escola, podem ser encaminhadas ao CAPSi. Dessa maneira, nossa motivação para esta pesquisa justifica-se pela necessidade de compreender de que forma esses trabalhadores da escola e do CAPSi dialogam, como se constituem esses diálogos e os efeitos de sentido produzidos pelos gêneros do discurso que caracterizam a mobilização dialógica desse campo discursivo.

Souza-e-Silva (2002: 61) comentando Boutet (1987), assinala que a atividade de linguagem e a atividade de trabalho estão estreitamente ligadas. Dessa forma, ambas se transformam na vida em sociedade e permitem, pelas suas produções e trocas reais e simbólicas, o desenvolvimento das ações e das ideologias humanas.

Assim, compreendendo que a atividade clínica em Saúde Mental apoia-se, em grande medida, na linguagem (diálogo e representação objetiva e subjetiva) e tendo em vista a necessidade de inovação dos modelos de assistências no modo psicossocial, procuramos compreender como o profissional da equipe de saúde mental atualiza a dimensão psicopedagógica no seu trabalho cotidiano inserindo-se nessa nova proposta de cuidados aos usuários do SUS. Pensamos que ao observar, descrever, analisar e refletir como o protagonista da atividade realiza (na prática) e concebe (no discurso) o seu trabalho na equipe multiprofissional, o nosso estudo contribuirá para o esclarecimento dessa atividade complexa de encaminhar e receber alunos para avaliação biopsicossocial, uma situação de trabalho contemporânea instaurada na interface da educação e da saúde.

Assinalamos ainda que alguns estudos sobre a representação que os trabalhadores da saúde têm em relação ao trabalho que realizam mostram uma dissociação entre representado e realizado (Moura-Vieira, 2001, 2002; Moura Vieira & Terzian, 2005). Nesse sentido, provavelmente o protagonista do trabalho do recebimento e avaliação das crianças, raras vezes um psicopedagogo, poderá

realizar a atividade de uma determinada forma e representá-la (conceber discursivamente) de outra. Assim sendo, o profissional que, na equipe do CAPSi assume o papel do psicopedagogo, necessita refletir mais e profundamente em que consiste o seu objeto de trabalho com a criança/aluno encaminhado(a) pela escola, para, conseqüentemente, atualizar o seu papel na equipe multiprofissional.

Como proposta de desenho teórico-metodológico do nosso estudo, buscaremos aplicar um olhar dialógico para estudarmos, na materialidade lingüística, a rede de sentidos entre os protagonistas inscritos na interface do trabalho da escola com o CAPSi. A visualização de tal espaço enunciativo-discursivo em que se desenvolve a atividade de saúde mental contribuirá para definir o estatuto da linguagem nessa complexa esfera da atividade.

As questões norteadoras deste estudo foram elaboradas a partir de um diálogo com as leituras técnicas (manuais e guias de saúde mental), teóricas (teorias da Linguagem e da Análise do Discurso) que desenvolvemos nas disciplinas, orientações e também levando em consideração as observações realizadas em nossos primeiros contatos com um CAPSi. Entendendo que o modelo psicossocial em Saúde Mental se instaura em uma atividade humana de assistência a saúde mental infantil e atende crianças em idade escolar, nos perguntamos:

- Como ocorre o encaminhamento de crianças entre a instituição escola e o Centro de Atenção Psicossocial Infantil – CAPSi?
- Como os profissionais da escola e da equipe de Saúde Mental dialogam?
- Quais efeitos de sentido são construídos no diálogo entre as vozes inscritas no contexto da interface saúde X educação?

Partindo das observações e reflexões mencionadas anteriormente e buscando responder as nossas três questões norteadoras, formulamos também o nosso objetivo geral e os objetivos específicos.

Nosso objetivo geral é compreender como os gêneros discursivos (encaminhamento-recepção) que são mobilizados na esfera de trabalho da “psicopedagogia” podem contribuir para o desenvolvimento da atividade concreta de cuidados a crianças/alunos com problemas de aprendizado e comportamento no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil.

No que concerne aos objetivos específicos, eles são os seguintes:

- Descrever o trabalho da equipe de um CAPSi (o chamado “trabalho real”);
- Assinalar como os profissionais da equipe de saúde mental orientam o

trabalho no CAPSi em relação aos encaminhamentos da escola;

– Analisar quais os efeitos de sentidos circulam nos encaminhamentos e acompanhamentos escola/CAPSi, correlacionando-os a quais profissionais, quando e como no processo de trabalho se realizam as atividades demandadas;

- Refletir, a partir dos recursos e processos discursivos que mobilizam os gêneros inscritos na atividade, sobre os desdobramentos dos efeitos de sentidos dos campos discursivos da educação e da saúde mental.

Enfim, entendendo com Bakhtin (1929-2004, 1952/1953-2003) que a linguagem está inteiramente vinculada ao dialógico e ao polifônico de uma esfera de atividade e tanto um quanto o outro constroem socialmente os sentidos por meio das trocas discursivas que constituem as relações dos protagonistas dessa atividade, no nosso caso o trabalho no CAPSi, pressupomos que nosso estudo ajudará na compreensão dos efeitos de sentido que circulam no cotidiano dessa atividade contribuindo para a discussão, a análise e o entendimento dos gêneros que se mobilizam no campo da Saúde Mental na sua interface com o campo da educação.

Para tanto, esta dissertação está organizada conforme passamos a enumerar em suas linhas gerais.

Esta Introdução, na qual indicamos a nossa vinculação acadêmica e institucional, justificamos o nosso interesse pelo assunto a ser estudado, definimos a demanda, colocamos nossas questões norteadoras, delimitamos o objetivo geral e os específicos e anunciamos a organização da dissertação.

O capítulo um, intitulado “Os gêneros do discurso nas atividades humanas”, corresponde ao nosso capítulo teórico de revisão bibliográfica. Nele apresentamos como a noção de gênero do discurso foi percebida na história do pensamento lingüístico; assinalamos como a noção de gênero é vista na área da saúde; demarcamos a visão bakhtiniana de gênero do discurso e comentamos os posicionamentos de autores que defendem a noção de gênero da atividade ressaltando a utilização da linguagem e sua relação com a atividade de trabalho.

O capítulo dois, intitulado “História e contextos da psiquiatria e da saúde mental”, realiza um apanhado histórico e contextual da loucura, da psiquiatria e da Reforma Psiquiátrica. Tal panorama é importante para compreender a ideologia envolvida no surgimento, desenvolvimento e hegemonia da ideologia e poder psiquiátricos e suas influências nos modelos contemporâneos de atenção e tratamento aos problemas de saúde mental.

O capítulo três, intitulado “O caminho da pesquisa”, apresenta o nosso desenho metodológico. Comentamos sobre o tipo e os métodos de pesquisa com especial atenção para os dispositivos que atendem as especificidades dos estudos de Linguística Aplicada às Situações de trabalho. Mais especificamente, fazemos a descrição do estudo de campo no CAPSi, detalhando as suas fases e as condições nas quais o trabalho foi desenvolvido. Apresentamos o cenário, os protagonistas da atividade e algumas cenas por eles desempenhadas, a coleta de materiais e a metodologia utilizada para a organização dos mesmos.

O capítulo quatro, intitulado “Entre a escola e o CAPSi: os efeitos de sentido na atividade de encaminhamento e recepção de crianças e adolescentes”, trata das análises. Nele confrontamos os materiais escritos com os materiais da oralidade e nossas observações, descrevemos os textos da atividade de encaminhamento-recepção e analisamos os discursos e seus efeitos de sentidos atualizados (produzidos) nos ditos dos protagonistas. Refletimos então sobre as características que estabilizam um possível gênero da atividade de encaminhamento e recepção.

Na conclusão, apresentamos as nossas considerações sobre os gêneros discursivos mobilizados no diálogo entre a escola e a atividade de saúde mental. Refletimos sobre a relação escola X saúde, apontamos alguns problemas, limites e avanços do nosso estudo bem como alguns caminhos possíveis para avançar numa compreensão dialógica que possa ajudar no desenvolvimento da situação de trabalho com a saúde mental.

## CAPÍTULO UM

### OS GÊNEROS DO DISCURSO NAS ATIVIDADES HUMANAS

O presente capítulo apresenta autores e escolas que trabalharam com a questão do gênero. Nele revisamos a compreensão do gênero da Idade Clássica às tendências atuais, comentamos aspectos gerais dos gêneros textuais e focalizamos a questão dos gêneros discursivos. Adotamos então a ótica da Lingüística Aplicada às Situações de Trabalho associada à Análise Dialógica do Discurso de tendência bakhtiniana com o propósito de traçar uma aproximação conceitual que correlacione o campo dos discursos da Linguagem com os da Saúde Mental. Introduzimos, ainda, aspectos teóricos relativos ao gênero da atividade e exemplos de pesquisas no campo da Análise Pluridisciplinar das Situações de Trabalho (APST) com o propósito de fazer uma reflexão sobre os gêneros discursivos mobilizados nas esferas da atividade humana e de demarcar os limites conceituais com os quais buscaremos descrever os gêneros discursivos na atividade de Saúde Mental.

Para tanto, organizamos o capítulo do seguinte modo. No item 1.1 retomamos, brevemente, a questão do gênero na história do pensamento lingüístico. No item 1.2 apresentamos a noção de gênero discursivo na perspectiva bakhtiniana. No item 1.3 tratamos da compreensão da palavra *gênero* no campo da atividade da saúde. No item 1.4 Introduzimos a noção de *gênero da atividade* na perspectiva da Lingüística Aplicada às situações de trabalho em associação com a APST e da Clínica da Atividade.

#### 1.1 A noção de gênero na história do pensamento lingüístico

Para a construção deste item realizamos uma revisão bibliográfica de livros e artigos científicos que tratam da noção de gênero no campo na história do pensamento Lingüístico.

As primeiras noções de gênero surgiram na Antigüidade Clássica. Observamos que, de um lado, os estudos se direcionavam à classificação de textos literários; de outro, os estudos se preocupavam com a classificação das tipologias da oratória. Constata-se que a abordagem filosófica dos gêneros é bastante antiga e

foi preocupação primeira da Poética e da Retórica. Teria surgido no campo das reflexões sobre a literatura no período helenístico pela classificação platônica dos gêneros narrativo, misto e dramático e se firmado com as reflexões da poética e da retórica com a classificação aristotélica de gênero narrativo ou gênero dramático.

Segundo Palma (2007: 03), a primeira noção de gênero surgiu na Grécia Antiga, em Atenas, por volta dos séculos V e IV em um contexto sócio-cultural em que predominavam a democracia e as letras e as artes tinham lugar de destaque, sendo o homem considerado o centro do universo. Nessa época, o uso da palavra em público era fundamental para o exercício da cidadania em todas as atividades sociais. De acordo com a autora,

a caracterização, a explicação e a normatização dos gêneros ocorre, pela primeira vez, na Grécia em dois ramos de atividades sócio-culturais - na literatura e na oratória para posteriormente, estenderem-se a outros campos humanos de ação (PALMA, 2007: 03).

De acordo com Aguiar e Silva (1969: 204), a primeira referência teórica ao problema dos gêneros literários encontra-se no livro III de *A República* de Platão. O filósofo classifica a poesia propondo três divisões distintas: *dramática*, *lírica* e *épica*. Mais tarde, ainda segundo Aguiar e Silva, no livro X, Platão desprezará essa distinção focada na multiplicidade e diversidade dos gêneros literários e buscará direcionar sua estética para a universalidade e a unicidade da arte.

Segundo Genette (*apud* PAMA 2006), em Platão, todo poema é visto como uma narrativa de acontecimentos presentes, passados ou futuros podendo apresentar-se como pura narrativa, como *mimese*, ou como narrativa mista, na qual se verifica tanto a presença da narrativa quanto do diálogo. Nessa direção, Platão propõe uma tripartição abrangendo o *gênero mimético* (tragédia e comédia), o *gênero narrativo puro* (ditirambo) e o *gênero misto* (epopéia). Tal classificação é considerada a base da teoria dos gêneros literários e a pedra de toque das reflexões motivadas na poética. Para Genette (id), toda forma de literatura que não seja representação (lírica ou prosa) não pode ser classificada nesse sistema. Irene Machado (2005) compreende a classificação de Platão como “binária, cujas esferas eram domínios precisos de obras representativas de juízos de valor” (id: 151).

É, pois, Aristóteles quem redimensiona a temática dos gêneros em sua *Poética* e em sua *Retórica*. Na *Poética*, realiza uma profunda reflexão acerca da

existência de obras da voz e as caracteriza pelo modo de representação mimética como gêneros literários. Segundo Machado (2005), a primeira voz é a lírica; a segunda voz é a épica e a terceira voz é o drama. Segundo Aguiar e Silva (1969: 204), essa tríade, ainda hoje, direciona o estudo no que diz respeito ao gênero literário. Já na sua retórica, Aristóteles classifica os gêneros orais na sua relação entre a realidade e a representação (MACHADO, 2005: 151).

Quanto à Poética, de acordo com Genette (*apud* PALMA, 2006: 04), Aristóteles diferencia-se de Platão quando apresenta a poesia como mimética e compreende a mimese como a representação da realidade ou da ficção. A poesia é vista como a arte de imitação em verso e para caracterizá-la, ou melhor, classificar os seus gêneros, seria necessário considerar alguns critérios.

Conforme Aguiar e Silva (1969: 205), o primeiro critério diz respeito aos *meios* com os quais se realiza a representação; por isso a pintura utiliza a cor e a música o ritmo e a harmonia. Os meios, segundo Genette (*apud* PALMA, 2006), também representam a expressão em gestos ou palavras, verso ou prosa. O segundo critério concerne aos *objetos*, isto é, às pessoas representadas, como melhores ou piores na média humana. O terceiro e último critério seriam os *modos de imitar*, narrativo e dramático, os quais se caracterizam pela utilização da fala. Trata-se de uma classificação focada na observação das formas vinculadas exclusivamente por meio da voz. Assim, nos gêneros literários encontram-se quatro formas de imitação:

[...] a tragédia, em que o poeta põe em cena personagens superiores caracterizando o gênero dramático superior e a comédia, em que o poeta conta ou põe em cena personagens inferiores caracterizando o dramático inferior. Ao lado desses dois gêneros, a epopéia ou narrativo superior e a paródia ou narrativo inferior (PALMA, 2006: 05).

Conforme Palma (2006: 04), diferindo da classificação platônica, o gênero misto não aparece na classificação aristotélica. Essa diferença, para Genette (1986: 29), diz respeito às diferentes situações de enunciação: “no modo narrativo o poeta fala em seu próprio nome, no modo dramático são as próprias personagens, ou mais exatamente, o poeta disfarçado doutras personagens”. Na concepção de Palma, o ponto de vista do autor indica as reflexões realizadas na atualidade acerca dos gêneros, principalmente, no que concerne às alicerçadas no pensamento bakhtiniano, nas quais os aspectos que constituem o contexto e a interação são

considerados de fundamental importância tanto para a compreensão como para a análise dos mesmos.

Mais precisamente quanto à Retórica, ainda segundo Palma (2006: 03), Aristóteles também contribui para a questão da compreensão dos gêneros com reflexões sobre o reconhecimento e classificação dos discursos em conformidade com as circunstâncias nas quais são produzidos. A arte retórica Aristotélica propõe três gêneros: o gênero jurídico - cuja finalidade é acusar ou defender caracterizado pela persuasão; o gênero deliberativo - que aconselha ou desaconselha, tendo como principal critério a argumentação; e o gênero epidítico - que objetiva elogiar as qualidades ou censurar os defeitos dos cidadãos baseando-se também na argumentação.

Observamos que desde a sua origem no período clássico, os dois paradigmas classificatórios dos modos de apresentar a linguagem sofreram muitas modificações tendo em vista as transformações sócio-culturais e as mudanças nas formas de comunicação advindas com os avanços sociais e tecnológicos.

Citamos ainda uma distinção clássica de gêneros literários que se materializa na teoria dos três estilos característica do período medieval. Como comenta Barthes (*apud* BRANDÃO, 2002), trata-se de classificar a literatura em três gêneros: elevado, médio e humilde. A distinção desses gêneros pelo seu estilo é considerada pela autora, além de literária, também sociológica, uma vez que a classificação leva em conta a escala social na qual as pessoas representadas estão inseridas. Nesse período, começam a se desenhar novas formas de mobilizar a literatura e com isso se abre a possibilidade de formalizar um pensamento sobre a prosa.

Nesse sentido, é importante assinalar que o surgimento da chamada prosa comunicativa que, segundo Machado (2005), abalou o estatuto consolidado pelo imperativo típico da época aristotélica, constituído nos campos da Poética e da Retórica e consolidado nos estudos literários. Segundo a autora:

De modo geral, a emergência da prosa passou a reivindicar outros parâmetros de análise das formas interativas que se realizam pelo discurso. Os estudos que Mikhail Bakhtin desenvolveu sobre os gêneros discursivos considerando não a classificação das espécies, mas o dialogismo do processo comunicativo, estão inseridos no campo dessa emergência. Aqui as relações interativas são processos produtivos de linguagem. Consequentemente, gêneros e discursos passam a ser focalizados como esferas de uso da linguagem verbal ou da comunicação fundada na palavra (id, 2005: 152).

Concordando com Irene Machado, assinalamos que, a partir dos estudos bakhtinianos sobre a poética de Dostoiévski (BAKHTIN, 1929/1961-1962/2005) e principalmente da prosa de Rabelais que recuperaram a cultura popular na Idade Média e no Renascimento (BAKHTIN, 1940/1965/1993), mudou-se a rota dos estudos sobre os gêneros. Pois, para além das formações poéticas, Bakhtin ilumina "a necessidade de um exame circunstanciado não apenas da retórica, mas, sobretudo, das práticas prosaicas que diferentes usos da linguagem fazem do discurso, oferecendo-o como manifestação de pluralidade" (MACHADO, 2005: 152). Passamos, no item seguinte, a tratar dessa nova visão dos estudos dos gêneros, chamados discursivos no enquadre dialógico.

## **1.2 A noção de gênero discursivo na perspectiva da teoria bakhtiniana**

Na atualidade, o pensamento de Bakhtin tem grande influência sobre os estudos relacionados à linguagem. O campo da chamada Metalingüística Enunciativa, instituído com o livro *Marxismo e Filosofia da Linguagem* (BAKHTIN, 1929/2004) e conhecido como da Análise Dialógica do Discurso, ressalta a necessidade de uma análise das práticas que constituem os discursos nos mais diferentes usos da linguagem. Entretanto, vimos que foi a partir da Literatura, de um estudo dialógico das obras de Rabelais e Dostoiévski, que Bakhtin elaborou o seu conceito de gêneros discursivos. Na sua teoria dialógica, cada esfera da atividade humana organiza seus "tipos relativamente estáveis de enunciados" (BAKHTIN, 1952-1953/2003: 279), ou seja, cada enunciado é típico de uma determinada organização social da linguagem que caracteriza um gênero do discurso.

Partindo de uma concepção social do sentido, no seu ensaio sobre o problema e a definição dos gêneros do discurso (id), faz reflexões inovadoras que apontam para a necessidade de estudos dos diferentes usos da linguagem. Esses usos se diferenciam de acordo com o contexto histórico-cultural de cada comunidade. Ou seja, "cada época e cada grupo social tem seu repertório de formas de discurso" na comunicação social (BAKHTIN 1925-1927/2004: 45). Assim sendo, os gêneros do discurso estão vinculados às relações sociais estabelecidas em uma determinada época e em uma comunidade lingüística específica.

Bakhtin (1952-1953/2003: 261) esclarece que todos os campos das atividades humanas estão relacionados com o uso da linguagem e que as formas de utilização

se modificam de acordo com cada campo de atividade. Esse uso se efetua por meios dos enunciados, que são concretos e únicos e refletem determinadas condições e finalidades específicas de cada campo. Comentando sobre a relação intrínseca entre linguagem e atividade, o estudioso alerta quanto à diversidade dos gêneros:

A riqueza e a diversidade dos gêneros do discurso são infinitas porque são inesgotáveis as possibilidades da multiforme atividade humana e porque em cada campo dessa atividade é integral o repertório de gêneros do discurso, que cresce e se diferencia à medida que se desenvolve e se complexifica um determinado campo (BAKHTIN, 1952-1953/2003: 262).

Em outras palavras, as diversas atividades sociais exercidas pelas diversas comunidades lingüísticas estão relacionadas com as diversas formas de produções de linguagem. Pode-se dizer que os gêneros abrangem a utilização da linguagem em todas as suas modalidades (orais e escritas). Por isso, o teórico russo os classifica em primários e secundários. Os primeiros pertencentes à vida cotidiana são, freqüentemente, mais orais e têm uma relação estreita com o contexto sócio-discursivo mais imediato. Os segundos, pertencentes ao campo da comunicação mais elaborado culturalmente, muitas vezes absorvem e transformam os primeiros. Mas os primeiros também podem ser influenciados pelos segundos. Assim, percebe-se que há uma relação de mútua influência, de interdependência entre os gêneros.

Discutindo sobre o vínculo existente entre os gêneros e as atividades humanas abordado pelo pensamento bakhtiniano, Fiorin (2006: 61) comenta que não produzimos enunciados fora das esferas de ação. Ou seja, o nosso dizer e o nosso agir são mobilizados de acordo com os objetivos e a contextualização específica das esferas – esferas da escola, do trabalho hospitalar, por exemplo. Além disso, as ações com a linguagem não acontecem no vazio, elas acontecem na interação por meio de enunciados específicos de cada campo de utilização da linguagem. Pode-se afirmar que os gêneros se constituem na inter-relação entre a linguagem e todos os aspectos da vida. Por isso, de acordo com o pensamento bakhtiniano, apreendemos a realidade por meio dos gêneros. À medida que participamos das atividades sociais, apreendemos as formas de fazer e de dizer socialmente.

No caso específico do nosso trabalho, o campo de ação é a Saúde Mental

direcionada às crianças em idade escolar. Tais ações se materializam em um contexto de mudanças nas políticas, teorias, práticas e discursos na assistência às crianças e a todos que passam pela experiência do sofrimento psíquico.

Fiorin (idem: 63) assinala que a proposta do estudioso russo não é de catalogar os gêneros descrevendo cada estilo, cada estrutura composicional, cada conteúdo temático - aspectos que constituem o todo do enunciado. Uma vez que, primeiro, para Bakhtin, tanto a diversidade dos gêneros é infinita tendo em vista as inúmeras possibilidades da ação humana como cada campo de ação abrange um repertório significativo de gêneros. Por exemplo, na escola teríamos os gêneros aula, reunião de professores, reunião de pais etc.; no campo da saúde (no CAPS) teríamos os gêneros acolhimento, consulta, visita domiciliar, oficinas terapêuticas, reunião clínica etc. E segundo, porque o que é fundamental, na idéia de Fiorin(id) , é a compreensão do processo de emergência e de estabilização dos gêneros a qual está intrinsecamente relacionada com uma esfera da atividade.

Para Bakhtin, os gêneros podem ser definidos com tipos *relativamente* estáveis de enunciado e, de acordo com Fiorin (id), o termo *relativamente* significa que não há nenhuma normatividade nesse conceito e que é necessário levar em conta a historicidade dos gêneros. Ou seja, as características e as fronteiras dos gêneros não são fixas, eles mudam constantemente já que há uma dinamicidade nas atividades humanas. Dito de outra forma, à medida que as esferas de atividades se transformam, os gêneros também mudam e se renovam.

Para Machado (2005: 157), o teórico russo enfatiza a importância do contexto comunicativo para assimilação do repertório das formas estáveis de enunciados das quais é possível dispor para efetuar uma mensagem específica. O que significa dizer que os gêneros discursivos são formas comunicativas apreendidas nos processos de interação vivenciados pelos sujeitos situados sócio-culturalmente no percurso da vida e não formas prontas descontextualizadas, apreendidas em manuais.

Machado (id: 158) destaca a “entonação expressiva” como uma característica específica do enunciado. É a entonação que dá ao gênero discursivo o caráter de uma forma enunciativa dependente mais do contexto comunicativo e da cultura do que da palavra propriamente dita. Também assinala que, antes de tudo, os gêneros são elos de uma cadeia que une e dinamiza as relações entre as pessoas ou vários sistemas de linguagens, não se restringindo, assim, entre interlocutor e receptor. Dessa forma, devem ser pensados sempre na dimensão do espaço-tempo, uma vez

que todas as formas de representação configuradas pelos gêneros são orientadas pelas relações de espaço (social) e tempo (histórico). Daí a autora defender que o gênero, na teoria do dialogismo, está presente na cultura e

em relação a qual se manifesta como “memória criativa” onde estão depositadas não só as grandes conquistas da civilizações, como também as descobertas significativas sobre os homens e suas ações no tempo e no espaço (MACHADO, 2005: 159).

Ou seja, a existência do gênero para Bakhtin (2005: 106) está estreitamente vinculada à realidade social dada e ao mesmo tempo em que reage às mudanças no âmbito social, sempre “recorda seu passado, seu começo”.

No que se refere à noção de gêneros e sua relação com o dialogismo, Marchezan (2006: 118-119) diz que os diálogos sociais não se repetem, mas também não são completamente novos, sempre apresentam marcas históricas e sociais específicas de uma dada cultura, de uma determinada sociedade. É, portanto, por meio dos gêneros que se apreende a razoável estabilidade de tais diálogos. Em outras palavras, apreendem-se as formas de comunicação mais ou menos estabilizadas que constituem o contexto histórico, social e cultural por meio dos gêneros. Para a autora, a noção de gênero pode ser explicada pela dinamicidade e pela heterogeneidade da vida social. E o diálogo é a unidade primeira considerada por Bakhtin para a classificação dos gêneros primários e secundários. Os secundários, caracterizados por diálogos mais amplos e institucionalizados, têm como base os primários, caracterizados por diálogos mais espontâneos experimentados no dia-a-dia. Moura-Vieira e Faïta (2003a) assinalam que ambos primários e secundários são complexos.

Faïta (1997) realiza uma reflexão profunda sobre a noção de “gênero discursivo” em Bakhtin, enfocando-o como ponto de ruptura com a estilística e a lingüística saussureana. Saussure (1969/1997) busca o sentido, considerando apenas as unidades do sistema da língua evitando a orientação social de qualquer enunciado e apagando o sujeito, compreendido como dispendo de um grau considerável de responsabilidade frente ao processo de construção do sentido. No paradigma Bakhtiniano, constituído em torno da noção de gêneros do discurso, o sujeito não é único nem tampouco o único responsável por esta construção. Trata-se, portanto, de um novo modo de olhar os nossos objetos de pesquisa. A mudança

para o olhar dialógico de um sujeito bakhtiniano (o outro) coloca em xeque a restrita visão de sujeito egocêntrico (o eu) como forma de análise lingüística frente aos objetos de estudo. Passa-se a perceber os objetos pela óptica que considera os sujeitos situados socialmente nas suas relações com outros de si mesmo e com outros sujeitos e com a comunidade sociodiscursiva da qual fazem parte. Leva em conta, dentre outros aspectos, o comportamento verbal, e, principalmente, o extraverbal daqueles que compartilham o mesmo horizonte social.

Discorrendo sobre a necessidade de se estudar a natureza do enunciado nos mais variados campos da atividade humana, Bakhtin (1952-53-2003: 265) enfatiza que “a língua passa a integrar a vida através de enunciados concretos (que a realizam); é igualmente através de enunciados concretos que a vida entra na língua”. Diferentemente da oração e da frase, o enunciado é *a unidade real de comunicação discursiva* que remete a uma realidade concreta, possui um autor expressa sua atitude emotivo-valorativa em relação tanto ao objeto do seu discurso quanto ao seu interlocutor.

Para Bakhtin (id: 279 – 280), uma das principais características do enunciado é a alternância dos sujeitos do discurso na qual “o falante termina o seu enunciado para passar a palavra ao outro ou dar lugar à sua compreensão ativamente responsiva”. Outra característica é a conclusibilidade específica através da qual é possível perceber que “o falante disse tudo o queria dizer em dado momento ou sob dadas condições”. O autor assinala que o mais importante critério da conclusibilidade é a possibilidade de resposta ou de uma atitude responsiva. Um dos fatores que determinam a conclusibilidade do enunciado e proporciona uma posição responsiva é o querer-dizer do falante como afirma abaixo:

Em cada enunciado – da réplica monovocal do cotidiano às grandes e complexas obras de ciência ou de literatura – abrangemos, interpretamos, sentimos a intenção discursiva de discurso ou a vontade discursiva do falante, que determina o todo do enunciando, o seu volume e as suas fronteiras. Imaginamos o que o falante quer dizer e com essa idéia verbalizada, essa vontade verbalizada (como a entendemos) é que medimos a conclusibilidade do enunciado. Essa idéia determina tanto a própria escolha do objeto (em certas condições de comunicação discursiva, na relação necessária com os enunciados antecedentes) quanto os seus limites e a sua exauribilidade semântico-objetal [...] (BAKHTIN, 1952-53-003: 281).

O teórico russo explica, em seguida, que esse querer-dizer se concretiza

quando o falante escolhe “um certo gênero do discurso”. Essa escolha é determinada em função da especificidade de cada campo da comunicação discursiva, das necessidades temáticas, da situação concreta de comunicação discursiva e pelo conjunto dos participantes. Em seguida, o falante adapta seu querer dizer com toda a sua individualidade e subjetividade ao gênero do discurso escolhido. O diálogo diz respeito à relação do enunciado com o próprio falante e com outros participantes da comunicação discursiva. Dito de outra maneira, as relações e situações sociais nos mais variados contextos de comunicação são determinantes para manifestação de um gênero ou de outro. Assim, para o autor, “todo enunciado é um elo na cadeia da comunicação discursiva e representa a posição ativa do falante em um determinado campo do objeto e do sentido” (id: 289).

Outro elemento constitutivo do enunciado determinante para a composição e o estilo diz respeito à expressividade. Trata-se da posição “emocionalmente valorativa do falante” frente ao objeto e ao sentido do seu enunciado. A expressividade está presente em qualquer manifestação discursiva e não é uma característica da língua enquanto sistema, mas do enunciado concreto. Por isso,

[...] Quando escolhemos as palavras no processo de construção de um enunciado, nem de longe as tomamos sempre do sistema da língua em sua forma neutra *lexicográfica*. Costumamos tirá-las de *outros enunciados* e antes de tudo de enunciados congêneres com nosso, isto é, pelo tema, pela composição, pelo estilo; conseqüentemente, selecionamos as palavras segundo sua especificação de gênero [...]. No gênero a palavra ganha certa expressão típica. Os gêneros correspondem a situações típicas da comunicação discursiva, a temas típicos, por conseguinte, a alguns contatos típicos dos *significados* das palavras com a realidade concreta em circunstâncias típicas (BAKHTIN [1952-53] 2003: 293).

Todo enunciado deve ser visto, sobretudo, como uma *resposta* aos enunciados precedentes e é a expressividade que marca a relação do falante com os enunciados do outro. Considerando que todo enunciado é pleno de *tonalidades dialógicas*, o autor assinala que um estudo mais aprofundado de qualquer enunciado nas suas situações concretas de comunicação discursiva revela uma série de palavras do outro.

O *direcionamento* do enunciado (a quem se dirige) também é um aspecto constitutivo de fundamental importância. Todo falante (ou escritor) percebe e imagina seu(s) destinatário(s) e disso depende a composição e, principalmente, o

estilo do enunciado (id: 301).

O estilo de qualquer enunciado leva em conta o interlocutor e a sua possibilidade de recepção, percepção, aspectos que determinam a escolha do gênero como observa o autor:

Ao falar, sempre levo em conta o fundo aperceptível da percepção do meu discurso pelo destinatário: até que ponto ele está a par da situação, dispõe de conhecimentos especiais de um dado campo cultural da comunicação; levo em conta as suas concepções e convicções, os seus preconceitos (do meu ponto de vista), as suas simpatias e antipatias – tudo isso irá determinar a ativa compreensão responsiva do meu enunciado por ele. Essa consideração irá determinar [...] a escolha do gênero do enunciado, e a escolha dos procedimentos composicionais e, por último, dos meios lingüísticos, isto é, o estilo do enunciado (BAKHTIN [1952-53] 2003: 302).

A partir dessas reflexões, entende-se que cada grupo social se organiza nos limites da sua realidade concreta através dos gêneros do discurso, em função da sua diversidade cultural, política, econômica. Ou seja, os gêneros orientam as nossas práticas na vida e no discurso.

Considerando a relação de interdependência entre as atividades humanas e as atividades de linguagem abordada no pensamento bakhtiniano, no item 1.3 falaremos um pouco da noção de gênero no campo da atividade da saúde, pois é na tensão entre a escola e a saúde que estudaremos nosso objeto.

### **1.3 A questão dos gêneros nas atividades do campo da saúde**

No campo da saúde propriamente dito, ou seja, no espaço de trabalho com a saúde humana, a noção de gênero, tradicionalmente, se restringe a questão da classificação sexual, masculino e feminino. Tal tendência pode ser verificada, por exemplo, no excerto abaixo, extraído de um manual dirigido a cuidados em saúde:

Para tornar-se homem ou mulher é preciso submeter-se a um processo que chamamos de socialização do gênero baseado nas expectativas que a cultura tem em relação a cada sexo. Dessa forma, a identidade sexual é algo construído, que transcende o biológico (SARACENO et al., 1994: 29).

Em outras palavras, o sentido do termo gênero é visto como as estabilidades físicas que tipificam a sexualidade. No entanto, há trabalhos acadêmicos que

avançam na concepção genérica na direção de incorporar nas suas reflexões algumas dimensões de gênero do discurso.

Tais reflexões podem ser verificadas em Telles & Alvarez (2004: 69) ao discutir as noções de trabalho prescrito e normas antecedentes, como dizendo respeito ao conjunto de condições exigidas para a realização do trabalho real que se agrupam em determinado espaço de generalização. As autoras chamam atenção sobre um estudo de Brito (1999), no qual as configurações verificadas no trabalho prescrito estão vinculadas às questões do gênero como sexo não apenas biológico, mas do ponto de vista de um conjunto de sentidos. Trata-se de uma prescrição alicerçada na ideologia que naturaliza qualidades e características femininas. As autoras esclarecem que há um nível de prescrição de um trabalho que se naturaliza e se materializa na configuração de espaços e instrumentos específicos para uso de homens ou mulheres. Nesse sentido, o uso de máquinas, por exemplo, marca papéis e predetermina critérios de seleção pessoal. Há também outro nível de prescrição que não se limita aos objetos e normas e precisa ser considerado:

um aspecto imaterial presente nos mitos construídos sobre a natureza feminina (docilidade e adaptação a qualquer situação, realização de atividades repetitivas e em cadência acelerada sem dificuldade, habilidade e paciência para a realização de trabalhos minuciosos) com os quais as mulheres são levadas a se identificar para garantir a sobrevivência (TELLES & ALVAREZ, 2004:70).

Concordando com as autoras, esse tipo de prescrição estabelecido pela hierarquia se organiza seja de forma escrita e/ou oral, desconsiderando os esforços exigidos a qualquer trabalhador não só para a realização como também para a adaptação ao trabalho, e concebe o trabalho como “simples” ou fácil quando relacionado a aspectos concernentes ao gênero feminino.

Especificamente, com relação a pesquisas que realizam uma Análise pluridisciplinar das Situações de trabalho, Brito (2004) apresenta uma importante reflexão sobre a saúde do trabalhador partindo da abordagem ergológica, para a qual considera importante o diálogo entre os saberes de várias disciplinas. Trata-se, segundo a autora, de um enfoque diferente sobre a saúde do trabalhador, desenvolvido no Brasil no interior da saúde coletiva e a partir da luta dos trabalhadores pelo direito à saúde no trabalho (id: 92). Essa nova proposta de assistência em saúde estuda as relações entre a atividade e a saúde, partindo do

*processo de trabalho* e considerando a experiência e a subjetividade do trabalhador como fundamental no processo de levantar efeitos de sentido. Para dar conta de envolver os protagonistas da atividade os convida a participar de dispositivos metodológicos dialógicos e de ações que buscam compreender as relações sociais que determinam a realização do trabalho.

Ao comentar uma pesquisa de Mendes e Dias, Brito (2004) visualiza uma noção de saúde que busca reconhecer o trabalho como dinâmico e dialógico, levando em conta a coletividade nos seus espaços sociais, para compreender como se dá o processo de adoecimento e modificar o processo de trabalho. Entende que tal proposta se filia a um paradigma contrário à concepção tradicional de causalidade (causa-efeito) que percebe a doença relacionando-a a um grupo de fatores de risco presentes no ambiente de trabalho.

Tal visão dialética e dialógica possibilita que novos sentidos permeiem os discursos e as práticas no que se refere à compreensão dos cuidados nos serviços voltados para a saúde do trabalhador. Percebe-se a indicação de um novo gênero de fazer pesquisa na área da saúde coletiva associada à análise pluridisciplinar das situações de trabalho. Trata-se de uma mudança na temática da saúde, cujos princípios se baseiam “na interdisciplinaridade e a participação dos trabalhadores nos estudos, como portadores de um saber sobre o processo saúde/doença no trabalho” (id: 94).

Assinalamos que também no campo da saúde o conceito bakhtiniano de gênero tem se mostrado como um desafio para ser operacionalizado, pois ajuda no entendimento dos efeitos de sentido que uma atividade vai desenvolver a partir dos gêneros do discurso ali engendrados.

A seguir, apresentaremos a questão de como compreender o vínculo entre a atividade humana e as práticas languageiras no âmbito do trabalho. Tal desafio se materializa em uma proposta de perceber um gênero da atividade ao se realizar uma pesquisa nos limites da APST e da Clínica da Atividade.

#### **1.4 A noção de gênero da atividade na análise da situação de trabalho**

De acordo com as reflexões bakhtinianas, as realizações das ações humanas envolvem as trocas verbais (atividades de linguagem) e as atividades (sociais) em si mesmas. Ambas materializam sentidos e valores somente em um contexto concreto,

vivido, situado historicamente. Se pensarmos nas atividades de trabalho como “esferas discursivas das atividades humanas”, é de se esperar que essas esferas da atividade se apresentem repletas de gêneros do discurso. Os chamados gêneros do discurso que caracterizam a atividade são mobilizados nas interações dialógicas que concretizam as relações de trabalho e são de fundamental importância para compreendermos o desenvolvimento de qualquer atividade humana.

É com base na concepção de gênero discursivo, aplicada ao estudo específico de uma atividade de trabalho, que foi desenvolvida a noção de gênero da atividade por Clot & Faïta (2000: 10). Tal noção diz respeito às formas de agir e de pensar culturalmente estabilizadas nos meios de trabalho, podendo ser ao mesmo tempo repensadas, retrabalhadas, renormalizadas - a depender da realidade e das necessidades exigidas nesses meios.

Os gêneros da atividade caracterizam os saberes sobre o trabalho a partir dos quais o coletivo lança mão como recursos languageiros que transformam e concretizam a atividade. Tais recursos estão relacionados à memória histórica e cultural do meio profissional, as normas estabelecidas que regem a atividade, ao uso dos recursos técnicos específicos do seu *métier* e aos aspectos subjetivos que envolvem as formas de fazer de cada trabalhador, que, numa constante, opera com o aprendizado de suas experiências.

Compreende-se, assim, que as práticas do saber fazer no espaço profissional, ou seja, as formas características e relativamente estáveis de conduzir a atividade são moldadas no movimento dialógico dos protagonistas nas suas relações de trabalho. Os trabalhadores operam no curso de suas ações, com recursos de linguagem comuns e necessários para o exercício profissional e o desenvolvimento dos sentidos aí produzidos, os quais concretizam a atividade.

Para Faïta e Clot (id), a noção gênero da atividade está atrelada à noção de gênero do discurso. O gênero da atividade é específico de cada situação de vivência de uma atividade e possui certa estabilidade, reafirmada pela memória histórica e cultural, podendo ao mesmo tempo, ser adaptado, renovado de acordo com o contexto real de determinado ambiente social de trabalho. Os estudiosos concebem o gênero da atividade, como sendo a porção, de alguma forma, subentendida, esperada e reconhecida da atividade pelos trabalhadores de um ambiente específico de trabalho, os quais compartilham o mesmo universo profissional.

Faïta (2005: 105) ressalta que os gêneros da atividade servem de recurso frente à incerteza de garantia contra o risco de realizar uma atividade de forma errada e alerta:

Eles não podem, portanto, ser confundidos com as normas ou as prescrições, na medida em que, criados pelo meio e difundidos por ele, eles funcionam como marcos, recursos para realizar e então igualmente como formas do fazer com as normas e prescrições.

Para melhor explicitar a ampla dimensão dessa noção, Clot & Faïta (2000), um psicólogo e um lingüista que são analistas da atividade, sugerem pensar o gênero da atividade a partir de uma pré-noção: a de *gênero de técnicas* que comporta as normas de uso das técnicas específicas de um determinado meio de trabalho. O gesto profissional de um trabalhador é percebido como uma arena de sentidos que detém tanto a individualização como a estabilização das técnicas tanto corporais quanto mentais.

De acordo com Clot (1999) e Clot & Faïta (2000), o gênero da técnica interliga a “operacionalidade formal e prescrita dos equipamentos materiais e as maneiras de agir e pensar de um meio”. Tal gênero dispõe de mecanismos que orientam as atitudes frente aos objetos. Todavia, esses atos são guiados por um gênero de discurso.

Nesse sentido, os autores defendem que os gêneros de discurso e os gêneros de técnicas constituem juntos o que se pode chamar de *Gênero da Atividade*. É, pois, a natureza do gênero da técnica que dá sustentação para o enfrentamento dos acontecimentos inesperados do real, sendo composto de

[...] antecedentes ou pressupostos sociais da atividade em curso, uma memória impessoal e coletiva que dá seu conteúdo à atividade pessoal em situação: maneiras de realizarem-se, maneiras de dirigirem-se, maneiras de começar uma atividade e de terminá-la, maneiras de conduzi-la eficazmente ao seu objeto (CLOT & FAÏTA, 2000:12).

Os autores (2000:13) também se referem à outra noção complementar que chamam de *gênero profissional*, compreendido como um conjunto de ações, de enunciações e de conceitos práticos “pré-fabricados”, de formas estabelecidas de comportamento dos membros do coletivo nas relações sociais e nas maneiras aceitáveis de trabalhar, formando uma memória que disponibiliza as condições para

a prática de uma atividade.

Para Moura-Vieira (2002: 161), as duas pré-noções de gênero, da técnica e gênero profissional, estão “engajadas no âmbito do gênero da atividade”. O primeiro, gênero da técnica, diz respeito aos recursos técnicos necessários para que um trabalhador realize uma ação. Já o segundo, gênero profissional, diz respeito ao patrimônio de domínio das representações para as quais o coletivo “vai lhe conferindo um lustro social”. Na concepção do autor, o gênero da atividade é o universo maior que envolve microesferas da atividade, como gênero da técnica e profissional (do *métier*), mas representa somente uma parte do complexo arcabouço do funcionamento dos gêneros sociais.

Moura-Vieira (2002: 162-163) reflete ainda sobre a dificuldade de elaborar uma definição que dê conta de estabilizar um conceito para “gênero da atividade”. Tal dificuldade seria correlata à discussão da relação dos gêneros primários com os gêneros secundários em Bakhtin. Na opinião do referido autor, o gênero da técnica se aproxima dos gêneros primeiros que são inevitavelmente “confundidos com a atividade, já que eles formam sua substância nas trocas verbais ao mesmo tempo em que guiam sua progressão a partir dos diálogos, encadeamentos, rupturas, dos quais os interlocutores se utilizam”. Já os gêneros profissionais se aproximam dos gêneros segundos que,

com sua vocação à ‘generalização’, [...] suportam os diferentes processos de abstração, conceitualização, metadiscursividade etc e são, de qualquer forma, a emanação dos primeiros no funcionamento e na circulação dos quais eles procedem (MOURA-VIEIRA), 2002: 163)

Discutindo sobre a aproximação semântica das noções de “gêneros de discurso” e “gêneros da atividade”, Faïta (2002: 132) observa que o trabalhador faz uso de enunciações que o constituem para dizer sobre sua experiência profissional como forma de reconstrução dessa experiência, e, assim, ele indica a possibilidade de se pensar um espaço da palavra como instrumento da ação. Ele reforça sua idéia, citando a hipótese das “formas” homólogas do conteúdo não linguageiro da atividade de Astier. Segundo Faïta, é no fazer a atividade sem precisar explicá-la, sem ter palavras para falar dela, mas viver o diálogo de fazê-la acontecer no real, “onde o gênero (pode) aparecer como resultado da história das experiências dos atores sucessivos das situações de trabalho”.

Conforme Moura-Vieira (2003a: 209), Faïta “esboça a noção de “gênero da atividade” conectada à de “gênero do discurso” para dar conta de explicitar a presença de um gênero imediato das trocas verbais que é, a um só tempo, histórico, subjetivo e referencial”. Entende-se que os protagonistas dos meios de trabalho operam com a atividade de linguagem, produzindo, dessa maneira, efeitos de sentido no curso e na efetividade das ações em si mesmas. Os modos de fazer e dizer no cotidiano de trabalho concretizam a atividade.

É importante assinalar que ao se estudar uma atividade de trabalho específica, como a de saúde mental, em uma pesquisa de campo, como a que realizamos no CAPS, a primeira aproximação descritiva que a observação permite é com a globalidade dos gêneros da atividade presentes na esfera discursiva. No momento das análises, teremos a possibilidade de esboçar ou instituir um gênero do discurso propriamente dito.

Neste capítulo realizamos uma revisão bibliográfica de teorias, trabalhos científicos e pesquisas que tratam das noções de gênero no campo da história do pensamento lingüístico, da Análise Dialógica do Discurso e da Lingüística Aplicada as Situações de trabalho, bem como na atividade da saúde. No capítulo seguinte apresentamos a história e os contextos da psiquiatria e da saúde mental.

## CAPÍTULO DOIS

### HISTÓRIA E CONTEXTOS DA PSIQUIATRIA E DA SAÚDE MENTAL

Estabelecemos nos capítulos anteriores que a nossa pesquisa tem como enfoque central os gêneros do discurso circulantes na atividade de trabalho do campo da Saúde Mental na interseção com a situação de crianças que são encaminhadas pela escola para um Centro de Atenção Psicossocial na expectativa de uma avaliação e diagnóstico biopsicossocial. Compreendendo que essa situação complexa entre a saúde mental e a educação se concretiza pela atividade de linguagem na esfera do trabalho psíquico ou psiquiátrico, não podemos deixar de associar essa prática ao seu contexto histórico, social e cultural.

Dessa maneira, neste capítulo, contextualizamos as formas pelas quais a loucura foi percebida ao longo da história. Realizamos uma revisão bibliográfica sobre o surgimento da psiquiatria, a reforma psiquiátrica e os sentidos que construíram as mudanças no âmbito da saúde mental. Apresentamos os paradigmas no contexto atual dos serviços substitutivos de assistência psicossocial, contrários ao modelo da psiquiatria tradicional.

Nosso interesse é realizar uma revisão de fatos e idéias que nos possibilite trabalhar no capítulo seguinte, o capítulo das análises, com os valores ideológicos e as formações discursivas investidas na instituição de cuidados àqueles que padecem de sofrimento psíquico. Para tanto, no item 2.1, fazemos uma revisão sobre a história da loucura e o nascimento da psiquiatria. No item 2.2 apresentamos o movimento da Reforma Psiquiátrica e, no item 2.3, falamos do CAPSi e da proposta dos serviços substitutivos ao asilo.

#### **2.1 A loucura e a história da psiquiatria**

Na história ocidental, a experiência da loucura nem sempre foi percebida como uma doença que ocupasse um lugar social de segregação, periculosidade ou incapacidade. Na antiga Grécia, por exemplo, essa experiência era percebida como um privilégio, uma vez que alguns homens tinham, através do delírio, acesso às verdades divinas (SILVEIRA e BRAGA, 2005: 592).

Foucault (1972/2005), na sua obra “História da loucura na Idade Clássica”, realiza um estudo de fundamental importância acerca da loucura no contexto histórico europeu da Idade Média à Idade Clássica, concentrando-se, mais especificamente, no período clássico. O autor discorre sobre os saberes e as práticas construídos em volta da loucura, correlacionando a organização da sociedade no que diz respeito aos imperativos do trabalho com os poderes e os saberes que construíram historicamente a intervenção da medicina e reduziram a experiência da loucura à “doença mental”. A experiência do adoecimento psíquico esteve, durante muito tempo, relacionada com a consciência crítica. Nesse sentido, pode-se depreender que a razão e a loucura eram consideradas intimamente relacionadas, uma implicava a outra. Mas, essa relação entre misticismo e racionalidade foi se rompendo ao longo desse período.

Na Idade Clássica começou a existir um distanciamento entre as artes plásticas e literárias que, inicialmente, significavam a loucura como uma forma de tentação que caracterizava os vícios e os defeitos dos homens. Entretanto, o significado da loucura no mundo moral continuava veiculado pela imagem e pela palavra, mas seguindo por diferentes caminhos. As imagens fascinavam por serem carregadas de significações e, ao mesmo tempo, por apresentarem a loucura como “uma espécie de desatino”. Já nas produções literárias dessa mesma época, a experiência da loucura, embora atraindo atenção, não chegava a ser referência.

Assim sendo, o espaço entre a experiência mística e a consciência crítica se fortaleceu no horizonte social da Renascença e a loucura gradativamente passou a simbolizar o mal, no sentido representativo, de todas as fraquezas humanas. A experiência mística da loucura transforma-se em experiência trágica. Em outras palavras, a loucura é tomada como a miséria da perda da razão.

Percorrendo o texto de Foucault, percebemos que o lugar social ocupado pela loucura na contemporaneidade começou a ser construído desde o final da Idade Média quando a lepra desaparece do mundo ocidental e os bens dos leprosários são transferidos para os hospitais que, em seguida, são “povoados” pelos considerados “loucos incuráveis”. Dessa forma, o lugar social de exclusão, antes ocupado pelos leprosos, foi ocupado pelos “insanos” tal como afirma o autor:

Fato curioso a constatar: é sob a influência do modo de internamento, tal como ele se constituiu no século XVII, que a

doença venérea isolou, numa certa medida, de seu contexto médico e se integrou, ao lado da loucura, num espaço moral de exclusão. De fato, a verdadeira herança da lepra não é aí que deve ser buscada, mas sim num fenômeno bastante complexo, do qual a medicina demorará para se apropriar (FOUCAULT, 1979/2005: 8).

Nesse caso, o espaço de segregação ocupado pelos leprosos no período medieval não foi herdado pelos doentes venéreos, mas pelas vítimas do “fenômeno da loucura”. No capítulo segundo da referida obra, “A Grande Internação”, o filósofo assinala que o surgimento das casas de internamento se dá em toda a Europa no século XVII (FOUCAULT, 1979/2005: 48), constituindo uma “estrutura de exclusão” que perdura até os nossos dias. Os alicerces de tal estrutura, fundados em meados do século XVII, foram determinantes para o surgimento, um século e meio depois, da psiquiatria moderna. Foi sob a égide dos poderes monásticos e eclesiásticos absolutistas que o espaço do internamento é elaborado suscitando a segregação, dando à loucura, no dizer de Foucault (id), “uma nova pátria”.

Em suas origens, segundo o autor, o internamento teve o mesmo sentido em toda a Europa. Trata-se de uma das respostas dadas pelo século XVII a uma crise econômica que afetou o mundo ocidental. Dessa maneira, os que eram considerados inaptos para o trabalho como os vagabundos, velhos, miseráveis e loucos, antes escorraçados das cidades, com a criação de Casas e Hospitais de caridade, eram presos para não perturbarem a ordem pública. No entanto, fora da crise, a prática da internação tem outra função: a repressão. Tratava-se não mais de prender os sem trabalho, mas de dar trabalho aos que foram presos, fazendo-os servir, com isso, à prosperidade de todos (id: 65 - 67).

É necessário esclarecer que os hospitais quando criados não tinham finalidade médica, eram instituições destinadas aos pobres, cujo objetivo era abrigar os excluídos fossem homens ou mulheres, doentes, velhos, mendigos, loucos. Muitas vezes esses “miseráveis” eram encaminhados por uma autoridade real ou judiciária (id: 49). Todos, portanto, eram vítimas do poder absolutista da época. O texto do filósofo mostra que entre o poder real, a burguesia, a igreja e o poder judicial, havia muita cumplicidade tanto na criação como na organização dessas instituições. Entendendo que, no início, essas instituições funcionavam como mecanismo de controle social, Foucault assinala:

É evidente que o internamento, em suas formas primitivas, funcionou como mecanismo social, e que esse mecanismo atuou sobre uma área bem ampla, dado que se estendeu dos regulamentos mercantis elementares ao grande sonho burguês de uma cidade onde imperaria a síntese autoritária da natureza e da virtude. Daí supor que o sentido do internamento se esgota numa obscura finalidade social que permite ao grupo eliminar os elementos que se lhe são heterogêneos ou nocivos. O internamento seria assim a eliminação dos “a-sociais” [...] (FOUCAULT, 1979/2005: 79).

Observa-se que a experiência da loucura está, portanto, desde o século XVII, vinculada ao espaço negativo da exclusão. E é nesse mesmo espaço que o médico francês Philippe Pinel encontra, no final do século XVIII, os acorrentados de *Bicêtre*. Trata-se de um estabelecimento que foi criado como “casa dos pobres” e que antes da Revolução Francesa abrigava, dentre uma população diversa, os chamados loucos. Após a Revolução Francesa em *Bicêtre*, também foram internados prisioneiros políticos (id: 463).

Pinel separou “os alienados” dos outros internos e instituiu o “isolamento terapêutico” como critério principal para observar minuciosamente os *sinais exteriores* da “doença”. A partir da descrição dos sintomas, ele classificou suas manifestações de acordo com os métodos das ciências naturais. *Bicêtre* tornou-se, durante esse período, o mais importante centro de hospitalização para os chamados insensatos.

É, pois, no século do Iluminismo, onde a racionalidade atinge lugar de destaque, que a experiência da loucura é transformada, sob a ótica positivista, em doença, ou seja, em insanidade mental, e os “loucos”, percebidos socialmente como perigosos, inconvenientes, “a-sociais”, são internados sob jurisdição do estado. A esse respeito, assinala o autor:

Um dos constantes esforços do século XVIII consistiu em ajustar a velha noção jurídica de “sujeito de direito” com a experiência contemporânea do homem social. Entre ambas o pensamento político do Iluminismo postula ao mesmo tempo uma unidade fundamental e uma reconciliação sempre possível sobre todos os conflitos de fato. Estes temas conduziram silenciosamente à elaboração da noção de loucura e à organização das práticas que lhe dizem respeito. A medicina positivista do século XIX [...] admitirá como algo já estabelecido [...] o fato de que a alienação do sujeito de direito pode e deve coincidir com a loucura do homem social, na unidade de uma realidade patológica que é ao mesmo tempo analisável em termos de direito e perceptível às formas mais imediatas da sensibilidade social. A doença mental, que a medicina

vai atribuir-se como objeto, se constituirá lentamente como a unidade mítica do sujeito juridicamente incapaz e do homem reconhecido como perturbador do grupo [...] (FOUCAULT, 1979/2005: 131).

Constata-se que o fenômeno da loucura, apreendido como doença, logo se torna objeto do saber médico no horizonte da experiência positivista, marcando, assim, o nascimento da psiquiatria e objetivando a existência do indivíduo “alienado”, como discorre o autor na citação abaixo:

[...] A eventualidade de estar louco, para o homem, e a possibilidade de ser objeto se encontram ao final do século XVIII, e este encontro deu nascimento ao mesmo tempo [...] aos postulados da psiquiatria positiva e aos temas de uma ciência objetiva do homem (FOUCAULT, 1979/2005: 457).

Pode-se depreender que, até a Renascença, o sentido da loucura estava relacionado às “transcendências imaginárias”, ao místico, à “dimensão natural das aventuras da razão”. Dito de outra maneira, a loucura, mesmo representando nas obras literárias e nas iconografias as fragilidades humanas, a “assombração do mundo”, era percebida, no cotidiano desse período histórico, ao lado da razão. Na segunda metade do século XVII, os “loucos” começam a ser internados juntamente com outros indivíduos também “indesejáveis” socialmente.

No século seguinte, surge a necessidade de se criar espaços especiais só para os alienados, já que eram considerados ociosos, eram condenados pela ética do trabalho estabelecida pela sociedade burguesa que rejeitava todas as formas de inutilidade social. É importante esclarecer que a relação existente entre a internação e as exigências do trabalho era justificada pelas condições da economia da época e pela necessidade de se corrigir “uma certa falha moral”. De acordo com Foucault (id), as casas de internação, os hospitais, os asilos se caracterizavam como abrigo para os impossibilitados para o trabalho e também como um espaço de trabalho forçado. Era, antes de tudo, uma instituição moral onde se praticavam o castigo e a penitência de forma severa.

É a partir da prática do internamento que a alienação passa a significar, como distúrbio da razão e doença mental, o objeto da ciência positiva. Esse objeto serviu para alicerçar e para institucionalizar o saber psiquiátrico. E, como consequência desse distúrbio, o homem que passa pela experiência do desatino logo é percebido

como incapacitado e perigoso para a sociedade. Esses sentidos de irracionalidade, de incapacidade e de periculosidade serviram (e servem ainda) para justificar a estratégia do *tratamento moral* e o *isolamento* como recursos terapêuticos aplicados nos hospitais psiquiátricos.

Esse paradigma de assistência calcado nos moldes da sociedade capitalista e assegurado pela ciência positivista não considera a existência do homem na sua integralidade como um ser social. O homem é percebido de acordo com o método de observação clínica, apenas na sua “doença”.

Tendo em vista que na nossa pesquisa a criança está inserida nos diálogos que circulam entre os protagonistas pesquisados, é necessário observar o que diz o referido filósofo a respeito da psiquiatrização da criança. De acordo com o ele, a criança começou a ser objeto da intervenção psiquiátrica na segunda metade do século XIX, quando a disciplina dos asilos começa a fazer parte do modelo familiar. A prática psiquiátrica se voltava para a família. No decorrer do referido século, por um lado, houve um crescimento das casas de saúde não só para adultos como para crianças cujo objetivo era aumentar os lucros frente às “anomalias” e à retificação das anomalias. Por outro lado, como diz o filósofo:

[...] a instituição no interior da própria família, a aplicação no interior da própria pedagogia familiar, de técnicas psiquiátricas. Parece-me que, progressivamente, [...] pelo menos nas famílias que podiam proporcionar um lucro a anomalia, isto é, as famílias burguesas, [acompanhando] a evolução da pedagogia interna dessas famílias, veríamos como o olho familiar, ou se assim podemos dizer, a soberania familiar adquiriu pouco a pouco a fisionomia da forma disciplinar. O olho familiar tornou-se o olho psiquiátrico ou, em todo caso, olhar psicopatológico, olhar psicológico (FOUCAULT, 1974/2006: 154).

Entende-se que os mecanismos de controle da psiquiatria foram deslocados para a família e então a criança passou a ser objeto da “ciência” psiquiátrica recebendo o mesmo tratamento disciplinar e violento aplicado nos asilos. Mas Foucault esclarece que a criança torna-se “alvo da intervenção de uma maneira indireta”, uma vez que o que se questionava sobre a loucura dos adultos era exatamente a sua infância (id: 155).

A respeito do hospital psiquiátrico, dentre outras instituições fechadas que perduram até os nossos dias, Goffman (1959/2005) apresentou uma importante contribuição ao realizar, sob uma perspectiva sociológica, um estudo minucioso

sobre a noção de *instituição total*. Destacando como exemplo os hospitais psiquiátricos, ele discorre com acuidade sobre como o processo de institucionalização nos manicômios interfere na mudança de comportamento e na vida das pessoas.

Essa mudança está relacionada ao distanciamento social, à perda total dos direitos civis e às rígidas regras da instituição quanto ao ‘tratamento’ da doença. Os longos internamentos causam o que o sociólogo chama de *mortificação do eu*, uma vez que, ao adentrar a instituição, o indivíduo é seqüestrado do seu mundo social, despojado de todos os seus direitos civis, além de ser confinado em um ambiente com um grau zero de trocas sociais.

O interno passa a ser reconhecido não mais como pessoa, mas como paciente que vive sob custódia, apenas com deveres a cumprir. As mudanças sofridas pelos internados, tanto físicas quanto morais, são tão violentas que seus efeitos levam os doentes mentais a uma *carreira moral*. Ou seja, as crenças que antes tinham a respeito de si mesmos e a respeito dos mais próximos se transformam com o processo de hospitalização (GOFFMAN, 1959/2005: 112). É interessante esclarecer que essa denominação do autor é uma contraposição ao que a psiquiatria clássica denomina de “curso natural da doença”.

Castel (1978), discorrendo sobre a ciência alienista – a psiquiatria –, esclarece as estratégias articuladas por Pinel que constituem o que ele denomina de “síntese alienista”. A primeira diz respeito ao ordenamento do espaço hospitalar através da exclusão. Dentre as várias categorias destinadas ao isolamento, fadadas ao seqüestro social, a loucura tem lugar de destaque por ser uma “doença mental”. Assim, a exclusão dos cenários sociais é a condição primeira para qualquer terapêutica da loucura (CASTEL, 1978: 86). A segunda diz respeito ao “arranjo nosográfico”, isto é, à classificação das doenças mentais. É a partir daí que surge a racionalidade da doença no espaço hospitalar. As “diversas espécies” de insanos são distribuídas metodicamente de acordo com a classificação dos seus sintomas, os quais precisam ser observados. É a partir dessa classificação que o saber psiquiátrico se constitui. A terceira estratégia é o tratamento moral imposto pela relação terapêutica de poder entre o médico e o doente (id: 81). Para curar-se, o alienado é obrigado a seguir as regras da instituição disciplinar - o asilo. Essas regras reorganizam o seu mundo interno e representam o caminho para a cura. Ao menos em tese, o alienado que as seguisse recuperaria a razão.

Até agora vimos como três autores, Foucault, Goffman e Castel realizam abordagens críticas questionando o saber e o poder psiquiátrico que direcionam as práticas do espaço asilar e asseguram a institucionalização da loucura nos instigando a refletir e a questionar esse “golpe de força” que rouba os “doentes mentais” da sua vida, do seu mundo social.

Em seguida, iremos discorrer sobre os movimentos políticos e sociais que questionam o modelo tradicional de assistência aos que sofrem com transtornos mentais e as diretrizes que apontam para a necessidade de mudanças nas formas de assistência à saúde mental.

## **2.2 O movimento da Reforma Psiquiátrica**

Antes de adentrarmos na contextualização das bases do movimento da reforma psiquiátrica propriamente dito, é preciso esclarecer, com Amarante (1992, 1995, 2003), que os termos ‘reforma’ e ‘psiquiatria’ estão lado a lado desde o surgimento da psiquiatria quando os reformadores da revolução francesa fizeram de Pinel o responsável pela humanização dos hospitais gerais, onde se encontravam entre outros cidadãos, excluídos da sociedade, os “alienados”. Por muitos anos, a partir dessa primeira reforma, o saber psiquiátrico foi unânime e fortaleceu as suas instituições e ampliou a sua comunidade discursiva. Podemos dizer que tal situação se manteve sem crises ideológicas até meados do século vinte.

Após a Segunda Guerra Mundial, vários países organizaram movimentos que contestaram a prática e o saber psiquiátrico. As primeiras críticas ao modelo clássico de assistência em saúde mental surgiram na Europa e nos Estados Unidos, especificamente nos países “mais desenvolvidos”. Como resultado desse processo ocorrido na década de 60, reformas em sistemas estatais de saúde foram consolidadas. Como exemplo, citamos as Comunidades Terapêuticas na Inglaterra, Psiquiatria de setor na França e a Psiquiatria Preventiva nos Estados Unidos.

O projeto da Psiquiatria Preventiva, cujos princípios foram elaborados pelo psiquiatra Gerald Caplan, visava prevenir que as pessoas se tornassem doentes com intervenções precoces para não necessitarem de longas internações nos asilos psiquiátricos (AMARANTE, 1995). Tal projeto também foi adotado pelas organizações sanitárias internacionais e por vários países de terceiro mundo e assim

como o modelo clássico, está calcado no paradigma racionalista solução-problema, doença-cura.

As idéias da Psiquiatria Preventiva surgidas entre as décadas de 60 e 70 logo foram aceitas no Brasil. Contudo, estudiosos brasileiros verificaram que nesse programa a noção de saúde mental está relacionada à adaptação ao grupo social. Assim, tratava-se o doente não mais para curá-lo, mas adaptá-lo socialmente (TENÓRIO, 2002: 30). Nesse processo de reforma, a palavra *desinstitucionalização* significava apenas desospitalização. Para Rotelli et al (1985), era, antes de qualquer coisa, um programa de racionalização financeiro e administrativo, sinônimo de redução de número de leitos hospitalares. Dito de outra maneira, era um novo mecanismo de controle social. Apesar de essas reformas terem como propósito a superação gradual dos manicômios, a criação de novos serviços comunitários e o rompimento com o paradigma excludente da Psiquiatria clássica, a internação continuou acontecendo tanto na Europa como nos Estados Unidos ao lado dos serviços de assistência extra-hospitalares. Na prática, estes serviços não substituíram a instituição asilar que continuou possibilitando a segregação e o abandono.

Por volta dos anos sessenta no século passado, também na Europa, ocorreu uma outra forma de desinstitucionalização, o movimento crítico realizado por psiquiatras italianos. Trata-se do *Movimento da Psiquiatria Democrática*, uma experiência inovadora iniciada por Franco Basaglia na cidade de *Gorizia* em *Trieste*, que levou à extinção dos hospitais psiquiátricos naquela região. Neste movimento, o enfoque não foi dado à “doença”, mas ao sujeito na sua integralidade social.

Rotelli (1990: 28), criticando o paradigma da Psiquiatria clássica, assinala que “o mal obscuro da psiquiatria está em haver separado um objeto fictício, a ‘doença’, da existência global complexa e concreta dos pacientes e do corpo social”. É interessante esclarecer que o objeto desse paradigma, a “doença”, é entendida como algo que está no corpo ou no psiquismo de uma pessoa. Na instituição inventada, surgida com a desinstitucionalização, o objeto é a “existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social”. A reforma italiana desconstruiu o modelo hegemônico da psiquiatria positivista que com seu poder racional há mais de duzentos anos funciona como mecanismo de exclusão, totalizador da “existência-sofrimento”, dando lugar ao projeto de “invenção de saúde” e de “reprodução social

do paciente”. Dessa maneira, entende-se que esse modelo de assistência promove possibilidades de socialização, de produção de vida.

O movimento italiano teve grande influência no Brasil, que também aderiu ao movimento da luta pela desconstrução do manicômio. O principal objetivo a ser alcançado é o da *desinstitucionalização*, como uma estratégia direcionada para a atenção psicossocial. Conforme Rotelli (2000: 301),

Desinstitucionalização é a saúde ao exterior da situação científica esclerótica da psiquiatria; a saída da referência dos paradigmas reducionista, simplistas, vulgares e oitocentistas, constituídos para controlar, de modo rudimentar e grosseiro, as classes subalternas e todas as formas de desvio, em um momento em que era necessário um rápido processo de acumulação capitalista. Na desinstitucionalização, essa prática da psiquiatria tradicional é dilatada e espessada, rompida e o saber da complexidade adentra a questão psiquiátrica, revertendo-a.

Foi com base no movimento dos trabalhadores da saúde que buscavam a Reforma Sanitária e na Psiquiatria Democrática Italiana que os trabalhadores da saúde mental se organizaram na luta pela desconstrução do paradigma clássico da assistência psiquiátrica. Nessa direção, uma das principais finalidades atuais da assistência à saúde mental é não só a prevenção e o tratamento de doenças, mas buscar somar recursos que melhorem as condições de vida e conseqüentemente de saúde geral.

No final dos anos setenta surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) juntamente com a reforma sanitária que reivindicavam questões trabalhistas e lutavam pela reformulação do sistema nacional de saúde. O MTSM critica saberes e práticas da psiquiatria clássica que segregam, tutelam e seqüestram os sujeitos socialmente. A reforma no nosso país pode ser caracterizada considerando-se três processos: a ampliação do atores sociais envolvidos, a iniciativa de reformulação legislativa e o surgimento de experiências profissionais bem sucedidas no novo modelo de cuidados em saúde mental.

Na década de oitenta, começa a consolidar-se a reforma psiquiátrica, no cenário brasileiro. O movimento ganha força em pleno período da redemocratização quando surgem críticas às políticas públicas de assistência à saúde e denúncias da violência e dos maus tratos sofridos pelos pacientes internados nos hospitais psiquiátricos do país.

No ano de 1987, dois eventos foram marcantes para o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a I e a II Conferência Nacional de Saúde Mental. A primeira marcou o fim da trajetória sanitarista como único meio para transformar o sistema de saúde e representou o começo de uma articulação para desconstruir nas instituições e na sociedade os modos de perceber e lidar com a loucura. Na conferência seguinte, os trabalhadores decidiram instituir o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, focalizando a atenção não apenas nas “macrorreformas”, mas também no

[...] ato de saúde que envolve profissional e cliente; não apenas instituições psiquiátricas, mas a cultura, o cotidiano, as mentalidades. E incorpora novos aliados: entre eles, os usuários e seus familiares, que, seja na relação direta com os cuidadores, seja através de organizações, passam a ser verdadeiros agentes críticos e impulsionadores do processo (TENÓRIO, 2002: 35).

A Reforma psiquiátrica Brasileira passou a ser acompanhada e, de certa forma, cobrada pelo Movimento da Luta antimanicomial; comprometeu-se com o objetivo de buscar e inventar novos mecanismos, novas maneiras de cuidado, substituindo a psiquiatria centrada no hospital por uma psiquiatria focalizada em vários subsídios, ampliando as ações de assistência à comunidade e ao “território”. A noção de território tem por base a reforma italiana, ressaltando a regionalização da assistência, não apenas como espaço geográfico onde vive o usuário, mas, sobretudo, segundo Delgado (*apud* TENÓRIO, 2002: 32) como “o conjunto de referências socioculturais e econômicas que desenham a moldura de seu cotidiano, de seu projeto de vida de sua inserção no mundo”.

Com a intenção de dar novas diretrizes e objetivos, houve uma mobilização de trabalhadores e partidos políticos para a garantia legal de condições para o fechamento progressivo de manicômios e a implantação de uma rede substitutiva de atenção em saúde mental.

Para Rocha (2007: 18), dentre alguns projetos estaduais e federais no contexto de discussão das políticas públicas referentes à saúde mental, destaca-se:

O Projeto de Lei n. 8 de 1991 (n. 3.657/89) do deputado Paulo Delgado que substituiu ao Decreto n. 24.559, de 03 de julho de 1934, que dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros serviços assistenciais e regulamenta a internação compulsória (BRASIL, 2004). Tal proposição foi aprovada

pelo presidente da República como a Lei de nº 10.216, somente em 06 de abril de 2001, como Lei da Reforma Psiquiátrica. O combate aos estigmas é a principal medida para garantir tratamento aos pacientes sem necessidade de internação.

A III Conferência de Saúde Mental que teve como título “Cuidar sim, excluir não” ocorreu em Brasília, no mês de dezembro do mesmo ano em que a citada lei foi aprovada. As discussões desse evento foram direcionadas para reorientação do modelo assistencial; recursos humanos e financiamentos; controle social, acessibilidades, direitos e cidadania.

Nesse sentido, as diretrizes referentes à Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) apresentam como alternativas à desospitalização três serviços substitutivos: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e as Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG). Dentre os três, o investimento maior foi para os CAPS, que atualmente estão implantados em vários municípios brasileiros, em todos os estados da Federação. O mesmo não aconteceu com as STRs e com as UPHG.

No atual contexto da Reforma psiquiátrica Brasileira, as práticas de Saúde Mental continuam vinculadas ao processo de desconstrução dos paradigmas tradicionais de assistência que não consideram os aspectos subjetivos que integram a existência dos sujeitos. As políticas de saúde visam regulamentar e implantar alternativas diversas e substitutivas ao modelo clássico, hegemônico onde os saberes e as práticas se concentram na medicina. Para Amarante (*apud* ROCHA 2007: 12),

A Reforma Psiquiátrica é um processo político e social complexo, com vários atores, instituições e forças e que incide em territórios diversos: nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, o mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios.

Tendo em vista que o nosso trabalho focaliza os gêneros discursivos que podem se desenvolver na esfera de trabalho de uma das modalidades do CAPS, o CAPSi, é necessário esclarecer alguns aspectos característicos dos CAPS como

uma proposta de serviço psicossocial substitutivo ao manicomial. O que passamos a fazer no item seguinte.

### **2.3 O CAPS e a proposta dos serviços substitutivos ao asilo**

Basicamente os CAPS são serviços ambulatoriais, comunitários de atenção diária, que oferecem assistência aos portadores de transtornos mentais e dependentes químicos, e funcionam de acordo com a lógica do “território” que esclarecemos anteriormente.

A Portaria GM Nº 336 de 19/02/2002 regulamenta a criação e o funcionamento dos CAPS em todo território nacional (BRASIL, 2002) e garante ao serviço uma posição de destaque no processo de substituição ao modelo asilar. Posição confirmada pela Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental como ressalta o texto documento abaixo:

[...] tem valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. É o surgimento destes serviços que passa a demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país. É função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. É função, portanto, e por excelência dos CAPS organizar a rede e atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios. Os CAPS são os articuladores estratégicos desta rede e da política de saúde mental num determinado território (BRASIL, 2005: 27).

Há, portanto, cinco tipos de Centro de Atenção Psicossocial, a saber: Os CAPS I e CAPS II são serviços para atendimento diário de adultos, em sua população de abrangência com transtornos mentais severos e persistentes. Os CAPS III são serviços para atendimentos diários e noturnos durante sete dias da semana, atendendo a população de referência com transtornos mentais severos e persistentes. O CAPS ad é direcionado para o usuário de álcool e droga, para atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas. Esse tipo de CAPS possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação (BRASIL, 2004). Os CAPSi são

serviços direcionados para atender diariamente a crianças e adolescentes com transtorno mental.

Comentando um pouco mais sobre o CAPSi, assinalamos que são indicados para serem implantados em municípios com população acima de 200.000 habitantes. São financiados pelo estado Brasileiro e geridos pelo município (municipalização). Devendo funcionar das 8 às 18 horas, de segunda à sexta-feira. Mas podendo ter um terceiro período de funcionamento que vai até as 21 horas. A equipe mínima de profissionais de saúde mental proposta para o CAPSi deve ser composta de: 1 médico psiquiatra ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental; 1 enfermeiro; 4 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; 5 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2004: 26).

Faz-se necessário assinalar que os CAPS em geral têm como objetivo primordial a inserção social dos usuários. Nesse sentido, o trabalho da equipe multiprofissional é de fundamental importância, uma vez que fica sob a sua responsabilidade o desenvolvimento de projetos terapêuticos que proponham e realizem atividades que considerem o sujeito na sua integralidade.

No caso específico do CAPSi, as atividades de inserção social “devem privilegiar aquelas relacionadas à escola” e, para melhor eficácia do tratamento oferecido às crianças e aos adolescentes, devem primar pela participação da família e da comunidade. Os manuais do MS assinalam a necessidade de se estabelecer parcerias necessárias com a rede de saúde, assistência social e de educação.

Embora os manuais indiquem a necessidade do diálogo entre o CAPSi e a escola, não são explícitos os modos e as estratégias de como fazê-lo. Também encontramos dificuldades em mapear pesquisas que coloquem especificamente como se dá, na prática, a aproximação entre a escola e o CAPSi. Pensamos que tal dificuldade em encontrar reflexões sobre as relações da rede substitutiva de saúde mental com a escola deva-se ao fato de ser uma situação nova na realidade da rede de atenção do SUS. Mesmo do ponto de vista do modo biomédico da atenção psiquiátrica, o estado do Mato Grosso nunca contou com hospital psiquiátrico infantil, ou unidade psiquiátrica infantil, ou atendimento ambulatorial psiquiátrico para crianças e adolescentes. Há relatos, informais, que crianças com “desvio” eram

encaminhadas para psicólogos, neurologistas, pediatras ou psiquiatras da cidade, mas pouco se pode afirmar a esse respeito. O primeiro serviço que surgiu no cenário da atenção à criança com “transtorno mental” foi o CAPSi.

A chamada psiquiatria infantil junto com a psicologia infantil foram os ramos profissionais que na prática da assistência em saúde mental da contemporaneidade assumiram a responsabilidade do tratar de crianças com problemas psiquiátricos e psíquicos. Nesse sentido, conforme uma revisão que fizemos em Kaplan, Saddok e Greeb (2003), procura-se tratar a criança em regime ambulatorial com a ajuda direta dos pais e ou responsáveis. Diferentes psicoterapias, em geral voltadas para a socialização e em manutenção de atividades escolares, são preferidas aos tratamentos medicamentosos e ao isolamento da criança. Observa-se, entretanto, que, com o advento da psiquiatria biológica, ou seja, o aparecimento no mercado farmacêutico de medicamentos sintéticos cada vez mais específicos para determinados problemas, passou-se a recorrer com mais frequência aos psiquiatras e ao tratamento medicamentoso. Em casos de transtornos severos, os tratamentos em geral são indicados para serem feitos sob regime residencial e, em casos extremos, como risco de suicídio e agressividade incontrolada, indica-se a internação em hospital geral ou em unidade psiquiátrica infantil.

Quanto à aproximação da escola com a saúde mental, encontramos que passou a ser uma preocupação mais presente de parte da saúde mental para a escola, em decorrência dos movimentos de reforma psiquiátrica que citamos anteriormente. Nos últimos cinquenta anos, a escola vem ganhando papel destacado nas parcerias que se deve fazer para ajudar nos tratamentos psiquiátricos e psicológicos infantis

Nos manuais de psiquiatria (KAPLAN, SADDOK e GREEB, 2003: 1061) o professor é citado como parte da equipe terapêutica que deve assistir a criança ao lado de enfermeiros, assistentes sociais, psiquiatras, pediatras e psicólogos. Assinala-se que a *Joint Commission on Mental Health of Children* (Comissão Conjunta Sobre Saúde Mental Infantil) recomenda que, além do espaço para programas terapêuticos, deve haver oportunidades para programas de atividades escolares (id).

Vimos neste capítulo que entre o modelo biomédico psiquiátrico e o novo modelo biopsicossocial de atenção em Saúde Mental há muitas diferenças ideológicas. Em relação ao processo de trabalho em um e em outro modelo,

mudam-se o objeto, os meios e os objetivos. O objeto da assistência deixa de ser a doença e passa a se concentrar no cuidado do sujeito visto também pelo seu lado psicossocial. Os meios de cuidados não são restritos ao hospital, mas abrangem o horizonte sociocultural; os objetivos não são mais a exclusão e o isolamento, mas sim a construção de um projeto terapêutico que considere a cidadania e desenvolva a autonomia. Passaremos, a seguir, ao capítulo que apresenta a metodologia da pesquisa, descreve as suas fases e introduz os primeiros achados de campo.

## CAPÍTULO TRÊS

### O CAMINHO DA PESQUISA DE CAMPO NO CAPSi

Neste capítulo, apresentamos o desenvolvimento da pesquisa de campo, relatando as etapas do processo de investigação segundo as diretrizes da Lingüística Aplicada às Situações de Trabalho. Descrevemos o planejamento da pesquisa (antes da entrada em campo ser efetivada), o primeiro contato com os protagonistas do trabalho de um Centro de Atenção Psicossocial, a entrada em campo, a observação participante (ou pesquisa de campo propriamente dita) e a coleta dos materiais enunciativo-discursivos. Apresentamos ainda, os subsídios metodológicos que relacionam práticas de linguagem e situações de trabalho, conforme os princípios que fundamentam os estudos da *Análise Pluridisciplinar das Situações de Trabalho* (APST) e da Clínica da atividade.

#### 3.1 Perspectiva teórica aplicada ao desenho metodológico

As pesquisas que relacionam a atividade linguageira a situações de trabalho consideram a importância da linguagem no desenvolvimento de qualquer atividade humana. É por meio das trocas verbais e não-verbais constitutivas das relações sociais nos espaços de trabalho que se concretizam as atividades laborais. Compreendendo que o campo de trabalho da saúde mental se insere em uma atividade humana e, assim, também se concretiza pelo movimento dos diálogos aí inseridos, alinhamos-nos à perspectiva teórica do dialogismo bakhtiniano para estudar a prática linguageira. Nessa perspectiva de enfrentamento da análise dos discursos e da ideologia, é preciso não perder de vista os marcos da história, os aspectos sociais, culturais e biopsicológicos envolvidos no desenvolvimento dos gêneros do discurso implicados em uma atividade humana. Dessa forma, para o estudo (análise) do nosso objeto, precisamos de um desenho metodológico capaz de correlacionar algumas teorias do campo da Lingüística Aplicada e da Análise do discurso com aspectos dos estudos sobre o trabalho como indissociável de gêneros sociais (discursivos) da atividade humana.

Nesse sentido, o principal aporte teórico utilizado nesse trabalho diz respeito

à Análise Dialógica do Discurso de vertente bakhtiniana, cujas noções de dialogismo e gêneros do discurso podem ser tomadas como as mais importantes ferramentas para a análise dos gêneros do discurso e dos sentidos mobilizados no diálogo entre o CAPSi e a escola. Assim, para o filósofo da linguagem, “a riqueza e a diversidade dos gêneros do discurso são infinitas porque são inesgotáveis as possibilidades da multiforme atividade humana [...]” (BAKHTIN, 1952-53/2003: 232).

Outro aporte teórico de apoio diz respeito às noções utilizadas no campo da Lingüística Aplicada às situações de trabalho que situam as relações das interações e diálogos, ou seja, das práticas languageiras, no processo de realização das atividades humanas. Nesse sentido, são importantes as noções de dimensão de prescrição e dimensão de renormalização. Por um lado, a dimensão prescrita (escrita e oral) trata daquilo que deve ser e ou como deve acontecer uma atividade do ponto de vista da concepção idealizada. Por outro lado, a dimensão da renormalização (escrita e oral) trata do que acontece no dia-a-dia da atividade do ponto de vista do realizado, ou, seja das adaptações, modificações e desenvolvimentos que se deve por em prática para que uma atividade ocorra efetivamente.

Schwartz (1997a) trata essas dimensões como as “duas exigências internas da atividade humana”, denominando a dimensão prescrita de “registro um”, que diz respeito à organização estabelecida do meio de trabalho, ou seja, os saberes técnicos, científicos que regulamentam a atividade, e a dimensão de renormalização como o “registro dois”, que concerne ao retrabalho, à recriação do coletivo de trabalho no dia-a-dia.

Sant’anna (2004: 35) assinala que para os estudiosos da Análise Pluridisciplinar das Situações de Trabalho o primeiro registro “inclue um conjunto heterogêneo de elementos, tais como máquinas, novas instalações, manuais, programas, regras, organogramas, procedimentos, objetivos enunciados e as renormalizações, sempre parciais”. A mesma autora explicita que o segundo registro “representa a organização viva do trabalho, em que o procedimento nunca é igual ao previsto a priori, pois há sempre o debate de normas (valores), sendo o ator principal o trabalhador e o uso de seu corpo” (id).

Compreendemos então que o trabalho previsto está mais afeito ao registro um e o trabalho realizado mais afeito ao registro dois. Associando as noções, obtemos que a dimensão prescrita do registro um diz respeito ao trabalho idealizado

e planejado e a dimensão da renormalização do registro dois trata do trabalho em desenvolvimento e da atividade realizada.

Para Rocha (2007) o trabalhador enquanto protagonista da atividade mantém um diálogo constante consigo mesmo e com o coletivo que o leva a renormalizar/renormatizar o trabalho, ou seja: “que o faz tomar decisões de quanto, quando, como, com quem e o que deve ou não fazer para o desenvolvimento da atividade” (id: 65).

As diretrizes do dilogismo, presente em toda atividade humana, e do debate de valores entre primeiro e segundo registro, como constitutivo de uma atividade específica em uma situação de trabalho, guiarão a nossa organização das fases e materiais de pesquisa que passaremos a apresentar.

### **3.2 A Descrição das fases da pesquisa de campo**

Inicialmente, lembramos que nosso estudo se materializou como subprojeto da pesquisa maior: *Análise da efetividade das práticas terapêuticas dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Mato Grosso – PRATICAPS<sup>9</sup>* que tem como instituição executora a Universidade Federal de Mato Grosso.

O projeto PRATICAPS foi desenhado como uma pesquisa exploratório-descritiva de natureza quali-quantitativa, na qual se destacam três vertentes de abordagem teórica no estudo do processo de trabalho: a dialética marxista, a dialógica bakhtiniana e a epidemiológica. (OLIVEIRA, MOURA-VIEIRA, TERZIAN & MARCON, 2005).

Nesse contexto, nossa investigação pode ser desenhada como um estudo dialógico dos gêneros do discurso chamados a participar da atividade de saúde mental desenvolvida no CAPSi.

A pesquisa de campo foi desenvolvida nas seguintes etapas: preparação para a pesquisa de campo, entrada em campo, observação participante (notas e descrições em diário de campo); coleta de dados prescritos escritos (documentos, normas, rotinas); dispositivos de coletas de dados da oralidade (entrevista gravada em áudio). A seguir, apresentamos cada uma dessas etapas.

---

<sup>9</sup> O projeto foi aprovado pelo Edital MCT- CNPq /MS – SCTIE – DECIT / CT - Saúde 07/2005.

### 3.2.1 Preparação para a pesquisa de campo

A fase de preparação da pesquisa teve seu início em 2006, no primeiro semestre do Mestrado em Estudos da linguagem ao nos familiarizarmos com as teorias que dizem respeito à linguagem e trabalho e também ao iniciarmos as orientações e discussões teóricas<sup>10</sup>. Todas as atividades obrigatórias, programadas e voluntárias contribuíram para organizar o caminho da pesquisa.

No segundo semestre, no dia 09 de outubro, tivemos uma reunião de orientação com colegas do grupo CliAD que também participavam como pesquisadores do projeto PRATICAPS, para discutirmos sobre a nossa entrada em campo, uma vez que estavam recortados o objeto, questões e objetivos das pesquisas dos mestrandos<sup>11</sup>.

Ressaltamos que as Mestrandas de estudos da Linguagem, professoras de português, trabalharam desde o início do desenho dos projetos em conjunto com as mestrandas de Enfermagem, enfermeiras - o que, na prática, representou um apoio mútuo entre os conhecimentos da área de lingüística e da área de saúde. Nesse sentido, o contato com os CAPS a serem pesquisados também foi facilitado pela familiaridade das colegas com o SUS. O primeiro contato com as gerentes dos CAPS a serem pesquisados ficou sob a responsabilidade de uma pesquisadora que tinha inserção profissional na rede de saúde mental. O agendamento da visita inicial ao campo de pesquisa o CAPSi foi combinado para o dia trinta de outubro.

Ressaltamos a importância desses contatos iniciais e preliminares, que vão aproximando os pesquisadores dos protagonistas da atividade que eles observarão. Nesse momento de aproximação com o cenário, com os profissionais das equipes multidisciplinares e seus textos, já começamos a formar as primeiras impressões sobre o campo onde realizariamos a pesquisa.

---

<sup>10</sup> Participamos regularmente de orientações individuais e do estágio docência com o Prof. Marcos Antonio Moura Vieira, bem como de discussões no grupo de pesquisa CLIAD \_ *Clínica da Atividade & Discurso*. Cursamos a disciplina de Saúde Mental - Cuidado e Integração, ofertada pelo curso de Mestrado em Enfermagem além de participarmos do Fórum Permanente de Saúde Mental e dos treinamentos realizados pelo grupo PRATICAPS.

<sup>11</sup> Participaram do grupo Cláudia Landin Negreiros do Mestrado em Estudos da Linguagem UFMT, que estuda um CAPS I do interior de MT, Maria Aparecida Silva e Izabella Christina Rocha, ambas do Mestrado em Enfermagem, que estudam respectivamente um CAPS II e a relação de um CAPS com um PSF.

### 3.2.2 A entrada em campo

A entrada em campo, realizada conforme discutido em treinamento do PRATICAPS, foi o momento de firmar o “contrato” para passar a frequentar o campo no papel de pesquisadores autorizados. Nesse sentido, utilizamos o termo de consentimento informado do projeto geral<sup>12</sup> e explicamos que, além da pesquisa geral, coletaríamos dados para a nossa pesquisa de mestrado – ou seja, um subprojeto do projeto maior.

É necessário assinalar que, antes de iniciar o trabalho de campo, foi formalizada a solicitação junto aos órgãos competentes – Secretaria Estadual e Municipal de Saúde e Gerente do CAPSi. Também esclarecemos aos protagonistas que o projeto já havia sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde, de outubro de 1996, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2002).

Após a aquiescência dos órgãos responsáveis e da aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa, foi submetido aos profissionais dos CAPS um termo de consentimento livre e esclarecido, no qual constavam o objeto de estudo, os objetivos de pesquisa, as estratégias e o modo de participação dos sujeitos no estudo. Ficou garantido o anonimato e preservado o sigilo das informações coletadas, assim como assegurado a cada sujeito o direito de deixar de participar da pesquisa a qualquer momento em que assim o desejar.

### 3.2.3 A pesquisa de campo

A pesquisa de campo foi concretizada no período de 21/11/2006 a 24/11/2006, durante os períodos matutino e vespertino. Como dispositivos metodológicos utilizamos diário de campo, entrevista (individual e em grupo) e questionários<sup>13</sup>. A pesquisa desenvolveu-se, inicialmente, por meio da observação

---

<sup>12</sup> O termo de consentimento do Manual de Treinamento do Projeto PRATICAPS.

<sup>13</sup> Observamos que todas as observações que foram registradas em diário de campo e as entrevistas que foram registradas em áudio, foram digitadas e disponibilizadas para o Projeto PRATICAPS. Também foram entregues ao Projeto os documentos que coletamos, as imagens que captamos em

participante em paralelo à coleta de dados prescritos escritos (preenchimento de fichas censo a partir de prontuários) e, por último, da coleta de dados da oralidade (gravações em áudio de entrevistas em grupo). Descrevemos abaixo as técnicas utilizadas.

### **3.2.3.1 Observação participante**

Para Minayo (2006), a observação participante é vista como parte essencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa. Trata-se de uma técnica de pesquisa “que se realiza através do contato direto do pesquisador com o fenômeno observado”, sendo importante que o levantamento dos materiais seja feito numa dinâmica de interação social e de diálogo. Nesse momento da pesquisa, utilizamos basicamente dois recursos como técnicas e instrumentos de coleta dos materiais (dados): a observação direta e a descrição do observado em diário de campo.

A observação propriamente dita no CAPSi ocorreu em 4 dias, com base em um Roteiro de Observação proposto no projeto tronco e adaptado para os subprojetos ramificados (Anexo A). Além de fazermos, em nossos diários de campo, anotações gerais das rotinas, espaço físico e situações ocorridas, realizamos também a coleta de dados escritos (subitem 3.2.3.1.1) e de ditos em e sobre o trabalho (subitem 3.2.3.1.2).

No momento da pesquisa de campo, tínhamos a nossa disposição dois manuais do projeto PRATICAPS, um tratava da questão dos dados quantitativos (TERZIAN, MOURA-VIEIRA & OLIVEIRA, 2006) e outro dos dados qualitativos (MOURA-VIEIRA; OLIVEIRA & TERZIAN, 2006). Podíamos recorrer a esses manuais para consulta e esclarecimento quanto a procedimentos de pesquisa e de coleta de dados e ditos.

#### **3.2.3.1.1 Coleta de dados prescritos escritos**

Segundo Moura-Vieira (2002: 87-88), os prescritos do trabalho são configurados em dois níveis, a saber: “os escritos do trabalho real” que dizem respeito aos escritos que fazem acontecer a interação de trabalho e são os escritos

---

fotografias, as fichas censo que preenchemos. Tais materiais deverão compor um banco de dados para serem disponibilizados para fins de pesquisa

para si e para os colegas que se aproximam da linguagem oral, e os "escritos do trabalho prescrito" que funcionam como normas operacionais de determinado trabalho.

Para Souza-e-Silva (1998), a questão do primeiro e segundo registro é de fundamental importância para lançar mão à complexidade das relações entre as dimensões reais e prescritas da atividade.

A seguir, apresentamos duas listas dos documentos que nós consideramos como os dados prescritos que funcionam como o primeiro registro das atividades do CAPSi:

a) Coletados como escritos do trabalho prescrito utilizados para identificação, seleção e análise de documentos:

- Leis Federais pertinentes à saúde mental;
- Portarias e outros documentos da área de saúde mental do Ministério da Saúde;
- Documentos da Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso;
- Documentos do CAPSi (normas e rotinas).

b) Coletados como escritos do trabalho real na forma de Levantamento censitário, que formará a base de dados para tratamento estatístico, ou o chamado "dado quantitativo":

- Informações coletadas de prontuários de todas as crianças e adolescentes atendidos no CAPSi durante o mês de outubro/2006 (um mês anterior à observação participante) privilegiando a anotação de dados demográficos, diagnóstico e modalidade de atendimento por gênero masculino e feminino.

Apresentaremos no suíte seguinte nossa compreensão quanto aos materiais chamados qualitativos.

### **3.2.3.1.2 Dispositivos de coleta de dados da oralidade**

Os dispositivos de coletas de dados orais são considerados por nós como recursos para gravar falas em depoimentos e diálogos em atividades.

Os depoimentos são as falas em e sobre as situações de trabalho. Podem ser, por exemplo, gravações de conversas entre membros da equipe com o

pesquisador, entrevistas individuais ou em grupo.

Os diálogos em atividades são as interações específicas em uma situação de trabalho. Podem ser, por exemplo, gravação de diálogos em grupo terapêutico, em oficina expressiva, em situação de acolhimento ou consulta clínica.

Assinalamos que a entrevista, de acordo com Rocha; Daher; Sant'Anna (2004), não é uma simples ferramenta de apropriação de saberes. Antes de qualquer coisa, é um dispositivo de produção/captação de textos, ou seja, um dispositivo que permite retornar/condensar várias situações de enunciações ocorridas em momentos anteriores. Nesta pesquisa, realizamos as seguintes entrevistas:

- Entrevista com os profissionais do CAPSi com base no Roteiro de Entrevista (Anexo 3).
- Entrevista com familiares dos usuários do CAPSi com base no Roteiro de Entrevista (Anexo 4).

Todas as entrevistas que realizamos foram gravadas com o consentimento prévio dos participantes e transcritas pela pesquisadora. Mesmo havendo o consentimento dos pais, decidimos não fazer gravações com as crianças. Entretanto, tendo em vista a especificidade de nosso campo de pesquisa constituir-se de um CAPS voltado para atendimento infantil fizemos, a partir do roteiro de entrevista com familiares e usuários, algumas questões direcionadas a essa especificidade. Mais especificamente, buscamos perguntas e esclarecimentos de como são realizados os encaminhamentos das crianças, quem os realiza e como se dá a relação da escola com o CAPSi.

Consideramos que a coleta dos dados orais (didaticamente referidos como qualitativos) nos possibilitou o acesso a várias fontes de sentidos que circulam nos diálogos do campo da atividade estudada e forneceu informações quanto a questões da correlação do CAPSi com a escola. No capítulo seguinte, quando analisarmos os materiais, retomaremos mais detalhadamente esses ditos como textos e procuraremos mapear um gênero dessa atividade.

No item seguinte apresentamos uma descrição do nosso campo de pesquisa baseada na observação participante, nos primeiros resultados de coleta de dados prescritos e na coleta e tratamento estatístico de dados quantitativos.

### **3.3. Um panorama do CAPSi**

Passaremos agora a desenhar um panorama do CAPSi como nosso campo de pesquisa. Apresentaremos o cenário, os protagonistas e algumas cenas da atividade tal encontramos no momento da nossa pesquisa de campo.

#### **3.3.1 O Cenário**

O CAPSi está instalado em um prédio novo de propriedade da Secretaria Municipal de Saúde. A localização não é central, ou seja, não é de fácil acesso para as famílias. Trata-se de uma edificação de um piso, pintada, interna e externamente, em cores claras e situada em meio a uma grande área sem construções, que por sua vez está cercada por um dos parques da cidade. Nesse grande espaço que entorna o Capsi não há muitas árvores, nem jardim ou horta.

Há um pequeno terraço na entrada do prédio que dá acesso à recepção. Esta é uma sala grande e quente, sem ar condicionado, que possui dois banheiros especificados como masculino e feminino. A recepcionista atende atrás de um balcão de alvenaria e, próximo a ela, há um arquivo de aço que reduz os seus movimentos. Nesse espaço encontram-se cadeiras, poltronas, quadros nas paredes que contêm fotos de festas realizadas no CAPSi em datas comemorativas. Sete portas se comunicam com esta sala, dando passagem para outras dependências do CAPS. No canto direito, há um filtro com água e uma lixeira, no canto esquerdo. Ao final da sala encontram-se seis arquivos de aço estragados pelo uso.

O CAPSi conta ao todo com 14 cômodos que passamos a caracterizar. Uma sala grande para reuniões com ar condicionado, mesa, cadeiras e um computador. Essa sala serve também para acolhimento. Três salas menores com escrivaninha, duas cadeiras e poltrona só para acolhimento. Destas, a sala mais arejada destina-se a consultas com o médico. Uma sala onde funciona a administração e possui computador, impressora, arquivos e telefone. Três salas para descanso das crianças quando fazem uso de medicação. Um almoxarifado, uma cozinha, uma sala grande com ar condicionado onde acontecem as oficinas, um pátio com mesinhas e um freezer que não funciona. Observamos ainda mais dois banheiros que ficam sempre fechados. Para utilizá-los, as crianças devem solicitar a um dos funcionários que pegará as chaves na sala da administração e as conduzirá.

### 3.3.2. Os protagonistas da atividade

No caso do CAPS por nós estudado, consideramos os protagonistas em duas categorias, os centrais e os coadjuvantes:

- Centrais: Profissionais da equipe do CAPS;
- Coadjuvantes: as crianças usuárias do serviço, seus familiares e profissionais da escola.

Observamos que a nossa divisão é apenas didática, no sentido de ressaltar que o foco de pesquisa se dá no trabalho do profissional, pois na situação de trabalho, os profissionais e os usuários são centrais para o diálogo que desenvolve a atividade.

Podemos considerar que os pesquisadores também são protagonistas, mas da atividade de pesquisa, não da atividade de trabalho do CAPS propriamente dita.

Apresentaremos primeiramente um perfil do grupo de pesquisadores. Na seqüência, apresentaremos as características gerais do grupo de usuários e profissionais do CAPSi. Os papéis de familiares e profissionais da escola serão tratados no capítulo das análises quando confrontaremos e refletiremos sobre o conjunto de materiais. Ao final deste subitem e deste capítulo, comentaremos algumas cenas da atividade desenvolvida no CAPSi.

#### 3.3.2.1 O grupo de pesquisadores

O grupo maior de pesquisa do PRATICAPS foi formado por pesquisadores sênior<sup>14</sup>, professores da UFMT, e por pesquisadores júnior, alunos desses professores nas modalidades de iniciação científica, de mestrado em Enfermagem e de mestrado em Estudos da Linguagem. Foram estudados 27 CAPS do estado do Mato Grosso: 02 CAPS infantis; 02 CAPS tipo II; 05 CAPS ad e 18 CAPS tipo I.

Para os CAPS do Interior do estado de Mato Grosso, os trabalhos de campo foram realizados, em geral, por duplas de pesquisadores senior. Para os CAPS da região metropolitana da Capital, o trabalho de campo foi de responsabilidade das

---

<sup>14</sup> Os pesquisadores iniciais, responsáveis pela proposição do projeto em 2005, são a Prof. Dra. Alice Oliveira da FaEN (coordenadora), o Prof. Dr. Marcos Moura Vieira da FCM, a Profa. Dra. Angêla Terzian da FCM e a Mestra Samira Marcon da FaEN. Posteriormente, em 2006, passou a integrar o projeto a Prfa. Dra. Roselma Luchesi da FaEN, recém concursada na UFMT.

duplas de pesquisadores júnior<sup>15</sup>.

### 3.3.2.2 Os Usuários

Os usuários do CAPSi são crianças e adolescentes que têm de 6 a 14 anos. As crianças são em geral encaminhadas pela escola, mas também chegam por demanda dos pais e de outros serviços de saúde.

Os usuários são, em sua maioria, habitantes do município no qual o CAPS se localiza, estudam em escolas municipais e têm, em média, de um a sete anos completos de escolaridade.

Os diagnósticos mais freqüentes são de hiperatividade (transtorno de déficit de atenção) e transtorno de conduta.

A modalidade de tratamento que predomina nas fichas de acolhimento é semi-intensivo, ou seja, precisam freqüentar o CAPS algumas vezes por semana. No momento da nossa observação e no período da coleta de dados, o mês anterior a nossa pesquisa de campo, todas as crianças faziam uso de medicação. As seguintes medicações eram as mais indicadas: *Diazepan*, um tipo de calmante, sedativo e o *Haldol*, que é uma medicação utilizada para casos de sintomas de psicose, tais como alucinações e delírios.

### 3.3.2.3 Os profissionais do CAPSi

A equipe da manhã é formada por três psicólogas, uma assistente social, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem e um profissional médico especializado em psiquiatria infantil, que atende duas vezes por semana. Todos são concursados, exceto um dos técnicos, e têm idades que variam de 30 a 45 anos. Constatamos apenas um profissional do sexo masculino.

Desses profissionais, só um dos técnicos e a enfermeira trabalham também no período da tarde cuja equipe é formada por eles, uma terapeuta ocupacional (que não é efetiva) e outra assistente social.

Não encontramos na equipe a figura do técnico educacional, prevista nas diretrizes do MS para a composição da equipe do CAPSi. Também não observamos

---

<sup>15</sup> Nossa pesquisa de campo no CAPSi foi realizada juntamente com a mestranda em Enfermagem Izabella Rocha (ver nota 3 neste capítulo).

a participação de professores ou outros profissionais da educação envolvidos na realização de atividades internas, voluntárias, ou na comunidade. Tal possibilidade foi descrita na observação de Moura-Vieira (2007) quanto a um dos CAPS tipo I do interior do estado que, contando com um profissional pedagogo, realiza oficina de alfabetização e encaminha grande parte dos usuários que necessitam para o programa Letração.

Os profissionais, protagonistas da atividade de cuidados no CAPSi, discutem sobre todos os “casos” primeiro em mini-equipes e depois levam para a “reunião clínica”, onde todos os demais participam das discussões.

As mini-equipes são formadas por duplas de profissionais que se responsabilizam pelo encaminhamento de um projeto terapêutico específico de um usuário. Entretanto, todas as decisões sobre os eixos dos projetos terapêuticos dos usuários são feitas em equipe e não isoladamente por um profissional.

Todos os profissionais de nível universitário ou técnico especializado realizam acolhimentos e oficinas de “arte” (pintura e artesanato) ou de “beleza” (salão de beleza), fazem visita domiciliar e podem coordenar grupos de discussão, reuniões com a família e crianças ou ainda passeios e atividades fora do CAPS. Mas só os que têm curso superior fazem visita às escolas.

Assinalamos que as chamadas oficinas terapêuticas estão previstas nas diretrizes da assistência no CAPS (BRASIL, 2004) como uma das estratégias fundamentais para o desenvolvimento de uma assistência psicossocial. São propostas três tipos: geradoras de renda (artesanato e carpintaria, por exemplo), expressivas (oficina de vídeo e de literatura, por exemplo) e de alfabetização.

Todos os profissionais já realizaram, em alguma medida, algum aperfeiçoamento por iniciativa própria ou via sistema de saúde. Em geral, a Secretaria Estadual de Saúde, via coordenação de Saúde Mental e, às vezes, a Secretaria Municipal de Saúde oferecem treinamentos de atenção no modelo biopsicossocial. Todos os profissionais do CAPSi têm um outro vínculo empregatício.

### **3.3.3 Algumas cenas da atividade**

Comentamos, neste item, algumas atividades que se desenvolvem na situação de trabalho no CAPSi. Como exemplo de atividades recorrentes, citamos os acolhimentos, as oficinas livres e as consultas de psicologia e de psiquiatria. Como

exemplo de atividades previstas para serem recorrentes, mas acabam ocorrendo esporadicamente, citamos as reuniões de equipe clínica e administrativa. Caracterizamos abaixo os acolhimentos, as oficinas “livres” e as reuniões clínicas.

Os acolhimentos são momentos de recebimento de uma criança para uma primeira avaliação. O profissional preenche uma ficha com dados do usuário e, em seguida, faz perguntas aos pais ou responsáveis sobre o estado físico (biológico) da criança, sobre a família, como é o comportamento em casa, na escola e o(s) motivo(s) pelo(s) qual (is) eles procuraram o CAPSi, quem indicou, se foi fácil chegar ao serviço. Tudo isso é descrito no prontuário, no qual aparece a origem dos encaminhamentos, os quais, em geral, são realizados oficialmente ou extra-oficialmente pela escola.

Os motivos assinalados nos encaminhamentos versam, em geral, sobre o mesmo assunto: a “dificuldade de aprendizagem” ou o “mau comportamento”. Quando o encaminhamento não é escrito por meio de documento formal da escola, ele é trazido via o discurso dos pais e o profissional registra a suspeita da escola acerca de um possível diagnóstico da criança.

Cabe ainda ao profissional que acolhe a criança ou o adolescente agendar o dia do usuário voltar para uma consulta com médico e esclarecer aos pais que vai discutir com a equipe multiprofissional para verificar a melhor forma de tratamento, ou seja, se aquela criança é mesmo um “cliente” para o CAPSi ou não. Caso a criança ou adolescente seja considerado um caso para o CAPS, será firmado um termo de compromisso com os pais, o usuário e o CAPSi. Posteriormente, o CAPSi entrará em contato com escola que às vezes está aberta para a discussão da melhor forma de realizar tratamento para que o seu aluno não seja prejudicado nas suas atividades. Segundo os profissionais do CAPSi, a relação com a escola, do ponto vista do processo de tratamento, está sendo construída progressivamente.

Por sua vez, as oficinas terapêuticas têm como objetivos a maior integração social e familiar, a manifestação de sentimentos e de problemas, o desenvolvimento de habilidades corporais, a realização de atividades produtivas e o exercício coletivo da cidadania (BRASIL, 2004: 20). Apesar de especificadas nos prescritos que regulamentam o funcionamento dos CAPS, são realizadas livremente, sem planejamento algum, como uma atividade ocupacional. Predominam as “oficinas de artes” para a confecção de produtos artesanais e as “oficinas de beleza” para o ensino do cuidado pessoal, tais como arrumar e cortar os cabelos, pintar unhas. A

oficina de artesanato envolve meninos e meninas e a oficina de beleza as meninas. Ocorrem geralmente no CAPS e raras vezes fora dele, por exemplo, em um salão de beleza.

Quanto à reunião clínica, esta é prevista para ser semanal. É realizada com todos os profissionais e tem longa duração. O objetivo é discutir e acordar os projetos terapêuticos individuais dos usuários. As duplas levam dúvidas, dificuldades e reflexões sobre os usuários que estão acompanhando para a grande equipe. O grupo decide sobre ajustes e mudanças no projeto terapêutico, comenta sobre a melhor forma de envolver as famílias no tratamento e sobre suas fragilidades ao lidar com as crianças e adolescentes.

Apresentamos, neste capítulo, o nosso processo de pesquisa em suas fases, bem como as descrições da pesquisa de campo que contextualizam a situação do CAPSi. No capítulo seguinte, passaremos às análises dos nossos materiais quando buscaremos articular de maneira dialógica os discursos na atividade do CAPSi que se relacionem, em alguma medida, com a escola. Com esse propósito, focalizaremos a situação de acolhimento, uma vez que ela inicia na materialidade lingüística dos encaminhamentos, um diálogo entre a escola e o CAPSi.

## CAPÍTULO QUATRO

### ENTRE A ESCOLA E O CAPSi: OS EFEITOS DE SENTIDO NA ATIVIDADE DE ENCAMINHAMENTO E RECEPÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Neste capítulo, recorrendo a Análise do Discurso de orientação bakhtiniana, analisamos os discursos mobilizados na rede dialógica do sentido tecida no trabalho do CAPSi e descrevemos algumas possíveis características dos gêneros dos discursos que participam da situação de trabalho entre a escola e o CAPSi. Para tanto, procedemos a uma análise dos materiais enunciativo-discursivos presentes nos escritos dos prontuários. Em linhas gerais, focalizamos os diálogos entre as escolas e o CAPS no momento da recepção dos alunos encaminhados pela escola. O capítulo está organizado da seguinte forma: primeiramente, no item 4.1, “os textos do acolhimento escritos em prontuários”, mostraremos, como se organizam os textos que representam e caracterizam a relação entre os profissionais da escola e os profissionais da saúde mental, ou seja, os encaminhamentos realizados pela escola e sua recepção no CAPSi. Para tanto, faremos uma análise de documentos em um prontuário representativo da totalidade dos demais.

Num segundo momento, no item 4.2, “os discursos do encaminhamento, recebimento e tratamento”, faremos a análise das anotações dos profissionais na evolução clínica de crianças e adolescentes em alguns prontuários assinalando suas estabilidades e caracterizando um gênero discursivo da atividade de encaminhamento/recepção.

A idéia geral deste capítulo é confrontar os sentidos depreendidos dos escritos dos prontuários com aqueles indicados nos documentos formais das diretrizes do SUS para o trabalho nos serviços biopsicossociais, bem como com os sentidos depreendidos da observação de campo visando à mobilização e o desenvolvimento da compreensão da atividade de saúde mental.

#### **4.1 – Uma análise dos textos escritos nos prontuários**

Em um serviço de saúde, um prontuário se caracteriza por ser uma pasta classificadora na qual vão sendo anexados, em ordem temporal, escritos que dizem

respeito à evolução clínica de um paciente desde a sua admissão, passando pela sua evolução até a sua alta. No CAPSi, um prontuário guarda esta mesma característica fundadora de ser o local oficial em que os profissionais contam a história clínica (biopsicossocial) de uma criança ou adolescente.

Os materiais que apresentamos abaixo são fragmentos retirados na íntegra de descrições que foram coletados por nós das anotações realizadas pelos profissionais da equipe de saúde mental do CAPSi acerca do momento da recepção de casos novos. São relatos que começam no momento do acolhimento, quando se atende ao usuário menor de idade acompanhado dos pais ou responsáveis. As informações são registradas e arquivadas no prontuário em uma pasta, com um número de identificação, que contém os ditos que dizem respeito do “caso”. As informações coletadas traçam um histórico do trajeto da criança e vão desde a chegada do potencial usuário, passando por um raciocínio diagnóstico que pode levar a sua “admissão” e proposta de tratamento no CAPSi, chegando até o momento final do seu tratamento, ou seja, na linguagem da saúde, da sua “alta”.

Lembramos que, no âmbito do modelo psicossocial, a assistência é realizada por uma equipe multiprofissional que a princípio compartilha responsabilidades. No CAPS estudado, os encaminhamentos de uma nova criança podem ser recebidos por um dos profissionais que esteja disponível para realizar um primeiro atendimento. Entretanto, posteriormente, cada novo caso será avaliado pelo conjunto dos profissionais da equipe, a qual deve considerar para diagnóstico e proposição de cuidados às crianças em atividade escolar as condições biopsicossociais na família e nas suas comunidades. Ressaltamos que a maioria das crianças é originária de classes sociais menos favorecidas e essa característica marcadamente socioeconômica deve ser levada em consideração no processo de trabalho do CAPSi.

Uma vez apresentado, em linhas gerais, um perfil dos documentos que um prontuário suporta e a sua situação de circulação no campo de pesquisa, passaremos, em seguida, a apresentar um exemplo de como se organiza a história de uma criança que é aluno de uma escola pública e passa a ser usuário do CAPSi. Faremos isso acompanhando os documentos escritos pensados em um prontuário. A nossa escolha deste prontuário, que classificamos de prontuário 01 e é específico da criança que chamaremos de Márcio, dentre os vários que observamos, se justifica não apenas por apresentar anotações que explicitam correlações entre a

escola e o CAPSi, mas também por ser um exemplo da organização e conteúdos do conjunto dos demais prontuários, uma espécie de modelo de prontuário.

Os dois documentos anexados ao prontuário 01 que iniciam a história do atendimento de Márcio no CAPS são: o primeiro, a “Ficha de acolhimento” (excerto 1), um documento originário do CAPSi e o segundo, anexado imediatamente na seqüência, a “Ficha de desempenho do aluno”, um documento originário da escola (excerto 2).

### **Excerto um<sup>16</sup>** – Prontuário n. 1 - Márcio

#### FICHA DE ACOLHIMENTO\*

Idade: 7 anos sexo: masculino data de nascimento: 09-03-98

Escolaridade: data de acolhimento: 31-08-06

Encaminhado por: escola

Hipótese diagnóstica: *F90* [Hiperatividade] e *F32* [Depressão]

**Queixa:** A escola encaminhou por escrito queixa de Márcio de que *apresenta desatenção, agressividade, dificuldade de concentração, “se emburra” com facilidade e apresenta dificuldade de apdz [aprendizagem], a mãe concorda com a escola, e relata que em casa é também assim, desde pequeno bate na cabeça, puxa o próprio cabelo, se mordida*. M. fora testemunha de violência doméstica contra a mãe, Márcio viveu em ambiente de intensa hostilidade e agressividade, inclusive com objetos, a queixa freqüente e intensa é de cefaléia desde pequeno fizera EEG [eletro encefalograma], porém Márcio nascera de nove meses parto normal, sem intercorrências na gestação. De 1 ano e 8 meses andou, com 2 anos falou, brinca sempre sozinho. Na consulta Márcio apresenta-se introspectivo, olhar triste, recusa-se a falar, responde gestualmente. Apetite varia em função das dores de cabeça, foi prescrito uso de Dipirona para a cefaléia, iniciou vida escolar aos 5 anos, hoje cursa a 1ª série, está apresentando dificuldade para aprender, na escola acaba levando a culpa de tudo, exatamente porque não fala, não se proclama frente ao colégio.

Prefeitura Municipal de [cidade X]

Secretaria Municipal de Educação, Deporto e Lazer

E M E B [escola] . Professora J.D.S.

Letivo 2006, 1º ciclo, Etapa II, Turma: A

Aluno: Márcio.

Semestre: 3º Progressão PPDA [Programa de Progressão Didática do Aluno]

\* Anotação manuscrita de Profissional da Equipe do CAPSi

Como dissemos anteriormente, na seqüência a esta “Ficha de acolhimento” que abre o documento de Márcio como usuário do CAPSi está anexado a “Ficha de desempenho do Aluno” no terceiro bimestre do ano escolar, conforme abaixo:

<sup>16</sup> Assinalamos que os documentos escritos apresentados nos excertos foram copiados tal qual se encontravam no original, sem identificação do nome dos autores e sem correções ortográficas ou gramaticais. Os comentários do pesquisador são colocados entre colchetes, três pontos entre colchetes indicam trecho incompreensível e se usa itálico para referenciar palavras, frases, expressões ou parágrafos que serão citados no corpo da nossa análise. Para eventual esclarecimento de siglas, abreviaturas e termos ver, respectivamente, a lista de siglas, a lista de abreviaturas ou o glossário.

**Excerto dois – Prontuário n. 1 - Márcio**

## FICHA DO DESEMPENHO DO ALUNO\*

Neste 3º Bimestre o aluno Márcio, apresentou um pequeno avanço com relação ao raciocínio lógico matemático, pois demonstra melhora na assimilação dos conteúdos. Em relação a leitura, escritura interpretação continua demonstrando dificuldades porém, *apresentou-se uma melhora na atividade de cópia, quando apresenta-se estar calmo, menos agitado.*

*Em relação ao desenvolvimento sócio emocional tem apresentado uma pequena melhora pois, tem demonstrado menos agressivo com os colegas e professores, tem se emburrado menos em sala de aula. Continua demonstrando muita dificuldade na expressa de sentimentos em atos, gestos e palavras.*

Assinatura do [a] professor [a]

Assinatura do [a] Coordenador [a] pedagógico [a]

\* Documento da escola anexado ao Prontuário de Márcio

Percebemos que muitas correlações podem ser tecidas sobre a construção interna dos dois textos apresentados acima. Podemos começar rastreando o fio da frase, comparar termos e expressões e progressivamente nos distanciar da superfície do enunciado e alcançar algumas direções discursivas. Entretanto, adotando o modo como alguns lingüistas da APST analisam a situação de trabalho, a exemplo de Frédérique François (1989) e Daniel Faïta (2002, 2005), passaremos a acompanhar o caminho do diálogo entre os textos na linha temporal do seu desenvolvimento. Ou seja, analisaremos a seqüência das anotações que na área da saúde é chamada de evolução do tratamento, assinalando alguns eventos discursivos tomados como as alternâncias e/ou réplicas de um diálogo de textos, nos quais marcaremos algumas ocorrências lexicais para estabilizar a referência a um determinado campo do sentido.

Se compararmos o título do documento um apresentado no excerto um: “FICHA DE ACOLHIMENTO” e o título do documento dois do prontuário de Márcio: “FICHA DO DESEMPENHO DO ALUNO”, podemos observar que, no primeiro documento do CAPSi não é explicitado de quem é o acolhimento, a referência direta está em aberto e que, no primeiro documento da escola anexado ao prontuário 1 como documento dois, a referência é ao sujeito aluno.

O excerto três, apresentado mais à frente, é um fragmento de um documento originário do CAPSi chamado de “FICHA DE EVOLUÇÃO” que também faz parte do conjunto de documentos que estão reunidos no prontuário do Márcio. Se pensarmos apenas no título, a referência também está em aberto. Entretanto, se pensarmos que o seu contexto de produção e circulação é o SUS e o CAPSi, o termo “evolução”

pode sugerir um uso terminológico que coloca a criança no campo biomédico, pois remete diretamente à “evolução de condição clínica” e não a um contexto, por exemplo, do campo escolar de “evolução de situação acadêmica”. O fato é que tal sentido clínico, em geral não é explicitado nos títulos dos documentos do CAPSi.

Se olharmos novamente para o título do excerto 1, considerando o contexto da Saúde Mental, o termo acolhimento remete mais diretamente para uma espécie de ‘primeiro contacto’, a recepção de alguém a ser avaliado. Essa tendência dos documentos do CAPSi, em deixar em seus títulos a referência em aberto, pode indicar um apagamento do ponto de vista do elaborador do mesmo, ou seja, do prescritor, em se pronunciar, por exemplo, se trata do *acolhimento/evolução... da criança, do usuário, do paciente*.

Entretanto, como esses documentos devem ser preenchidos pelos profissionais, observa-se que nos seus textos manuscritos a referência, via de regra, pode ser percebida direta ou indiretamente. No excerto 1, percebe-se, indiretamente, tratar-se do paciente, pois o preenchimento manuscrito assinala queixas que descrevem, de um lado, sinais e sintomas de doenças psiquiátricas (em itálico no excerto 1) e, de outro lado, duas hipóteses diagnósticas em código que corresponde à Classificação Internacional das Doenças - CID (F90 e F32). Logo, se a criança pode ser classificada como provável doente, trata-se também de provável paciente.

Quanto ao excerto 2, pela indicação direta do título identificamos Márcio na condição de aluno e, nesse caso, à primeira vista, o reconhecimento do texto como do campo dos documentos que circulam nos gêneros escolares pode ser imediato. Entretanto, embora o título assinala que trata de avaliar desempenho de aluno, o preenchimento manuscrito indica um partilhamento da referência com um aluno que também é, ou pode ser, paciente. Isso pode ser inferido pelos termos e expressões utilizados da última frase do primeiro parágrafo e em toda a construção do segundo parágrafo (em itálico no excerto 2). As condições de *estar calmo, menos agitado, menos agressivo* são avaliativas do desempenho não apenas do aluno, mas do paciente Márcio. A frase: *Em relação ao desenvolvimento sócio emocional tem apresentado uma pequena melhora*, explicita que, a escola se atribui o papel de avaliadora sócio-emocional, que resulta nesse novo tipo de texto, que circula dela para o CAPSi como um avaliador de desempenho psicossocial do aluno-paciente.

Passemos ao documento apresentado no excerto três, a “Ficha de evolução”, anunciado anteriormente, a qual dá continuidade à história clínica de Márcio.

**Excerto três – Prontuário n. 1 – Márcio**

FICHA DE EVOLUÇÃO\*

06-09-06 – [...] no início da atividade tímido participando um pouco com vergonha, depois ficou *mais solto, sorrindo e participando com alegria*.

Assinatura do [a] enfermeiro [a]

08-09-06 – Sempre foi muito inquieto, foi encaminhado pela escola porque é desatento e agressivo, não faz as atividades propostas, “atrapalha” as outras crianças. Foi para a escola com cinco anos (Jardim) e já havia queixas de seu comportamento - ainda na alfabetização.

EEG normal, *refere episódios de cefaléias acompanhadas de náusea e tonturas*.  
Nega história familiar de enxaqueca.

“Fico muito emburrado, falo pouco”

CID F90?

F32?

Oficina – iniciar

CD – ECG, bioq [Exame bioquímico de sangue]

Assinatura do [a] médico [a]

21-09-06 – No GRUM [grupo multifamiliar], realizou a atividade junto com a mãe, *ela refere que a criança estar mais próxima da irmã (antes não era) e na escola e na casa diminuiu a agressividade*.

Assinatura do [a] assistente social

11-10-06 – Compareceu com pai e participou da festa do dia das crianças

18-10-06 – Segundo a escola apresenta melhora significativa no comportamento, mas continua com dificuldade na leitura e na escrita.

CD – Rit 10% [medicação Ritalina®] (1/2. 1/2. 0) [meio comprimido pela manhã; meio comprimido a tarde; nenhum comprimido a noite] 10 dias (1.1/2. 0) [em dez dias um comprimido pela manhã; meio comprimido a tarde e nenhum a noite]

Assinatura do [a] médico [a]

- Em tempo:

Márcio e o pai participaram da atividade proposta no GRUM, jogo da memória em dupla [pai e filho]. Márcio menos hostil com o pai.

Mãe fala que o comportamento agressivo regrediu, que tem medo de o remédio causar dependência, que outras mães falaram que fica muito “parado”.

CD – orientações de medicação

Rit 10% (1.1.0) [um comprimido pela manhã; um a tarde e nenhum a noite]

\* Fragmento de Atendimentos Multidisciplinares Subseqüentes

Tradicionalmente, a evolução de uma condição clínica é um texto característico dos gêneros da atividade da saúde, e mais especificamente do modelo de saúde biomédico. Trata-se de um documento aberto para preenchimento de múltiplos aspectos temporais e espaciais da história da “doença de um paciente”. Nesse sentido, apresenta no espaço e tempo da inscrição desses registros uma maior complexidade de entrecruzamentos de textos e de autores da esfera da

atividade da saúde. Na Ficha de evolução de Márcio, percebemos de forma mais explícita a inscrição de sujeitos enunciadores em papéis profissionais diversos. No excerto três, escrevem a enfermeira, o médico e a assistente social. Assinalamos que, embora ancorando os escritos na assinatura de um profissional, sabemos que ele é porta voz dos sentidos do coletivo. Sendo assim, no processo de construção do nosso olhar analítico, precisaremos dar conta de explicitar qual o papel enunciativo que se destaca e é hegemônico na circulação dos sentidos da situação de trabalho. Para tanto, teremos que evitar a correlação estrita da assinatura profissional com a fonte direta desse sentido.

A enfermeira escreve no dia 06/09/2006, relatando a participação de Márcio em atividades do CAPSi e assinalando sua capacidade de socializar-se. No dia 08/09/2006, o médico assinala que a criança, pela Classificação Internacional das Doenças (CID), continua sob suspeita diagnóstica de hiperatividade (F90?) e de depressão (F32?) e indica o início de participação dele em oficina terapêutica. No dia 21/09/2006, a assistente social relata participação de Márcio e da mãe em grupo multifamiliar (GRUM) e cita a sua melhora no relacionamento familiar. Entretanto, no registro da avaliação médica em 18/10/06, embora se assinale que Márcio *Segundo a escola apresenta melhora significativa no comportamento*, a conduta (CD) é a indicação do uso de Ritalina® (Rit 10%), uma medicação psicoestimulante que age diretamente no sistema nervoso e pode melhorar a atenção. Provavelmente, o médico indica a medicação por valorizar a informação da escola segundo a qual, embora melhor em seu comportamento, Márcio *continua com dificuldade na leitura e na escrita*.

Ao lado da prescrição medicamentosa, o médico costuma colocar uns parênteses que contêm três cifras que se referem à dosagem, em geral de comprimidos, e correspondem ao período da manhã, da tarde e da noite. No caso da Ritalina, a primeira dosagem indicada pelo médico foi (1/2.1/2.0) e após dez dias (1.1/2.0), o que implica em um aumento de dosagem gradativo. Inicia-se com meio comprimido pela manhã e a tarde; dez dias depois, passa-se para um comprimido pela manhã e meio comprimido à tarde. Ainda nesse registro, em um “em tempo” o médico comenta a participação dos pais de Márcio no Grupo de família, assinala a diminuição da hostilidade da criança com o pai e o medo da mãe quanto à dependência e possíveis efeitos colaterais causados pelo uso da medicação. Entretanto, aumenta a indicação da dosagem de medicação para (1.1.0), isto é: um

comprimido pela manhã e um comprimido à tarde.

O que podemos depreender da leitura desses relatos da ficha de evolução é que, a despeito de todas as palavras e expressões avaliativas de melhora, presentes nas enunciações do enfermeiro (*mais solto, sorrindo e participando com alegria*), da mãe via relato da assistente social (*ela refere que a criança estar mais próxima da irmã na escola e na casa diminuiu a agressividade*) e da escola via relato do médico (*apresenta melhora significativa no comportamento*), o médico percebe a necessidade de medicar e ao mesmo tempo de aumentar a dosagem da medicação.

Tal ação clínica indica uma atitude responsiva que poderia dialogar basicamente com três enunciações relatadas pelo próprio médico. Na avaliação do dia 08/09, temos a fala da própria criança trazida duas vezes. A primeira em citação indireta: *refere episódios de cefaléias acompanhadas de náusea e tonturas*. A segunda, em citação direta: *fico muito emburrado, falo pouco*. A terceira situação ocorre na consulta do dia 18/10, na citação fala da escola trazida em discurso segundo: *continua com dificuldade na leitura e na escrita*. Pensamos que, por hora, podemos apenas assinalar que ocorre um embate de sentidos “de melhora em aspectos psicossociais” e “manutenção de problema clínico (sinais e sintomas) que justificam um tratamento biológico”, como é chamado o tratamento medicamentoso na psiquiatria. Esperamos na continuidade da análise, com o auxílio dos documentos seguintes, esclarecer para que vertente de sentido se direciona a atividade de atenção oferecida pelo CAPSi a essa e à demais crianças.

O excerto 4 traz no seu título uma vinculação estreita com os gêneros técnicos da saúde. É preciso estar familiarizado com o campo do trabalho na saúde mental, do ponto de vista institucional, para compreender que a sigla APAC (Assistência em Procedimentos de Alta Complexidade) indica o procedimento que gera o recurso para o pagamento do tratamento de cada usuário do sistema psicossocial substitutivo ao modelo de atendimento hospitalar. A APAC é o motor financeiro dos CAPS assim como a AIH (Assistência em Internação Hospitalar) é o “cheque” que paga uma internação. Para que os CAPS recebam os valores financeiros referentes às APACs dos pacientes tratados, os motivos dos tratamentos precisam ser justificados. A liberação do pagamento das APACs depende de um laudo que oficializa a doença em um código da CID e o procedimento de cuidado que ela demanda. Este é o documento que mostramos abaixo no excerto 4.

**Excerto quatro – Prontuário n. 1 - Márcio\***

<p>LAUDO PARA EMISSÃO DA APAC</p> <p>(ACOMPANHAMENTO EM SAÚDE MENTAL)</p> <p>Diagnóstico Justificativo do Procedimento</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Episódio depressivo leve</li><li>- Distúrbio da atividade e da atenção</li><li>- inquieto</li><li>- desatento</li><li>- agressivo</li><li>- cefaléia</li><li>- dificuldade de concentração</li></ul> <p>- Sempre foi muito inquieto, foi encaminhado pela escola, é desatento e agressivo, não faz as atividades propostas. Refere episódios de cefaléia acompanhada de náusea e tonturas. Fica muito emburrado, fala pouco.</p>
---

\* documento preenchido com cópia anexada ao prontuário

Observamos que o laudo para emissão da APAC retomou os textos apresentados na Ficha de desempenho do aluno (excerto dois) e na Ficha de Evolução (excerto três), que em última instância se associam aos diagnósticos que foram propostos para a criança no início da sua acolhida no CAPSi.

Quanto aos sinais e sintomas listados como “Diagnóstico Justificativo do Procedimento” (APAC) , observamos que remetem, em todos os itens, à “Ficha de avaliação do aluno”. Entretanto, no excerto dois, no que se refere à “dificuldade de concentração”, a escola indica melhora da condição que é citada como justificativa do diagnóstico. Já quando comparamos com a “Ficha de evolução”, todos os sinais e sintomas são referenciados afirmativamente nas anotações do médico. A própria observação escrita no único parágrafo do excerto quatro foi em grande parte copiada da evolução do dia 08/09/2006.

Na tabela 1 abaixo, comparamos os três documentos, sendo que para a ficha de evolução consideramos as anotações até o dia 08/09/2006. As marcações em cinza indicam um campo de referência que reafirma o sentido.

Tabela 1 - Comparativo de justificativas para o procedimento APAC\*

Ficha de Avaliação do Aluno	Ficha de evolução (anotações até 08/09/06)	Laudo Para Emissão de APAC
<i>Neste 3º Bimestre o aluno Márcio, apresentou um pequeno avanço com relação ao raciocínio lógico matemático, pois demonstra melhora na assimilação dos conteúdos</i>		Distúrbio da atividade e da atenção
<i>Em relação a leitura, escrita interpretação continua demonstrando dificuldades</i>	não faz as atividades propostas.	dificuldade de concentração
<i>porém, apresentou-se uma melhora na atividade de cópia,</i>	foi encaminhado pela escola porque é desatento ...	Desatento
<i>quando apresenta-se estar calmo, menos agitado</i>	Sempre foi muito inquieto... ... atrapalha” as outras crianças	Inquieto
<i>Em relação ao desenvolvimento sócio emocional tem apresentado uma pequena melhora pois, tem demonstrado menos agressivo com os colegas e professores</i>	agressivo, ... com cinco anos (Jardim) e já havia queixas de seu comportamento	Agressivo
<i>tem se emburrado menos em sala de aula. Continua demonstrando muita dificuldade na expressa de sentimentos em atos, gestos e palavras</i>	fico muito emburrado, falo pouco	Episódio depressivo leve
	refere episódios de cefaléias acompanhadas de náusea e tonturas	Cefaléia

\* o texto selecionado em cinza indica uma coincidência afirmativa.

Observando o quadro acima, visualizamos que todas as justificativas que ancoram o diagnóstico de Márcio e que possibilitam que se gere a APAC, ou seja, o pagamento para o Município, pelo nível Federal, dos custos do seu tratamento, apóia-se nas anotações do médico e da escola. Contudo, em ambas apaga-se, via leitura biomédica, o que é considerado “melhora” ou desaparecimento de uma condição que era vista como problema para a escola e como sinal ou sintoma para o CAPSi.

Compreendemos que o laudo é a determinação institucional do diagnóstico que justifica o processo de trabalho no CAPSi. Com o laudo médico, a criança e

aluno Márcio é oficializada paciente. Encontramos na seqüência a este laudo, apensado ao prontuário n. 1, o documento que passamos a apresentar no excerto cinco. Trata-se de um ofício do CAPSi direcionado a escola de Márcio.

**Excerto cinco – Prontuário n. 1 - Márcio**

OFÍCIO - DE CAPSi [para a escola]

Vimos por meio deste solicitar que a criança Márcio seja autorizada a freqüentar este serviço de saúde nas manhãs de 3<sup>as</sup>feiras. Tal solicitação é justificativa em função da necessidade, neste momento, da criança receber assistência no seu desenvolvimento.

Desde já agradecemos a compreensão e colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

Assinatura do [a] psicólogo [a]

Uma vez que o título do ofício apresentado acima não descreve, como os títulos dos excertos anteriores, a que o documento se propõe, passamos diretamente a analisar o texto deste ofício assinado por profissional da psicologia como representante do CAPSi. O profissional é também gerente ou coordenador (a) do CAPSi, mas assina o ofício na condição de profissional da equipe e não na condição de chefia. Entretanto, trata-se de um texto construído a partir da perspectiva de “ofícios institucionais administrativos”. No caso, trata-se de uma solicitação do CAPSi direcionada à escola no sentido de que esta autorize, ou seja, dispense o aluno semanalmente de um turno de aula.

Essa é a primeira resposta oficial do CAPSi para a escola desde o acolhimento do encaminhamento desta. Nela subentende-se que a criança, que se tornou paciente, é também reconhecida como aluno e se solicita à escola a contrapartida de reconhecer que este aluno tem o “direito” de ser um paciente do CAPSi. As nossas observações de campo indicam que, em geral, esse tipo de solicitação é acatado pela escola e que, no CAPSi, não se questiona uma diretriz da prescrição do MS, na qual se indica que as atividades de inserção social devem ser parte integrante do projeto terapêutico, além de privilegiar aquelas relacionadas à escola (BRASIL, 2004: 23), sugerindo que no modelo psicossocial cabe ao CAPSi ajudar a manter a criança no espaço da escola. Nos documentos e manuais das políticas de saúde mental, depreende-se que seria melhor que a criança não se ausentasse da escola com a justificativa de realizar tratamento para o seu desenvolvimento.

Uma vez apresentado a seqüência do prontuário um que representa e caracteriza a relação entre os profissionais da escola e os profissionais da saúde mental, ou seja, os encaminhamentos realizados pela escola e sua recepção no CAPSi na maioria dos prontuários, passamos no item seguinte, a realizar a análise das anotações dos profissionais em diferentes prontuários, assinalando suas estabilidades e recorrências e caracterizando aspectos possíveis de um gênero discursivo da atividade de encaminhamento e recepção.

## **4.2 Uma análise dos sentidos de encaminhamento, recebimento e tratamento**

Nessa segunda fase da nossa análise, restabelecemos alguns efeitos de sentido entre os documentos do serviço substitutivo em saúde mental e os documentos da escola a partir do diálogo travado entre os tipos de texto típicos da circulação nos serviços de saúde mental com aqueles típicos da circulação do campo educacional. O nosso desafio é situar estes textos típicos e prescritivos para a atividade no contexto de gêneros discursivos característicos da esfera escolar que passam a circular no contexto de gêneros típicos da saúde e *vice-versa*.

Nessa direção, vamos continuar apresentando excertos, mas agora de prontuários que caracterizam as histórias clínicas das crianças e adolescentes a partir de três tipos de encaminhamento: o primeiro, o encaminhamento verbal, ou seja, sem um escrito que o prescreva; o segundo, o encaminhamento com documento da escola, e o terceiro com documentos de outras instâncias da rede educacional.

Traçaremos sentidos possíveis entre os textos no diálogo intraprontuário e faremos, em um ou outro momento, um movimento em direção à marcação de algumas palavras (expressões e contextos enunciativos) tomadas como signos que podem nos dar pistas das direções ideológicas do sentido.

### **4.2.1. Os encaminhamentos ao CAPSi sem documento oficial**

Tratam-se basicamente de encaminhamentos verbais, trazidos nas falas de pais e responsáveis pelas crianças e adolescentes. O excerto seis apresenta o acolhimento de Pedro, que aos 12 anos chegou ao CAPSi acompanhado da Mãe:

**Excerto seis – Prontuário n. 2 - Pedro****FICHA DE ACOLHIMENTO**

Idade: 12 anos sexo: masculino data de nascimento: 09-02-94

Escolaridade: data de acolhimento: 20-10-06

Encaminhado por: pedagoga da escola, passou pelo CiAPS

Hipótese diagnóstica: F. 81(?) “[Distúrbio de Aprendizagem]”

**Queixa:** Problema na sala de aula, não deixa os colegas quietos e nem o professor, tem reclamação todos os dias desde o Pré. No 1º bimestre não tem problema, ele fica só analisando as pessoas aí depois nos outros bimestres começa a bagunçar na escola, não está copiando, não tira caderno, não faz nada, no aprendizado da Igreja Evangélica Luterana também não deixa ninguém quieto. Em casa não tem problema, a família fica o tempo todo falando de limite p/ ele não brigar com outras crianças. A mãe falou que com 4 anos deu hemiparalisia do lado esquerdo, segundo a mãe por causa de uma mancha no cérebro, ficou com tremor na mão esquerda.

Faz tratamento com neurologista [Dr. S] que encaminhou para T.O., fez uso de Depakene 3 vidros (99). Não tem mais tratamento estava bem, só que em 2004 começou cefaléia voltou ao neurologista e a médica disse que era enxaqueca, faz uso da medicação Sandomigran 1 comp. a noite.

No prontuário de Pedro, encontramos apenas a “ficha de acolhimento”, apresentada no excerto acima. Não há ficha de evolução ou Laudo de APAC. Assim como não há documento da escola, mesmo constando que o encaminhamento foi realizado pela pedagoga. Vamos reter, deste prontuário n. 2, que a informação da fonte do encaminhamento é trazida no discurso relatado da mãe pelo profissional do CAPSi.

O excerto sete a seguir, apresenta o prontuário n. 3, de Edson, que aos nove anos de idade chega ao CAPSi trazido pelo pai. Veremos nas anotações da Ficha de acolhimento, no texto preenchido no campo da “queixa”, que o encaminhamento da criança foi demandado pelo Conselho Tutelar. Observamos que, assim como no prontuário n. 2, também no prontuário n. 3 não vamos encontrar documentos oficiais que o confirmem. Assinalamos, entretanto, que na fala relatada do pai, será possível depreender que foram as queixas advindas da escola, principalmente por conta do comportamento “arteiro” e suspeita de abuso sexual de outra criança, que levaram seu filho ao conselho tutelar que, por sua vez, reencaminhou Edson ao CAPSi. Nesse sentido, a fonte da demanda por uma “providência” que acabou chegando ao CAPSi foi a escola. Se concordarmos com essa circulação de sentido, compreenderemos que o primeiro encaminhamento tenha sido da escola.

**Excerto sete – Prontuário n. 3 - Edson.**

## FICHA DE ACOLHIMENTO

Idade: 9 anos sexo: masculino data de nascimento: 26-04-97

Escolaridade: 6ª série data de acolhimento: 10-10-06

Encaminhado por: conselho tutelar - coxipó

Hipótese diagnóstica: F90?

**Queixa:** Refere o pai que a escola encaminhou ao C.Tutelar, que há ± um mês Edson está sendo acusado dentro da escola de ter abusado de uma menina de 8 anos, junto c/ 2 outros meninos, o caso foi encaminhado pelo Conselho Tutelar, a criança nega que fez tal ato. Pai acredita que ele não fez. Edson chorou muito por isso. Refere que Edson *é muito arteiro, inquieto, conversa muito, não pára sentado, na escola as notas estão razoáveis*, preguiça de copiar, *tira a atenção dos outros na sala, sabe ler e escrever*, briga muito na escola. As vezes entra nas conversas dos adultos, comenta junto, pai acha ele esperto, comunicativo. Pai fala que esses problemas não aparecem em casa é só na escola porque não controla. Em 2005 fez acompanhamento com uma psicóloga [estagiária] no R.G. do Sul, foi encaminhado pela escola por da inquietação. Todo dia vem reclamação da escola. Sempre é encaminhado a diretoria.

Encaminhamento interno: oficina de avaliação

assistente social

23-10-2006 – Não compareceu

No prontuário não constam “Ficha de evolução” ou “documentos da escola”. Mas, de acordo com o documento acima, Edson “sabe ler e escrever”, “na escola as notas estão razoáveis”, isto é, não tem dificuldade “clínica” de aprendizagem. Entretanto, *é muito arteiro, inquieto, conversa muito, não pára sentado... tira a atenção dos outros na sala... briga muito na escola*. Observamos que, mesmo sem uma avaliação mais completa da história da criança, a hipótese diagnóstica é F90 (Hiperatividade). Trata-se de encaminhamento extra-oficial e subtende-se que essa criança não retornou ao CAPSi, mas, o seu prontuário permaneceu em aberto, gerando uma APAC. Chama atenção que, tal como o caso de Márcio, as reclamações da escola sobre o comportamento do aluno “problema” são transformadas em uma hipótese diagnóstica assim que a criança adentra ao CAPSi e esse diagnóstico gera uma APAC.

Nos próximos excertos, oito e nove, apresentamos o encaminhamento da pré-adolescente Fátima; trata-se também de um encaminhamento verbal ou extra-oficial advindo da escola por meio das queixas da mãe que enfatiza a dificuldade de aprendizagem.

**Excerto oito** – Prontuário n. 4 - Fátima

## FICHA DE ACOLHIMENTO

Idade: 12 anos sexo: feminino data de nascimento: 01-06-94

Escolaridade: data de acolhimento: 17-10-06

Encaminhado por: escola

Hipótese diagnóstica: F90?

**Queixa:** Criança encaminhada pela escola, está na 3ª série com 12 anos, ingressou com 6 anos, foi reprovada de uma vez na 1ª série e duas vezes na 2ª série, continua com dificuldades na 3ª série: inquieta em sala de aula (sempre foi), lê pouco, escreve bem, copia. Fátima diz que a professora explica algo e depois esquece. A mãe diz que Fátima é muito distraída, na escola e em casa. Fátima diz que na escola lhe chamam de “macaco”, “canguru”, “dragão porque sou feia e pulo muito”. Atualmente faz acompanhamento com neurologista, fazendo uso de DEPAKOT e outra medicação desde os sete anos ele acompanha [o neurologista].

Notamos mais uma vez, no excerto acima, que o profissional do CAPS acata o relato verbal trazido pela mãe, responsável pela criança ou adolescente, e preenche o campo do encaminhamento como demanda da escola. A pré-adolescente faz tratamento há aproximadamente seis anos com um neurologista e usa duas medicações, dentre elas um estabilizador de humor (Depakote®). Observamos que Fátima na sua chegada tem anotado na “Ficha de acolhimento” a mesma hipótese diagnóstica destinada à maioria dos usuários do CAPSi, a hiperatividade (F90). Tal hipótese será revista no documento seqüencial:

**Excerto nove** – Prontuário n. 4 - Fátima

## FICHA DE EVOLUÇÃO

16-11-06 – Dificuldades de aprendizado – está na 3ª série e ainda não está alfabetizada [...] desde os três meses de vida tem crises compulsivas, mas começou a fazer tratamento com 5 anos. Atualmente, em uso de DEPAKOTE 150g/dia e outra medicação p/ hipoglicemia. Sempre teve dificuldade com qualquer atividade, não consegue aprender nada s/ ser monitorada em todas as atividades.

CID F70- F71

Na ficha de evolução, apresentada no excerto nove, as dificuldades de aprendizagem são ressaltadas e o diagnóstico muda para Retardo Mental leve (F70) a Retardo Mental moderado (F71), de acordo com a CID.

Observamos que apenas esses dois documentos apresentados nos excertos oito e nove compõem o prontuário 3. Embora nossa observação indique que muito do trabalho dos profissionais da equipe do CAPSi não será anotado nos seus escritos do dia a dia da atividade, chama atenção a escassez de escritos nesse e em outros prontuários. Pensamos que, na “Ficha de acolhimento” e na “Ficha de

evolução” não há informações suficientes para que possamos acompanhar os efeitos de sentido que levam a uma hipótese diagnóstica “x” e a um diagnóstico positivo “y”. Lembramos ainda que, os prescritos para os serviços substitutivos, determinam que o tratamento no CAPS deve primar pela construção de projetos terapêuticos individuais que estejam centrados nos recursos sociais e psicológicos muito mais do que nos biológicos (medicamentosos). Esses tipos de projetos psicossociais exigiriam além de maiores discussões na atividade cotidiana, maiores descrições nos prontuários para que a informação pudesse estabilizar as referências do processo de trabalho.

O exemplo seguinte assinala documentos do prontuário 5 (excertos dez e onze) que traçam o histórico de Talita. Vejamos a “Ficha de acolhimento:

#### **Excerto dez – Prontuário n. 5 - Talita**

FICHA DE ACOLHIMENTO	
Idade: 9 anos	sexo: feminino data de nascimento: 23-05-1997
Escolaridade: 4ª série	data de acolhimento:
Encaminhado por: escola	Hipótese diagnóstica:
<p><b>Queixa:</b> Enquanto brinca é impaciente. Mudou de escola há 4 meses. Iniciou na escola anterior com 4 anos, a mãe foi trabalhar e a criança ficava o dia todo em período integral até o ano passado. <i>Teve muitos problemas na disciplina “copiava a lição de pé, não sentava” (sic), brincava todo o tempo na escola nova, tem brigado muito com os meninos.</i> Enfrenta e revida toda provocação. A mãe foi chamada várias vezes. Mãe conta que desde pequena tudo que pega quebra ou desmonta o que vê pela frente. Mãe nega uso de medicação. A mãe fala que utiliza castigos, tira TV, passeio e brincadeiras na rua. Quando apronta muitas vezes há punição física, usa cinta. A criança confirma que apanha dos pais quando apronta.</p>	

Nos escritos do acolhimento de Talita destaca-se na “queixa”, via fala relatada da mãe, que foi a escola que primeiro orientou o encaminhamento para o CAPSi devido a criança não corresponder às regras de comportamento exigidas no ambiente escolar (*Teve muitos problemas na disciplina “copiava a lição de pé, não sentava” (sic), brincava todo o tempo na escola nova, tem brigado muito com os meninos*). Talita passou de aluna, sem dificuldades de aprendizagem, mas, com “problemas de comportamento” para uma criança paciente “F90”, que faz uso de medicação. Passamos aos registros da “ficha de evolução”:

**Excerto onze – Prontuário n. 5 - Talita**

## FICHA DE EVOLUÇÃO

27-07-2006 – Queixas principalmente na escola sobre seu comportamento. Tem [...] p/ TDAM ppl/ e hiperativa, não tem dificuldade de aprendizagem. É muito irritada, nervosa, impulsiva, briguenta. Demora muito p/ dormir, é difícil p/ acordar. Queixa de cefaléia freqüente, já foi avaliada por oftalmo – s/ alterações

CID– F90

CD – TROFANIL 25 (0.0.1)

Exames sg / ECG[Eletrocardiograma]/EEG[eletroencefalograma]

Assinatura do[a] médico[a]

29-07-06 – Melhora considerável mas, ainda muito inquieta.

Aguardo EEG

Trofanil 25 (0.0.2)

25-08-06 – Mãe compareceu ao GAOP [grupo de atendimento e orientação a pais], refere que ela está tendo melhora na escola, no comportamento, não tem dificuldades escolares. É inquieta faz várias coisas ao mesmo tempo, na família é apelidada de “furacão”. Mãe fez atividade com calma.

Assinatura da assistente social

05-09-06 – E.E.G.– normal, melhora considerável do comportamento, queixa de cefaléia continuamente, alimentação ok.

CD Trofanil 25 (0.0.2)

Assinatura do[a] médico[a]

01-10-06 – Mãe participou GAOP, refere que Talita dorme melhor, mas tranqüila e calma, *a escola percebe essa mudança e que tem ficado na carteira e feito atividades, [...]* com queixas de dor de cabeça e no estômago.

Na ficha de evolução, apresentada no excerto onze, observamos que em 27/08/2006 as reclamações referentes ao comportamento indisciplinado de Talita na escola são novamente destacadas e que a hipótese diagnóstica mais uma vez é hiperatividade. Há solicitação de exames tais como ECG (eletrocardiograma) e EEG (eletroencefalograma) e, ainda, a orientação para o uso de uma medicação antidepressiva (Trofanil®). Quanto aos exames os relatos posteriores não se referirão a resultados. Quanto à medicação é necessário assinalar que, tal como vimos no caso do Márcio, mesmo apresentando melhoras em quatro meses consecutivos, tais relatos nos registros das datas 29-07-2006, 25-08-2006, 05-09-2006 e 01-10-2006, a indicação para o uso da medicação continua, com orientação para o aumento da dosagem. Ao invés de um comprimido à noite (0.0.1), a dosagem indicada passa para dois (0.0.2).

Observamos também que a mãe de Talita participa do Grupo de apoio e

orientação aos pais (GAOP). Este é um dos programas do projeto terapêutico do CAPSi que auxiliam aos pais durante o tratamento dos seus filhos. Trata-se de um dos diferenciais do modelo psicossocial em relação ao modelo tradicional biomédico, pois a família, além receber assistência no CAPSi, é orientada quanto à importância da sua participação no tratamento da criança. Entretanto, nas discussões do grupo, é sempre reforçada a questão do diagnóstico e da necessidade e importância do uso de medicação. Tais efeitos de sentido que circulam na atividade observada e nos registros indicam uma predominância da ideologia do modelo biomédico de assistência. Provavelmente, porque a mudança de paradigma, no que tange à assistência no âmbito da saúde mental, ainda está nas primeiras águas do seu curso.

Entendemos ainda, nos registros dos excertos dez e onze, que o diálogo entre a escola e o CAPSi se materializa nos ditos da mãe de Talita que são registrados pelo profissional do CAPSi. Isso ocorre, por exemplo, no último registro (01/10/2006), no qual consta que Talita apresenta melhoras no seu comportamento e a escola reconhece. Segundo relato da mãe ao profissional do CAPSi, Talita *tem ficado na carteira e feito as atividades*. A fala da mãe dialoga com a escola que, mesmo não possuindo nenhum documento oficial apensado ao prontuário 5, se faz uma voz presente.

#### **4.2.2 Os documentos de encaminhamento da escola para o CAPSI**

Passamos a observar as regularidades dos prontuários que explicitam nos seus documentos que as crianças e adolescentes foram encaminhados oficialmente por escritos da escola.

Os excertos doze, treze e quatorze a seguir fazem parte do prontuário n. 6 de João. No excerto doze, da “Ficha de acolhimento”, o relato da mãe ao profissional do CAPSi enfatiza que as dificuldades de aprendizagem e o comportamento de João são problemas, principalmente, para a escola. A hipótese diagnóstica é anotada como “Distúrbio Específico de Aprendizagem” (F81.8):

**Excerto doze – Prontuário n. 6 - João**

## FICHA DE ACOLHIMENTO

Idade: 11anos sexo: masculino data de nascimento: 07-04-1995

Natural de Cuiabá-MT

Escolaridade: 1ªsérie período vespertino

Encaminhado por: escola

**Queixa:** Criança vem acompanhada da mãe, relatando queixa somente na escola. João não consegue aprender a ler. É agressivo na escola quando é obrigado a fazer as coisas que não quer e não consegue [ler]. Passou a estudar a tarde e não estar se adaptando. Diz que chora de vez em quando porque não consegue ler.

Família é composta por pai, mãe e a própria criança. Há mais irmãos, porém mais velhos e casados. Mãe relata que a escola é boa, a diretora e as professoras são ótimas. Dona G. teve uma gravidez complicada, teve pré-eclampsia nesta época perdeu todos os bens. Sofria sozinha. Parto cesárea. F. nasceu com 2k200g com catarata e roxinho. Já operou de catarata, usa óculos, mas não gosta. Andou com 1 ano, 1 ano e 2 meses começou a falar. Tem sono agitado geme, esfrega os pés, dorme de dia também.

*Alimentação: quando neném era magrinho. Com certa idade começou a comer mais, mãe precisa esconder os alimentos.*

Já foi feito vários exames: tomografia, 2 eletros, tireóide, toxoplasmose, todos estes, nada acusou.

João já teve uma convulsão (estava andando de bicicleta no sol quente) e foi após ver o pai mal. Não há familiares com transtornos [mentais]. Não apresenta enurese noturna.

Hipótese diagnóstica: F81. 8 (?)

Acolhimento: 15-08-06

Entendemos que a “Ficha de acolhimento” de João já caracteriza um encaminhamento da instituição escolar, o qual é confirmado no excerto treze, a seguir, com um documento da escola relatando concisamente as mesmas *queixas* mencionadas pela mãe.

**Excerto treze – Prontuário n. 6 - João**

## RELATÓRIO DA ESCOLA E.M.E.B. Profª J.D.S.

*Encaminhamos o aluno João, 11 anos de idade, matriculado no 2º ano do 1º ciclo ou 1ª série do ensino fundamental nesta unidade escolar, para fazer o processo de triagem. O aluno apresenta muita dificuldade de aprendizagem, de coordenação motora ampla, muita agressividade, demonstra dificuldade de aceitação de ordens (comando) e baixa auto-estima, chora com facilidade.*

Para que possamos melhor atender o aluno, solicitamos um laudo.

Assinatura do [a] coordenador [a] e pedagogo [a]

22-05-06

O documento da escola apresenta-se como Relatório, mas no texto esclarece que se trata de encaminhamento do *aluno João, 11 anos de idade, matriculado no 2º ano do 1º ciclo ou 1ª série do ensino fundamental nesta unidade escolar* e explicita o

objetivo: *para fazer o processo de triagem*. O chamado relatório faz ainda uma solicitação: *um laudo*, com a justificativa de *melhor atender o aluno*. Vejamos como a demanda da escola é encaminhada no trecho inicial da evolução do processo de atendimento de João no CAPSi:

**Excerto quatorze – Prontuário n. 6 - João**

<p>FICHA DE EVOLUÇÃO</p> <p>03-10-06 – Pais comparecem para saber de um retorno da equipe. Ouço um pouco da história da criança. Mãe relata quadro “convulsivo” após o pai ter passado muito mal e ela obrigou o filho a sair (naquele momento) para a escola – há 2 anos; falo que repassarei para a equipe e darei um retorno.</p> <p>03-11-06 – Discussão em equipe ficou decidido oficina de avaliação dia 09-10-06 às 14h.</p> <p style="text-align: right;">Assinatura do [a] psicólogo [a] e do [a] enfermeiro [a]</p> <p>09-10-06 – Participou da oficina de avaliação. João refere que não sabe escrever, tem um atraso escolar, interagiu com o grupo, a mini-equipe decidiu agendar consulta com Dr[a] A. dia 26-10-06 às 8h.</p> <p style="text-align: right;">Assinatura do [a] psicólogo [a] e do [a] enfermeiro[a]</p> <p>26-10-06 – Queixa específico distúrbio de aprendizagem e obesidade. Desenvolvimento normal (sic), não sabe ler e escrever, aprendendo a reconhecer dinheiro. Tem bom contato social, gosta de filmes, relata o enredo. Já foi operado de catarata.</p> <p>HD F70(?) Dist. Específico de aprendizagem? CD Avaliação de Dr do CRIDAC no programa de obesidade</p> <p style="text-align: right;">Assinatura do [a] médico [a]</p>
---

Assinalamos que, nos registros da data 26/10/2006, a queixa quanto ao “distúrbio de aprendizagem” continua, mas observamos que há dúvidas a respeito do diagnóstico sugerido inicialmente no momento do acolhimento como “Distúrbio específico de aprendizagem”. Na anotação médica do dia 26/10/2006, o primeiro diagnóstico sugerido passa a ser o de *F70(?)*, que na CID corresponde a Retardo Mental, e fica a dúvida, na segunda opção, se poderia ser o *Dist Específico de aprendizagem?* Explicitamos que *F70(?)* passou a ser a primeira opção, pois há uma convenção da prática médica de que o primeiro diagnóstico anotado corresponde à primeira opção diagnóstica.

Quanto à conduta (CD) orientada pelo médico na última anotação registrada, consta um encaminhamento para tratamento em um Programa de obesidade. Esse problema havia sido sugerido indiretamente pela mãe no momento do acolhimento e foi registrado pelo profissional em um item denominado “Alimentação” que foi

preenchido com o seguinte relato da voz da mãe de João: *quando neném era magrinho. Com certa idade começou a comer mais, mãe precisa esconder os alimentos.* No caso de João, o médico não prescreveu medicações. Na seqüência do prontuário n. 6, não constava, até o momento do término da nossa observação, uma resposta oficial à escola, ou seja, o Laudo por ela solicitado.

Passamos a comentar o prontuário n. 7, de André. Os documentos que o compõem serão apresentados em bloco, do excerto quinze ao dezoito, na seqüência em que foram apensados. No excerto quinze, a FICHA DE ACOLHIMENTO, no excerto dezesseis o PARECER PEDAGÓGICO, no excerto dezessete a FICHA DE EVOLUÇÃO e no excerto dezoito O LAUDO PARA EMISSÃO DE APAC. Optamos por apresentar os excertos na seqüência para demarcar a ordem espaço-temporal que assumem os prontuários quando compostos. Ademais, esses quatro tipos de textos refletem a alternância de enunciadores desse diálogo ampliado entre a escola e o CAPSi.

#### **Excerto quinze – Prontuário n. 7 - André**

##### FICHA DE ACOLHIMENTO

Idade: 10 anos sexo: masculino data de nascimento: 30-10-96  
Escolaridade: 3ª série data de recolhimento: 01-10-2005

#### **Excerto dezesseis – Prontuário n. 7 - André**

##### PARECER PEDAGÓGICO

O aluno André é extremamente ativo. Dispõe de habilidades cognitivas, pois demonstra isso através da oralidade, porém não se empenha no desenvolvimento destas, uma vez que dificilmente se concentra numa mesma atividade, mostra uma certa aversão pela escrita. O aluno apresenta problemas de relacionamento, freqüentemente se envolve em confusões com agressões verbais e físicas contra colegas, não somente dentro como fora da sala de aula, prejudicando desta forma, o ambiente educativo, principalmente o processo de construção dos conhecimentos e habilidades previstas para esta etapa.

Percebe-se que o aluno conhece mas não respeita o limites e as regras de convivência, portanto necessita de um acompanhamento e, ou ajuda no sentido de garantir não só o seu direito à aprendizagem como o dos outros também.

Assinatura do [a] diretor[a] e do[a] coordenador[a]

**Excerto dezessete – Prontuário n. 7 - André****FICHA DE EVOLUÇÃO**

09-01-06 – Segundo o pai relata que A. passou de ano, com notas boas, queixa de agressividade, comportamento desafiante, desobediente. A escola não quer mais aceitá-lo. Essas reclamações aparecem mais na escola, em casa a mãe controla porque ele quer ficar na rua, rouba bolinhas, bolacha. A mãe bate, bota castigo. Com três anos ficava na creche, o pai relata que após isso o comportamento mudou.

Assinatura do [a] assistente social

17-01-06 – A mãe reclama do comportamento o filho – as crianças da rua querem invadir sua casa para bater nele. A. agride a professora – se junta com 5 meninos para cometer pequenas infrações – “esse comportamento” (segundo a mãe) apareceu após ficar na creche, voltava todo machucado, não gosta de crianças, prefere os mais velhos, começou a bater o queixo no peito (mania?). Sabe ler, prova oral ok, prova escrita não, fez T.O. na Policlínica do Coxipó, a Secretaria de Educação enviou para P. [um médico]. Fez oficina com a médica p/ avaliação.

Assinatura do [a] psicólogo [a]

06-03-06 – O tio compareceu no GAP, falou muito pouco a respeito da criança, disse que embora conviva diariamente com a criança, procura não se envolver muito. Intervemos no sentido de resgatar a importância do laço afetivo.

Assinatura do [a] psicólogo [a]

13-03-06 – Compareceu a oficina com o tio, [...] participou de forma tranqüila, refere que todos batem e quem mais bate é a mãe, diz não saber o motivo, não tinha outras crianças na oficina. A. brincou comigo e interagiu de forma dócil. Orientei o tio para participar do GAP.

Assinatura do [a] psicólogo [a]

05-05-06 – A. compareceu a oficina terapêutica com o tio, relata que mudou de escola, mostra calma, tranqüilidade, afetividade. Fala das regras da nova escola. Em discussão de equipe foi decidido abordagem da mãe p/ trabalhar a alta de A.

Assinatura do [a] psicólogo [a]

10-06-06 – Compareceu a oficina, veio acompanhado pela mãe, realizou as atividades feliz por estar fazendo junto com a mãe. Durante o lanche começou a provocar as outras crianças de forma agressiva.

Assinatura do [a] psicólogo [a]

26-06-06 – Esteve presente, acompanhando pelo o tio. A princípio não aceitou as atividades propostas, sugerindo outras. Foi trabalhado com ele qual era a nossa proposta, e porque, e com muito jeitinho A. foi aceitando colaborar, sempre desatento e provocando as outras crianças, sujou a camisa do colega c/ cola.

Assinatura do [a] psicólogo [a]

26-07-06 – Em discussão de equipe nova escuta para maior compreensão da dinâmica familiar onde a criança está inserida.

Assinatura do [a] psicólogo [a]

03-08-06 – Padrasto e mãe de A. comparecem para uma nova escuta. Está com dificuldade de acordar cedo, “dormindo até mais tarde durante as férias”. Gasta muito caderno pois, gosta de desenhar “carros”. As queixas da escola pararam. Vai à igreja. Não ta andando com colegas que a família não gostava, parou de xingar, mantém dificuldade para ler e escrever, sabe mas é devagar, vai bem na demanda oral. Padrasto refere que A. ainda apresenta ênurese noturna. Está sem medicação há dez dias (Tegretol e Trofanil).

Assinatura do [a] psicólogo [a]

05-10-06 – A mãe relatou que teve piora no quadro, isto porque está sem medicação, já há 2 meses sem fazer uso, está agressivo tanto em casa como na escola, com dificuldade na aprendizagem, o mesmo estuda a 3ª série e provavelmente vai ser reprovado segundo informações da mãe, solicitar contato c/ a escola, falar c/ a professora Z.

**Excerto dezoito – Prontuário n. 7 - André****LAUDO PARA EMISSÃO DE APAC  
(Acompanhamento em Saúde Mental)****Diagnóstico**

- Distúrbio de conduta – F91
- Comportamento dissocial e agressivo
- Crueldade com relação a outras pessoas
- Postura desafiante; não aceita regras
- Prejuízo nas relações sociais e familiares
- Encaminhado para avaliação psicopedagógica no C.R.I.D.A.C.

Os excertos acima tratam do histórico da criança André, um “caso” de recolhimento, isto é, trata-se de uma criança que já havia sido atendida no CAPSi anteriormente. Talvez por essa razão, não conste um registro mais detalhado na Ficha de Acolhimento (excerto 15) como é característico desse documento em outros prontuários (por exemplo, nos prontuários anteriormente comentados).

O “parecer pedagógico” (excerto 16) que encaminha oficialmente André ao CAPS, ressalta o incômodo causado por conta do seu comportamento ao “ambiente educatico”. Segundo a escola, a criança não tem dificuldade de aprendizagem, o problema é o desrespeito às “regras de convivência”.

A ficha de evolução (excerto 17) traz dez meses de história do tratamento de André, no primeiro mês, janeiro de 2006, a anotação é da Assistência Social, nos meses seguintes, até outubro do mesmo ano, as anotações são da Psicologia. No primeiro registro (09/01/2006), confirma-se, por meio da fala do pai, que André não tem dificuldade de aprendizagem. As queixas sobre o comportamento é que são destacadas nesse registro e no seguinte (17/01/2006). Nas anotações das duas datas, percebemos a temática característica dos encaminhamentos estudados anteriormente: o aluno problema. A escola inclusive, já o havia encaminhado, via a Secretaria de Educação para tratamento médico e realização de T.O. (terapia ocupacional) em uma policlínica. Nos registros dos dias 17/01/2006 e 13/03/2006, constam que a convivência familiar é conflituosa e tensa. A partir do dia 05/05/2006 os relatos começam a indicar a melhora de André, confirmada em relato do dia 10/06/2006 e reafirmada em detalhes no dia 03/08-2006 - quando se registra que as *queixas da escola pararam* e se assinala que está sem fazer uso das medicações Tegretol® e Trofaniil® (estabilizador de humor e antidepressivo). No último registro da evolução, em 05/10/2006, de acordo com o relato da mãe, André “piora” o comportamento e apresenta agora dificuldade de aprendizagem. O profissional do

Centro registra a necessidade de contato com a escola.

O Laudo (excerto 18) oficializa o aluno mal comportado na escola como um paciente com o diagnóstico de distúrbio de conduta (F91). Percebemos que o comportamento agressivo, indisciplinado transforma-se em uma doença.

O conjunto dos quatro documentos apensados no prontuário de André nos ajuda a repensar na totalidade dos prontuários das sete crianças que vimos até agora. Olhando os discursos a partir do ponto de vista do CAPSi como a esfera de atividade por nós observada, em linhas gerais os textos mínimos que instituem a organicidade do prontuário são apresentados como documentos que representam:

- O acolhimento: Abre a história da criança no CAPSI a partir de um encaminhamento que é, em geral, da escola; está sempre presente (na prática da observação e às vezes só ele existe no prontuário);
- O encaminhamento oficial: Geralmente vindo da escola, o documento reafirma a posição do aluno como aluno problema e pede ao CAPSi que ajude a escola; às vezes está presente no prontuário (mas lembramos que pode ser dispensado, pois a escola já encaminhou no acolhimento via a voz dos pais ou responsáveis);
- A evolução do tratamento: Registra o processo do trabalho da equipe do CAPSI com o aluno-paciente; existe na maioria dos prontuários (variando bastante a quantidade e a qualidade dos relatos que atualiza);
- O Laudo diagnóstico: Institucionaliza a criança e/ou aluno como paciente do Sistema Único de Saúde gerando uma cobrança e um pagamento do tratamento chamado entre parêntesis “acompanhamento de saúde mental”; está sempre presente na esfera administrativa, mas nem sempre está presente no prontuário (não há criança em atendimento no CAPSi que não gere um procedimento APAC).

Assinalamos ainda que, pela sua posição de gerar a existência oficial de um paciente em acompanhamento de saúde mental, na prática da organização dos documentos nos prontuários, o laudo é colocado antes da evolução clínica do tratamento, uma vez que esta é decorrência da instituição do objeto do trabalho a ser acompanhado: a criança/ aluno/ paciente. Não encontramos documento de alta.

### 4.2.3 Os documentos de encaminhamento de outras instâncias educacionais para o CAPSi

Neste item destacamos um último exemplo da totalidade dos prontuários que observamos para comentar um tipo específico de encaminhamento gerado não mais diretamente pela escola para o CAPSi, mas do gestor do Sistema Escolar estatal para o CAPSi. Tal acontecimento é esporádico, mas, do nosso ponto de vista, sugere uma atividade em desenvolvimento no processo de construção e mobilização de textos do campo escolar para o campo da saúde.

Nos excertos dezoenove e vinte apresentamos o acolhimento e a evolução de Rafeal, um pré-adolescente de 13 anos encaminhado devido a problemas causados pelo seu comportamento agressivo no espaço escolar e suas dificuldades de aprendizagem. Ele chegou ao CAPSi em tratamento médico e fazendo uso de Amitripilina®, uma medicação antidepressiva. O que nos chamou atenção no excerto dezoenove foi a anotação de que Rafael teria sido encaminhado pela Secretaria de Educação.

#### Excerto dezoenove – Prontuário n. 8 - Rafael

##### FICHA DE ACOLHIMENTO

Idade: 13 anos sexo: masculino data de nascimento: 30-04-82

Escolaridade: 5ª série data de acolhimento:16-10-2006

*Encaminhado por: secretaria de educação*

**Queixa:** Veio encaminhado pela psicóloga da escola S.A., está apresentando distúrbio de comportamento, agressividade na escola, não pára na sala de aula, fica disperso, já reprovou duas vezes na 5ª série, faz tratamento com neurologista e usa medicação Amitripilina (01 comprimido à noite). Os pais são separados, mora com mãe e uma irmã de 18 anos, porém o pai nunca esta ausente, na escola vem apresentando dificuldade na matemática, razão das reprovações anteriores. A preocupação dos pais é em relação aos problemas apresentados na sua conduta na escola que segundo eles falam em “formar gangues” e apareceu trouxinhas que foram simulação onde o mesmo referiu que era droga. Os pais atribuem a escola os problemas que ele vem apresentando, acham que é perseguição tanto da diretora e da coordenadora, certos fatos que ocorreu no cotidiano e culpam somente a Rafael., sendo que outros alunos também, contribuem para desencadear os acontecimentos acerca da violência escola.

No excerto vinte, abaixo, a informação é confirmada pela presença no prontuário 8, de um documento da própria Secretaria de Educação do Estado, e não da escola, que faz o encaminhamento oficial do aluno Rafael ao CAPSi.

**Excerto vinte – Prontuário n. 8 - Rafael**

GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO  
Secretaria de Estado e Educação  
Superintendência de Ensino e Currículo – Equipe de Educação Especial  
ENCAMINHAMENTO  
Após Avaliação Diferencial realizada por Pedagogo e Psicólogo no dia 09-10-06 encaminhamos o aluno Rafael com idade de 13 anos, da Escola S. A. para Avaliação Complementar de Psiquiatra e equipe multidisciplinar.

Atenciosamente,  
Psicólogo [a] e pedagogo[a]

Conforme consulta com neurologista, o adolescente apresenta transtorno de comportamento, compulsivo, hiperativo. Vem apresentando muita dificuldade de no convívio escolar.

[observação com os carimbos dos dois profissionais]

Destacamos que, no caso de Rafael, o encaminhamento foi realizado pelos profissionais Psicólogo e Psicopedagogo que trabalham lotados ao nível central da Secretaria Estadual de Educação e não na escola. Segundo informação dada pela gerente do CAPSi, a Secretaria Estadual de Educação cogita em centralizar todos os encaminhamentos escolares destinados ao CAPSi. Ou seja, entende que no papel de instância educacional que coordena, as escolas devem cuidar para que os alunos considerados “problema” sejam encaminhados ao CAPSi via uma espécie de consultório psicopedagógico que avaliaria primeiro os casos encaminhados pela escola e então os repassaria ao CAPSi. A proposta parece discordar do sistema idealizado pelas diretrizes do MS, pois este considera que cabe ao CAPSi buscar a ajuda da escola para fazer o projeto terapêutico psicossocial fora do CAPS, mantendo ao máximo a criança na escola. Por hora o que nos cabe é, uma vez detectada essa possibilidade, assinalar que esse ponto merece ser mais discutido.

Confrontamos, neste capítulo, os sentidos apreendidos dos escritos dos prontuários entre os documentos da escola e do CAPSi, com ditos e dados da nossa observação e com as diretrizes do SUS para o trabalho no modo psicossocial. Na seqüência, na conclusão, apresentaremos nossas reflexões finais, considerando os objetivos e questões norteadoras da pesquisa e comentando limites e perspectivas do nosso estudo.

## CAPÍTULO QUATRO

### ENTRE A ESCOLA E O CAPSi: OS EFEITOS DE SENTIDO NA ATIVIDADE DE ENCAMINHAMENTO E RECEPÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Neste capítulo, recorrendo a Análise do Discurso de orientação bakhtiniana, analisamos os discursos mobilizados na rede dialógica do sentido tecida no trabalho do CAPSi e descrevemos algumas possíveis características dos gêneros dos discursos que participam da situação de trabalho entre a escola e o CAPSi. Para tanto, procedemos a uma análise dos materiais enunciativo-discursivos presentes nos escritos dos prontuários. Em linhas gerais, focalizamos os diálogos entre as escolas e o CAPS no momento da recepção dos alunos encaminhados pela escola. O capítulo está organizado da seguinte forma: primeiramente, no item 4.1, “os textos do acolhimento escritos em prontuários”, mostraremos, como se organizam os textos que representam e caracterizam a relação entre os profissionais da escola e os profissionais da saúde mental, ou seja, os encaminhamentos realizados pela escola e sua recepção no CAPSi. Para tanto, faremos uma análise de documentos em um prontuário representativo da totalidade dos demais.

Num segundo momento, no item 4.2, “os discursos do encaminhamento, recebimento e tratamento”, faremos a análise das anotações dos profissionais na evolução clínica de crianças e adolescentes em alguns prontuários assinalando suas estabilidades e caracterizando um gênero discursivo da atividade de encaminhamento/recepção.

A idéia geral deste capítulo é confrontar os sentidos depreendidos dos escritos dos prontuários com aqueles indicados nos documentos formais das diretrizes do SUS para o trabalho nos serviços biopsicossociais, bem como com os sentidos depreendidos da observação de campo visando à mobilização e o desenvolvimento da compreensão da atividade de saúde mental.

#### **4.1 – Uma análise dos textos escritos nos prontuários**

Em um serviço de saúde, um prontuário se caracteriza por ser uma pasta classificadora na qual vão sendo anexados, em ordem temporal, escritos que dizem

respeito à evolução clínica de um paciente desde a sua admissão, passando pela sua evolução até a sua alta. No CAPSi, um prontuário guarda esta mesma característica fundadora de ser o local oficial em que os profissionais contam a história clínica (biopsicossocial) de uma criança ou adolescente.

Os materiais que apresentamos abaixo são fragmentos retirados na íntegra de descrições que foram coletados por nós das anotações realizadas pelos profissionais da equipe de saúde mental do CAPSi acerca do momento da recepção de casos novos. São relatos que começam no momento do acolhimento, quando se atende ao usuário menor de idade acompanhado dos pais ou responsáveis. As informações são registradas e arquivadas no prontuário em uma pasta, com um número de identificação, que contém os ditos que dizem respeito do “caso”. As informações coletadas traçam um histórico do trajeto da criança e vão desde a chegada do potencial usuário, passando por um raciocínio diagnóstico que pode levar a sua “admissão” e proposta de tratamento no CAPSi, chegando até o momento final do seu tratamento, ou seja, na linguagem da saúde, da sua “alta”.

Lembramos que, no âmbito do modelo psicossocial, a assistência é realizada por uma equipe multiprofissional que a princípio compartilha responsabilidades. No CAPS estudado, os encaminhamentos de uma nova criança podem ser recebidos por um dos profissionais que esteja disponível para realizar um primeiro atendimento. Entretanto, posteriormente, cada novo caso será avaliado pelo conjunto dos profissionais da equipe, a qual deve considerar para diagnóstico e proposição de cuidados às crianças em atividade escolar as condições biopsicossociais na família e nas suas comunidades. Ressaltamos que a maioria das crianças é originária de classes sociais menos favorecidas e essa característica marcadamente socioeconômica deve ser levada em consideração no processo de trabalho do CAPSi.

Uma vez apresentado, em linhas gerais, um perfil dos documentos que um prontuário suporta e a sua situação de circulação no campo de pesquisa, passaremos, em seguida, a apresentar um exemplo de como se organiza a história de uma criança que é aluno de uma escola pública e passa a ser usuário do CAPSi. Faremos isso acompanhando os documentos escritos pensados em um prontuário. A nossa escolha deste prontuário, que classificamos de prontuário 01 e é específico da criança que chamaremos de Márcio, dentre os vários que observamos, se justifica não apenas por apresentar anotações que explicitam correlações entre a

escola e o CAPSi, mas também por ser um exemplo da organização e conteúdos do conjunto dos demais prontuários, uma espécie de modelo de prontuário.

Os dois documentos anexados ao prontuário 01 que iniciam a história do atendimento de Márcio no CAPS são: o primeiro, a “Ficha de acolhimento” (excerto 1), um documento originário do CAPSi e o segundo, anexado imediatamente na seqüência, a “Ficha de desempenho do aluno”, um documento originário da escola (excerto 2).

### **Excerto um<sup>17</sup>** – Prontuário n. 1 - Márcio

#### FICHA DE ACOLHIMENTO\*

Idade: 7 anos sexo: masculino data de nascimento: 09-03-98

Escolaridade: data de acolhimento: 31-08-06

Encaminhado por: escola

Hipótese diagnóstica: *F90* [Hiperatividade] e *F32* [Depressão]

**Queixa:** A escola encaminhou por escrito queixa de Márcio de que *apresenta desatenção, agressividade, dificuldade de concentração, “se emburra” com facilidade e apresenta dificuldade de apdz [aprendizagem], a mãe concorda com a escola, e relata que em casa é também assim, desde pequeno bate na cabeça, puxa o próprio cabelo, se mordida*. M. fora testemunha de violência doméstica contra a mãe, Márcio viveu em ambiente de intensa hostilidade e agressividade, inclusive com objetos, a queixa freqüente e intensa é de cefaléia desde pequeno fizera EEG [eletro encefalograma], porém Márcio nascera de nove meses parto normal, sem intercorrências na gestação. De 1 ano e 8 meses andou, com 2 anos falou, brinca sempre sozinho. Na consulta Márcio apresenta-se introspectivo, olhar triste, recusa-se a falar, responde gestualmente. Apetite varia em função das dores de cabeça, foi prescrito uso de Dipirona para a cefaléia, iniciou vida escolar aos 5 anos, hoje cursa a 1ª série, está apresentando dificuldade para aprender, na escola acaba levando a culpa de tudo, exatamente porque não fala, não se proclama frente ao colégio.

Prefeitura Municipal de [cidade X]

Secretaria Municipal de Educação, Deporto e Lazer

E M E B [escola] . Professora J.D.S.

Letivo 2006, 1º ciclo, Etapa II, Turma: A

Aluno: Márcio.

Semestre: 3º Progressão PPDA [Programa de Progressão Didática do Aluno]

\* Anotação manuscrita de Profissional da Equipe do CAPSi

Como dissemos anteriormente, na seqüência a esta “Ficha de acolhimento” que abre o documento de Márcio como usuário do CAPSi está anexado a “Ficha de desempenho do Aluno” no terceiro bimestre do ano escolar, conforme abaixo:

<sup>17</sup> Assinalamos que os documentos escritos apresentados nos excertos foram copiados tal qual se encontravam no original, sem identificação do nome dos autores e sem correções ortográficas ou gramaticais. Os comentários do pesquisador são colocados entre colchetes, três pontos entre colchetes indicam trecho incompreensível e se usa itálico para referenciar palavras, frases, expressões ou parágrafos que serão citados no corpo da nossa análise. Para eventual esclarecimento de siglas, abreviaturas e termos ver, respectivamente, a lista de siglas, a lista de abreviaturas ou o glossário.

**Excerto dois – Prontuário n. 1 - Márcio**

## FICHA DO DESEMPENHO DO ALUNO\*

Neste 3º Bimestre o aluno Márcio, apresentou um pequeno avanço com relação ao raciocínio lógico matemático, pois demonstra melhora na assimilação dos conteúdos. Em relação a leitura, escritura interpretação continua demonstrando dificuldades porém, *apresentou-se uma melhora na atividade de cópia, quando apresenta-se estar calmo, menos agitado.*

*Em relação ao desenvolvimento sócio emocional tem apresentado uma pequena melhora pois, tem demonstrado menos agressivo com os colegas e professores, tem se emburrado menos em sala de aula. Continua demonstrando muita dificuldade na expressa de sentimentos em atos, gestos e palavras.*

Assinatura do [a] professor [a]

Assinatura do [a] Coordenador [a] pedagógico [a]

\* Documento da escola anexado ao Prontuário de Márcio

Percebemos que muitas correlações podem ser tecidas sobre a construção interna dos dois textos apresentados acima. Podemos começar rastreando o fio da frase, comparar termos e expressões e progressivamente nos distanciar da superfície do enunciado e alcançar algumas direções discursivas. Entretanto, adotando o modo como alguns lingüistas da APST analisam a situação de trabalho, a exemplo de Frédérique François (1989) e Daniel Faïta (2002, 2005), passaremos a acompanhar o caminho do diálogo entre os textos na linha temporal do seu desenvolvimento. Ou seja, analisaremos a seqüência das anotações que na área da saúde é chamada de evolução do tratamento, assinalando alguns eventos discursivos tomados como as alternâncias e/ou réplicas de um diálogo de textos, nos quais marcaremos algumas ocorrências lexicais para estabilizar a referência a um determinado campo do sentido.

Se compararmos o título do documento um apresentado no excerto um: “FICHA DE ACOLHIMENTO” e o título do documento dois do prontuário de Márcio: “FICHA DO DESEMPENHO DO ALUNO”, podemos observar que, no primeiro documento do CAPSi não é explicitado de quem é o acolhimento, a referência direta está em aberto e que, no primeiro documento da escola anexado ao prontuário 1 como documento dois, a referência é ao sujeito aluno.

O excerto três, apresentado mais à frente, é um fragmento de um documento originário do CAPSi chamado de “FICHA DE EVOLUÇÃO” que também faz parte do conjunto de documentos que estão reunidos no prontuário do Márcio. Se pensarmos apenas no título, a referência também está em aberto. Entretanto, se pensarmos que o seu contexto de produção e circulação é o SUS e o CAPSi, o termo “evolução”

pode sugerir um uso terminológico que coloca a criança no campo biomédico, pois remete diretamente à “evolução de condição clínica” e não a um contexto, por exemplo, do campo escolar de “evolução de situação acadêmica”. O fato é que tal sentido clínico, em geral não é explicitado nos títulos dos documentos do CAPSi.

Se olharmos novamente para o título do excerto 1, considerando o contexto da Saúde Mental, o termo acolhimento remete mais diretamente para uma espécie de ‘primeiro contacto’, a recepção de alguém a ser avaliado. Essa tendência dos documentos do CAPSi, em deixar em seus títulos a referência em aberto, pode indicar um apagamento do ponto de vista do elaborador do mesmo, ou seja, do prescritor, em se pronunciar, por exemplo, se trata do *acolhimento/evolução... da criança, do usuário, do paciente*.

Entretanto, como esses documentos devem ser preenchidos pelos profissionais, observa-se que nos seus textos manuscritos a referência, via de regra, pode ser percebida direta ou indiretamente. No excerto 1, percebe-se, indiretamente, tratar-se do paciente, pois o preenchimento manuscrito assinala queixas que descrevem, de um lado, sinais e sintomas de doenças psiquiátricas (em itálico no excerto 1) e, de outro lado, duas hipóteses diagnósticas em código que corresponde à Classificação Internacional das Doenças - CID (F90 e F32). Logo, se a criança pode ser classificada como provável doente, trata-se também de provável paciente.

Quanto ao excerto 2, pela indicação direta do título identificamos Márcio na condição de aluno e, nesse caso, à primeira vista, o reconhecimento do texto como do campo dos documentos que circulam nos gêneros escolares pode ser imediato. Entretanto, embora o título assinala que trata de avaliar desempenho de aluno, o preenchimento manuscrito indica um partilhamento da referência com um aluno que também é, ou pode ser, paciente. Isso pode ser inferido pelos termos e expressões utilizados da última frase do primeiro parágrafo e em toda a construção do segundo parágrafo (em itálico no excerto 2). As condições de *estar calmo, menos agitado, menos agressivo* são avaliativas do desempenho não apenas do aluno, mas do paciente Márcio. A frase: *Em relação ao desenvolvimento sócio emocional tem apresentado uma pequena melhora*, explicita que, a escola se atribui o papel de avaliadora sócio-emocional, que resulta nesse novo tipo de texto, que circula dela para o CAPSi como um avaliador de desempenho psicossocial do aluno-paciente.

Passemos ao documento apresentado no excerto três, a “Ficha de evolução”, anunciado anteriormente, a qual dá continuidade à história clínica de Márcio.

**Excerto três – Prontuário n. 1 – Márcio**

FICHA DE EVOLUÇÃO\*

06-09-06 – [...] no início da atividade tímido participando um pouco com vergonha, depois ficou *mais solto, sorrindo e participando com alegria*.

Assinatura do [a] enfermeiro [a]

08-09-06 – Sempre foi muito inquieto, foi encaminhado pela escola porque é desatento e agressivo, não faz as atividades propostas, “atrapalha” as outras crianças. Foi para a escola com cinco anos (Jardim) e já havia queixas de seu comportamento - ainda na alfabetização.

EEG normal, *refere episódios de cefaléias acompanhadas de náusea e tonturas*.  
Nega história familiar de enxaqueca.

“Fico muito emburrado, falo pouco”

CID F90?

F32?

Oficina – iniciar

CD – ECG, bioq [Exame bioquímico de sangue]

Assinatura do [a] médico [a]

21-09-06 – No GRUM [grupo multifamiliar], realizou a atividade junto com a mãe, *ela refere que a criança estar mais próxima da irmã (antes não era) e na escola e na casa diminuiu a agressividade*.

Assinatura do [a] assistente social

11-10-06 – Compareceu com pai e participou da festa do dia das crianças

18-10-06 – Segundo a escola apresenta melhora significativa no comportamento, mas continua com dificuldade na leitura e na escrita.

CD – Rit 10% [medicação Ritalina®] (1/2. 1/2. 0) [meio comprimido pela manhã; meio comprimido a tarde; nenhum comprimido a noite] 10 dias (1.1/2. 0) [em dez dias um comprimido pela manhã; meio comprimido a tarde e nenhum a noite]

Assinatura do [a] médico [a]

- Em tempo:

Márcio e o pai participaram da atividade proposta no GRUM, jogo da memória em dupla [pai e filho]. Márcio menos hostil com o pai.

Mãe fala que o comportamento agressivo regrediu, que tem medo de o remédio causar dependência, que outras mães falaram que fica muito “parado”.

CD – orientações de medicação

Rit 10% (1.1.0) [um comprimido pela manhã; um a tarde e nenhum a noite]

\* Fragmento de Atendimentos Multidisciplinares Subseqüentes

Tradicionalmente, a evolução de uma condição clínica é um texto característico dos gêneros da atividade da saúde, e mais especificamente do modelo de saúde biomédico. Trata-se de um documento aberto para preenchimento de múltiplos aspectos temporais e espaciais da história da “doença de um paciente”. Nesse sentido, apresenta no espaço e tempo da inscrição desses registros uma maior complexidade de entrecruzamentos de textos e de autores da esfera da

atividade da saúde. Na Ficha de evolução de Márcio, percebemos de forma mais explícita a inscrição de sujeitos enunciadores em papéis profissionais diversos. No excerto três, escrevem a enfermeira, o médico e a assistente social. Assinalamos que, embora ancorando os escritos na assinatura de um profissional, sabemos que ele é porta voz dos sentidos do coletivo. Sendo assim, no processo de construção do nosso olhar analítico, precisaremos dar conta de explicitar qual o papel enunciativo que se destaca e é hegemônico na circulação dos sentidos da situação de trabalho. Para tanto, teremos que evitar a correlação estrita da assinatura profissional com a fonte direta desse sentido.

A enfermeira escreve no dia 06/09/2006, relatando a participação de Márcio em atividades do CAPSi e assinalando sua capacidade de socializar-se. No dia 08/09/2006, o médico assinala que a criança, pela Classificação Internacional das Doenças (CID), continua sob suspeita diagnóstica de hiperatividade (F90?) e de depressão (F32?) e indica o início de participação dele em oficina terapêutica. No dia 21/09/2006, a assistente social relata participação de Márcio e da mãe em grupo multifamiliar (GRUM) e cita a sua melhora no relacionamento familiar. Entretanto, no registro da avaliação médica em 18/10/06, embora se assinale que Márcio *Segundo a escola apresenta melhora significativa no comportamento*, a conduta (CD) é a indicação do uso de Ritalina® (Rit 10%), uma medicação psicoestimulante que age diretamente no sistema nervoso e pode melhorar a atenção. Provavelmente, o médico indica a medicação por valorizar a informação da escola segundo a qual, embora melhor em seu comportamento, Márcio *continua com dificuldade na leitura e na escrita*.

Ao lado da prescrição medicamentosa, o médico costuma colocar uns parênteses que contêm três cifras que se referem à dosagem, em geral de comprimidos, e correspondem ao período da manhã, da tarde e da noite. No caso da Ritalina, a primeira dosagem indicada pelo médico foi (1/2.1/2.0) e após dez dias (1.1/2.0), o que implica em um aumento de dosagem gradativo. Inicia-se com meio comprimido pela manhã e a tarde; dez dias depois, passa-se para um comprimido pela manhã e meio comprimido à tarde. Ainda nesse registro, em um “em tempo” o médico comenta a participação dos pais de Márcio no Grupo de família, assinala a diminuição da hostilidade da criança com o pai e o medo da mãe quanto à dependência e possíveis efeitos colaterais causados pelo uso da medicação. Entretanto, aumenta a indicação da dosagem de medicação para (1.1.0), isto é: um

comprimido pela manhã e um comprimido à tarde.

O que podemos depreender da leitura desses relatos da ficha de evolução é que, a despeito de todas as palavras e expressões avaliativas de melhora, presentes nas enunciações do enfermeiro (*mais solto, sorrindo e participando com alegria*), da mãe via relato da assistente social (*ela refere que a criança estar mais próxima da irmã na escola e na casa diminuiu a agressividade*) e da escola via relato do médico (*apresenta melhora significativa no comportamento*), o médico percebe a necessidade de medicar e ao mesmo tempo de aumentar a dosagem da medicação.

Tal ação clínica indica uma atitude responsiva que poderia dialogar basicamente com três enunciações relatadas pelo próprio médico. Na avaliação do dia 08/09, temos a fala da própria criança trazida duas vezes. A primeira em citação indireta: *refere episódios de cefaléias acompanhadas de náusea e tonturas*. A segunda, em citação direta: *fico muito emburrado, falo pouco*. A terceira situação ocorre na consulta do dia 18/10, na citação fala da escola trazida em discurso segundo: *continua com dificuldade na leitura e na escrita*. Pensamos que, por hora, podemos apenas assinalar que ocorre um embate de sentidos “de melhora em aspectos psicossociais” e “manutenção de problema clínico (sinais e sintomas) que justificam um tratamento biológico”, como é chamado o tratamento medicamentoso na psiquiatria. Esperamos na continuidade da análise, com o auxílio dos documentos seguintes, esclarecer para que vertente de sentido se direciona a atividade de atenção oferecida pelo CAPSi a essa e à demais crianças.

O excerto 4 traz no seu título uma vinculação estreita com os gêneros técnicos da saúde. É preciso estar familiarizado com o campo do trabalho na saúde mental, do ponto de vista institucional, para compreender que a sigla APAC (Assistência em Procedimentos de Alta Complexidade) indica o procedimento que gera o recurso para o pagamento do tratamento de cada usuário do sistema psicossocial substitutivo ao modelo de atendimento hospitalar. A APAC é o motor financeiro dos CAPS assim como a AIH (Assistência em Internação Hospitalar) é o “cheque” que paga uma internação. Para que os CAPS recebam os valores financeiros referentes às APACs dos pacientes tratados, os motivos dos tratamentos precisam ser justificados. A liberação do pagamento das APACs depende de um laudo que oficializa a doença em um código da CID e o procedimento de cuidado que ela demanda. Este é o documento que mostramos abaixo no excerto 4.

**Excerto quatro – Prontuário n. 1 - Márcio\***

<p>LAUDO PARA EMISSÃO DA APAC</p> <p>(ACOMPANHAMENTO EM SAÚDE MENTAL)</p> <p>Diagnóstico Justificativo do Procedimento</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Episódio depressivo leve</li><li>- Distúrbio da atividade e da atenção</li><li>- inquieto</li><li>- desatento</li><li>- agressivo</li><li>- cefaléia</li><li>- dificuldade de concentração</li></ul> <p>- Sempre foi muito inquieto, foi encaminhado pela escola, é desatento e agressivo, não faz as atividades propostas. Refere episódios de cefaléia acompanhada de náusea e tonturas. Fica muito emburrado, fala pouco.</p>
---

\* documento preenchido com cópia anexada ao prontuário

Observamos que o laudo para emissão da APAC retomou os textos apresentados na Ficha de desempenho do aluno (excerto dois) e na Ficha de Evolução (excerto três), que em última instância se associam aos diagnósticos que foram propostos para a criança no início da sua acolhida no CAPSi.

Quanto aos sinais e sintomas listados como “Diagnóstico Justificativo do Procedimento” (APAC), observamos que remetem, em todos os itens, à “Ficha de avaliação do aluno”. Entretanto, no excerto dois, no que se refere à “dificuldade de concentração”, a escola indica melhora da condição que é citada como justificativa do diagnóstico. Já quando comparamos com a “Ficha de evolução”, todos os sinais e sintomas são referenciados afirmativamente nas anotações do médico. A própria observação escrita no único parágrafo do excerto quatro foi em grande parte copiada da evolução do dia 08/09/2006.

Na tabela 1 abaixo, comparamos os três documentos, sendo que para a ficha de evolução consideramos as anotações até o dia 08/09/2006. As marcações em cinza indicam um campo de referência que reafirma o sentido.

**Tabela 1 - Comparativo de justificativas para o procedimento APAC\***

<b>Ficha de Avaliação do Aluno</b>	<b>Ficha de evolução (anotações até 08/09/06)</b>	<b>Laudo Para Emissão de APAC</b>
<i>Neste 3º Bimestre o aluno Márcio, apresentou um pequeno avanço com relação ao raciocínio lógico matemático, pois demonstra melhora na assimilação dos conteúdos</i>		Distúrbio da atividade e da atenção
<i>Em relação a leitura, escrita interpretação continua demonstrando dificuldades</i>	não faz as atividades propostas.	dificuldade de concentração
<i>porém, apresentou-se uma melhora na atividade de cópia,</i>	foi encaminhado pela escola porque é desatento ...	Desatento
<i>quando apresenta-se estar calmo, menos agitado</i>	Sempre foi muito inquieto... ... atrapalha” as outras crianças	Inquieto
<i>Em relação ao desenvolvimento sócio emocional tem apresentado uma pequena melhora pois, tem demonstrado menos agressivo com os colegas e professores</i>	agressivo, ... com cinco anos (Jardim) e já havia queixas de seu comportamento	Agressivo
<i>tem se emburrado menos em sala de aula. Continua demonstrando muita dificuldade na expressa de sentimentos em atos, gestos e palavras</i>	fico muito emburrado, falo pouco	Episódio depressivo leve
	refere episódios de cefaléias acompanhadas de náusea e tonturas	Cefaléia

\* o texto selecionado em cinza indica uma coincidência afirmativa.

Observando o quadro acima, visualizamos que todas as justificativas que ancoram o diagnóstico de Márcio e que possibilitam que se gere a APAC, ou seja, o pagamento para o Município, pelo nível Federal, dos custos do seu tratamento, apóia-se nas anotações do médico e da escola. Contudo, em ambas apaga-se, via leitura biomédica, o que é considerado “melhora” ou desaparecimento de uma condição que era vista como problema para a escola e como sinal ou sintoma para o CAPSi.

Compreendemos que o laudo é a determinação institucional do diagnóstico que justifica o processo de trabalho no CAPSi. Com o laudo médico, a criança e

aluno Márcio é oficializada paciente. Encontramos na seqüência a este laudo, apensado ao prontuário n. 1, o documento que passamos a apresentar no excerto cinco. Trata-se de um ofício do CAPSi direcionado a escola de Márcio.

**Excerto cinco – Prontuário n. 1 - Márcio**

OFÍCIO - DE CAPSi [para a escola]

Vimos por meio deste solicitar que a criança Márcio seja autorizada a freqüentar este serviço de saúde nas manhãs de 3<sup>as</sup>feiras. Tal solicitação é justificativa em função da necessidade, neste momento, da criança receber assistência no seu desenvolvimento.

Desde já agradecemos a compreensão e colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

Assinatura do [a] psicólogo [a]

Uma vez que o título do ofício apresentado acima não descreve, como os títulos dos excertos anteriores, a que o documento se propõe, passamos diretamente a analisar o texto deste ofício assinado por profissional da psicologia como representante do CAPSi. O profissional é também gerente ou coordenador (a) do CAPSi, mas assina o ofício na condição de profissional da equipe e não na condição de chefia. Entretanto, trata-se de um texto construído a partir da perspectiva de “ofícios institucionais administrativos”. No caso, trata-se de uma solicitação do CAPSi direcionada à escola no sentido de que esta autorize, ou seja, dispense o aluno semanalmente de um turno de aula.

Essa é a primeira resposta oficial do CAPSi para a escola desde o acolhimento do encaminhamento desta. Nela subentende-se que a criança, que se tornou paciente, é também reconhecida como aluno e se solicita à escola a contrapartida de reconhecer que este aluno tem o “direito” de ser um paciente do CAPSi. As nossas observações de campo indicam que, em geral, esse tipo de solicitação é acatado pela escola e que, no CAPSi, não se questiona uma diretriz da prescrição do MS, na qual se indica que as atividades de inserção social devem ser parte integrante do projeto terapêutico, além de privilegiar aquelas relacionadas à escola (BRASIL, 2004: 23), sugerindo que no modelo psicossocial cabe ao CAPSi ajudar a manter a criança no espaço da escola. Nos documentos e manuais das políticas de saúde mental, depreende-se que seria melhor que a criança não se ausentasse da escola com a justificativa de realizar tratamento para o seu desenvolvimento.

Uma vez apresentado a seqüência do prontuário um que representa e caracteriza a relação entre os profissionais da escola e os profissionais da saúde mental, ou seja, os encaminhamentos realizados pela escola e sua recepção no CAPSi na maioria dos prontuários, passamos no item seguinte, a realizar a análise das anotações dos profissionais em diferentes prontuários, assinalando suas estabilidades e recorrências e caracterizando aspectos possíveis de um gênero discursivo da atividade de encaminhamento e recepção.

## **4.2 Uma análise dos sentidos de encaminhamento, recebimento e tratamento**

Nessa segunda fase da nossa análise, restabelecemos alguns efeitos de sentido entre os documentos do serviço substitutivo em saúde mental e os documentos da escola a partir do diálogo travado entre os tipos de texto típicos da circulação nos serviços de saúde mental com aqueles típicos da circulação do campo educacional. O nosso desafio é situar estes textos típicos e prescritivos para a atividade no contexto de gêneros discursivos característicos da esfera escolar que passam a circular no contexto de gêneros típicos da saúde e *vice-versa*.

Nessa direção, vamos continuar apresentando excertos, mas agora de prontuários que caracterizam as histórias clínicas das crianças e adolescentes a partir de três tipos de encaminhamento: o primeiro, o encaminhamento verbal, ou seja, sem um escrito que o prescreva; o segundo, o encaminhamento com documento da escola, e o terceiro com documentos de outras instâncias da rede educacional.

Traçaremos sentidos possíveis entre os textos no diálogo intraprontuário e faremos, em um ou outro momento, um movimento em direção à marcação de algumas palavras (expressões e contextos enunciativos) tomadas como signos que podem nos dar pistas das direções ideológicas do sentido.

### **4.2.1. Os encaminhamentos ao CAPSi sem documento oficial**

Tratam-se basicamente de encaminhamentos verbais, trazidos nas falas de pais e responsáveis pelas crianças e adolescentes. O excerto seis apresenta o acolhimento de Pedro, que aos 12 anos chegou ao CAPSi acompanhado da Mãe:

**Excerto seis – Prontuário n. 2 - Pedro**

## FICHA DE ACOLHIMENTO

Idade: 12 anos sexo: masculino data de nascimento: 09-02-94

Escolaridade: data de acolhimento: 20-10-06

Encaminhado por: pedagoga da escola, passou pelo CiAPS

Hipótese diagnóstica: F. 81(?) “[Distúrbio de Aprendizagem]”

**Queixa:** Problema na sala de aula, não deixa os colegas quietos e nem o professor, tem reclamação todos os dias desde o Pré. No 1º bimestre não tem problema, ele fica só analisando as pessoas aí depois nos outros bimestres começa a bagunçar na escola, não está copiando, não tira caderno, não faz nada, no aprendizado da Igreja Evangélica Luterana também não deixa ninguém quieto. Em casa não tem problema, a família fica o tempo todo falando de limite p/ ele não brigar com outras crianças. A mãe falou que com 4 anos deu hemiparalisia do lado esquerdo, segundo a mãe por causa de uma mancha no cérebro, ficou com tremor na mão esquerda.

Faz tratamento com neurologista [Dr. S] que encaminhou para T.O., fez uso de Depakene 3 vidros (99). Não tem mais tratamento estava bem, só que em 2004 começou cefaléia voltou ao neurologista e a médica disse que era enxaqueca, faz uso da medicação Sandomigran 1 comp. a noite.

No prontuário de Pedro, encontramos apenas a “ficha de acolhimento”, apresentada no excerto acima. Não há ficha de evolução ou Laudo de APAC. Assim como não há documento da escola, mesmo constando que o encaminhamento foi realizado pela pedagoga. Vamos reter, deste prontuário n. 2, que a informação da fonte do encaminhamento é trazida no discurso relatado da mãe pelo profissional do CAPSi.

O excerto sete a seguir, apresenta o prontuário n. 3, de Edson, que aos nove anos de idade chega ao CAPSi trazido pelo pai. Veremos nas anotações da Ficha de acolhimento, no texto preenchido no campo da “queixa”, que o encaminhamento da criança foi demandado pelo Conselho Tutelar. Observamos que, assim como no prontuário n. 2, também no prontuário n. 3 não vamos encontrar documentos oficiais que o confirmem. Assinalamos, entretanto, que na fala relatada do pai, será possível depreender que foram as queixas advindas da escola, principalmente por conta do comportamento “arteiro” e suspeita de abuso sexual de outra criança, que levaram seu filho ao conselho tutelar que, por sua vez, reencaminhou Edson ao CAPSi. Nesse sentido, a fonte da demanda por uma “providência” que acabou chegando ao CAPSi foi a escola. Se concordarmos com essa circulação de sentido, compreenderemos que o primeiro encaminhamento tenha sido da escola.

**Excerto sete – Prontuário n. 3 - Edson.**

## FICHA DE ACOLHIMENTO

Idade: 9 anos sexo: masculino data de nascimento: 26-04-97

Escolaridade: 6ª série data de acolhimento: 10-10-06

Encaminhado por: conselho tutelar - coxipó

Hipótese diagnóstica: F90?

**Queixa:** Refere o pai que a escola encaminhou ao C.Tutelar, que há ± um mês Edson está sendo acusado dentro da escola de ter abusado de uma menina de 8 anos, junto c/ 2 outros meninos, o caso foi encaminhado pelo Conselho Tutelar, a criança nega que fez tal ato. Pai acredita que ele não fez. Edson chorou muito por isso. Refere que Edson *é muito arteiro, inquieto, conversa muito, não pára sentado, na escola as notas estão razoáveis*, preguiça de copiar, *tira a atenção dos outros na sala, sabe ler e escrever*, briga muito na escola. As vezes entra nas conversas dos adultos, comenta junto, pai acha ele esperto, comunicativo. Pai fala que esses problemas não aparecem em casa é só na escola porque não controla. Em 2005 fez acompanhamento com uma psicóloga [estagiária] no R.G. do Sul, foi encaminhado pela escola por da inquietação. Todo dia vem reclamação da escola. Sempre é encaminhado a diretoria.

Encaminhamento interno: oficina de avaliação

assistente social

23-10-2007 – Não compareceu

No prontuário não constam “Ficha de evolução” ou “documentos da escola”. Mas, de acordo com o documento acima, Edson “sabe ler e escrever”, “na escola as notas estão razoáveis”, isto é, não tem dificuldade “clínica” de aprendizagem. Entretanto, *é muito arteiro, inquieto, conversa muito, não pára sentado... tira a atenção dos outros na sala... briga muito na escola*. Observamos que, mesmo sem uma avaliação mais completa da história da criança, a hipótese diagnóstica é F90 (Hiperatividade). Trata-se de encaminhamento extra-oficial e subtende-se que essa criança não retornou ao CAPSi, mas, o seu prontuário permaneceu em aberto, gerando uma APAC. Chama atenção que, tal como o caso de Márcio, as reclamações da escola sobre o comportamento do aluno “problema” são transformadas em uma hipótese diagnóstica assim que a criança adentra ao CAPSi e esse diagnóstico gera uma APAC.

Nos próximos excertos, oito e nove, apresentamos o encaminhamento da pré-adolescente Fátima; trata-se também de um encaminhamento verbal ou extra-oficial advindo da escola por meio das queixas da mãe que enfatiza a dificuldade de aprendizagem.

**Excerto oito** – Prontuário n. 4 - Fátima

## FICHA DE ACOLHIMENTO

Idade: 12 anos sexo: feminino data de nascimento: 01-06-94

Escolaridade: data de acolhimento: 17-10-06

Encaminhado por: escola

Hipótese diagnóstica: F90?

**Queixa:** Criança encaminhada pela escola, está na 3ª série com 12 anos, ingressou com 6 anos, foi reprovada de uma vez na 1ª série e duas vezes na 2ª série, continua com dificuldades na 3ª série: inquieta em sala de aula (sempre foi), lê pouco, escreve bem, copia. Fátima diz que a professora explica algo e depois esquece. A mãe diz que Fátima é muito distraída, na escola e em casa. Fátima diz que na escola lhe chamam de “macaco”, “canguru”, “dragão porque sou feia e pulo muito”. Atualmente faz acompanhamento com neurologista, fazendo uso de DEPAKOT e outra medicação desde os sete anos ele acompanha [o neurologista].

Notamos mais uma vez, no excerto acima, que o profissional do CAPS acata o relato verbal trazido pela mãe, responsável pela criança ou adolescente, e preenche o campo do encaminhamento como demanda da escola. A pré-adolescente faz tratamento há aproximadamente seis anos com um neurologista e usa duas medicações, dentre elas um estabilizador de humor (Depakote®). Observamos que Fátima na sua chegada tem anotado na “Ficha de acolhimento” a mesma hipótese diagnóstica destinada à maioria dos usuários do CAPSi, a hiperatividade (F90). Tal hipótese será revista no documento seqüencial:

**Excerto nove** – Prontuário n. 4 - Fátima

## FICHA DE EVOLUÇÃO

16-11-06 – Dificuldades de aprendizado – está na 3ª série e ainda não está alfabetizada [...] desde os três meses de vida tem crises compulsivas, mas começou a fazer tratamento com 5 anos. Atualmente, em uso de DEPAKOTE 150g/dia e outra medicação p/ hipoglicemia. Sempre teve dificuldade com qualquer atividade, não consegue aprender nada s/ ser monitorada em todas as atividades.

CID F70- F71

Na ficha de evolução, apresentada no excerto nove, as dificuldades de aprendizagem são ressaltadas e o diagnóstico muda para Retardo Mental leve (F70) a Retardo Mental moderado (F71), de acordo com a CID.

Observamos que apenas esses dois documentos apresentados nos excertos oito e nove compõem o prontuário 3. Embora nossa observação indique que muito do trabalho dos profissionais da equipe do CAPSi não será anotado nos seus escritos do dia a dia da atividade, chama atenção a escassez de escritos nesse e em outros prontuários. Pensamos que, na “Ficha de acolhimento” e na “Ficha de

evolução” não há informações suficientes para que possamos acompanhar os efeitos de sentido que levam a uma hipótese diagnóstica “x” e a um diagnóstico positivo “y”. Lembramos ainda que, os prescritos para os serviços substitutivos, determinam que o tratamento no CAPS deve primar pela construção de projetos terapêuticos individuais que estejam centrados nos recursos sociais e psicológicos muito mais do que nos biológicos (medicamentosos). Esses tipos de projetos psicossociais exigiriam além de maiores discussões na atividade cotidiana, maiores descrições nos prontuários para que a informação pudesse estabilizar as referências do processo de trabalho.

O exemplo seguinte assinala documentos do prontuário 5 (excertos dez e onze) que traçam o histórico de Talita. Vejamos a “Ficha de acolhimento:

#### **Excerto dez – Prontuário n. 5 - Talita**

FICHA DE ACOLHIMENTO	
Idade: 9 anos	sexo: feminino data de nascimento: 23-05-1997
Escolaridade: 4ª série	data de acolhimento:
Encaminhado por: escola	Hipótese diagnóstica:
<p><b>Queixa:</b> Enquanto brinca é impaciente. Mudou de escola há 4 meses. Iniciou na escola anterior com 4 anos, a mãe foi trabalhar e a criança ficava o dia todo em período integral até o ano passado. <i>Teve muitos problemas na disciplina “copiava a lição de pé, não sentava” (sic), brincava todo o tempo na escola nova, tem brigado muito com os meninos.</i> Enfrenta e revida toda provocação. A mãe foi chamada várias vezes. Mãe conta que desde pequena tudo que pega quebra ou desmonta o que vê pela frente. Mãe nega uso de medicação. A mãe fala que utiliza castigos, tira TV, passeio e brincadeiras na rua. Quando apronta muitas vezes há punição física, usa cinta. A criança confirma que apanha dos pais quando apronta.</p>	

Nos escritos do acolhimento de Talita destaca-se na “queixa”, via fala relatada da mãe, que foi a escola que primeiro orientou o encaminhamento para o CAPSi devido a criança não corresponder às regras de comportamento exigidas no ambiente escolar (*Teve muitos problemas na disciplina “copiava a lição de pé, não sentava” (sic), brincava todo o tempo na escola nova, tem brigado muito com os meninos*). Talita passou de aluna, sem dificuldades de aprendizagem, mas, com “problemas de comportamento” para uma criança paciente “F90”, que faz uso de medicação. Passamos aos registros da “ficha de evolução”:

**Excerto onze – Prontuário n. 5 - Talita**

## FICHA DE EVOLUÇÃO

27-07-2006 – Queixas principalmente na escola sobre seu comportamento. Tem [...] p/ TDAM ppl/ e hiperativa, não tem dificuldade de aprendizagem. É muito irritada, nervosa, impulsiva, briguenta. Demora muito p/ dormir, é difícil p/ acordar. Queixa de cefaléia freqüente, já foi avaliada por oftalmo – s/ alterações

CID– F90

CD – TROFANIL 25 (0.0.1)

Exames sg / ECG[Eletrocardiograma]/EEG[eletroencefalograma]

Assinatura do[a] médico[a]

29-07-06 – Melhora considerável mas, ainda muito inquieta.

Aguardo EEG

Trofanil 25 (0.0.2)

25-08-06 – Mãe compareceu ao GAOP [grupo de atendimento e orientação a pais], refere que ela está tendo melhora na escola, no comportamento, não tem dificuldades escolares. É inquieta faz várias coisas ao mesmo tempo, na família é apelidada de “furacão”. Mãe fez atividade com calma.

Assinatura da assistente social

05-09-06 – E.E.G.– normal, melhora considerável do comportamento, queixa de cefaléia continuamente, alimentação ok.

CD Trofanil 25 (0.0.2)

Assinatura do[a] médico[a]

01-10-06 – Mãe participou GAOP, refere que Talita dorme melhor, mas tranqüila e calma, *a escola percebe essa mudança e que tem ficado na carteira e feito atividades, [...]* com queixas de dor de cabeça e no estômago.

Na ficha de evolução, apresentada no excerto onze, observamos que em 27/08/2006 as reclamações referentes ao comportamento indisciplinado de Talita na escola são novamente destacadas e que a hipótese diagnóstica mais uma vez é hiperatividade. Há solicitação de exames tais como ECG (eletrocardiograma) e EEG (eletroencefalograma) e, ainda, a orientação para o uso de uma medicação antidepressiva (Trofanil®). Quanto aos exames os relatos posteriores não se referirão a resultados. Quanto à medicação é necessário assinalar que, tal como vimos no caso do Márcio, mesmo apresentando melhoras em quatro meses consecutivos, tais relatos nos registros das datas 29-07-2006, 25-08-2006, 05-09-2006 e 01-10-2006, a indicação para o uso da medicação continua, com orientação para o aumento da dosagem. Ao invés de um comprimido à noite (0.0.1), a dosagem indicada passa para dois (0.0.2).

Observamos também que a mãe de Talita participa do Grupo de apoio e

orientação aos pais (GAOP). Este é um dos programas do projeto terapêutico do CAPSi que auxiliam aos pais durante o tratamento dos seus filhos. Trata-se de um dos diferenciais do modelo psicossocial em relação ao modelo tradicional biomédico, pois a família, além receber assistência no CAPSi, é orientada quanto à importância da sua participação no tratamento da criança. Entretanto, nas discussões do grupo, é sempre reforçada a questão do diagnóstico e da necessidade e importância do uso de medicação. Tais efeitos de sentido que circulam na atividade observada e nos registros indicam uma predominância da ideologia do modelo biomédico de assistência. Provavelmente, porque a mudança de paradigma, no que tange à assistência no âmbito da saúde mental, ainda está nas primeiras águas do seu curso.

Entendemos ainda, nos registros dos excertos dez e onze, que o diálogo entre a escola e o CAPSi se materializa nos ditos da mãe de Talita que são registrados pelo profissional do CAPSi. Isso ocorre, por exemplo, no último registro (01/10/2006), no qual consta que Talita apresenta melhoras no seu comportamento e a escola reconhece. Segundo relato da mãe ao profissional do CAPSi, Talita *tem ficado na carteira e feito as atividades*. A fala da mãe dialoga com a escola que, mesmo não possuindo nenhum documento oficial apensado ao prontuário 5, se faz uma voz presente.

#### **4.2.2 Os documentos de encaminhamento da escola para o CAPSI**

Passamos a observar as regularidades dos prontuários que explicitam nos seus documentos que as crianças e adolescentes foram encaminhados oficialmente por escritos da escola.

Os excertos doze, treze e quatorze a seguir fazem parte do prontuário n. 6 de João. No excerto doze, da “Ficha de acolhimento”, o relato da mãe ao profissional do CAPSi enfatiza que as dificuldades de aprendizagem e o comportamento de João são problemas, principalmente, para a escola. A hipótese diagnóstica é anotada como “Distúrbio Específico de Aprendizagem” (F81.8):

**Excerto doze – Prontuário n. 6 - João**

## FICHA DE ACOLHIMENTO

Idade: 11anos sexo: masculino data de nascimento: 07-04-1995

Natural de Cuiabá-MT

Escolaridade: 1ªsérie período vespertino

Encaminhado por: escola

**Queixa:** Criança vem acompanhada da mãe, relatando queixa somente na escola. João não consegue aprender a ler. É agressivo na escola quando é obrigado a fazer as coisas que não quer e não consegue [ler]. Passou a estudar a tarde e não estar se adaptando. Diz que chora de vez em quando porque não consegue ler.

Família é composta por pai, mãe e a própria criança. Há mais irmãos, porém mais velhos e casados. Mãe relata que a escola é boa, a diretora e as professoras são ótimas. Dona G. teve uma gravidez complicada, teve pré-eclampsia nesta época perdeu todos os bens. Sofria sozinha. Parto cesárea. F. nasceu com 2k200g com catarata e roxinho. Já operou de catarata, usa óculos, mas não gosta. Andou com 1 ano, 1 ano e 2 meses começou a falar. Tem sono agitado geme, esfrega os pés, dorme de dia também.

*Alimentação: quando neném era magrinho. Com certa idade começou a comer mais, mãe precisa esconder os alimentos.*

Já foi feito vários exames: tomografia, 2 eletros, tireóide, toxoplasmose, todos estes, nada acusou.

João já teve uma convulsão (estava andando de bicicleta no sol quente) e foi após ver o pai mal. Não há familiares com transtornos [mentais]. Não apresenta enurese noturna.

Hipótese diagnóstica: F81. 8 (?)

Acolhimento: 15-08-06

Entendemos que a “Ficha de acolhimento” de João já caracteriza um encaminhamento da instituição escolar, o qual é confirmado no excerto treze, a seguir, com um documento da escola relatando concisamente as mesmas *queixas* mencionadas pela mãe.

**Excerto treze – Prontuário n. 6 - João**

## RELATÓRIO DA ESCOLA E.M.E.B. Profª J.D.S.

*Encaminhamos o aluno João, 11 anos de idade, matriculado no 2º ano do 1º ciclo ou 1ª série do ensino fundamental nesta unidade escolar, para fazer o processo de triagem. O aluno apresenta muita dificuldade de aprendizagem, de coordenação motora ampla, muita agressividade, demonstra dificuldade de aceitação de ordens (comando) e baixa auto-estima, chora com facilidade.*

Para que possamos melhor atender o aluno, solicitamos um laudo.

Assinatura do [a] coordenador [a] e pedagogo [a]

22-05-06

O documento da escola apresenta-se como Relatório, mas no texto esclarece que se trata de encaminhamento do *aluno João, 11 anos de idade, matriculado no 2º ano do 1º ciclo ou 1ª série do ensino fundamental nesta unidade escolar* e explicita o

objetivo: *para fazer o processo de triagem*. O chamado relatório faz ainda uma solicitação: *um laudo*, com a justificativa de *melhor atender o aluno*. Vejamos como a demanda da escola é encaminhada no trecho inicial da evolução do processo de atendimento de João no CAPSi:

**Excerto quatorze** – Prontuário n. 6 - João

<p>FICHA DE EVOLUÇÃO</p> <p>03-10-06 – Pais comparecem para saber de um retorno da equipe. Ouço um pouco da história da criança. Mãe relata quadro “convulsivo” após o pai ter passado muito mal e ela obrigou o filho a sair (naquele momento) para a escola – há 2 anos; falo que repassarei para a equipe e darei um retorno.</p> <p>03-11-06 – Discussão em equipe ficou decidido oficina de avaliação dia 09-10-06 às 14h.</p> <p style="text-align: right;">Assinatura do [a] psicólogo [a] e do [a] enfermeiro [a]</p> <p>09-10-06 – Participou da oficina de avaliação. João refere que não sabe escrever, tem um atraso escolar, interagiu com o grupo, a mini-equipe decidiu agendar consulta com Dr[a] A. dia 26-10-06 às 8h.</p> <p style="text-align: right;">Assinatura do [a] psicólogo [a] e do [a] enfermeiro[a]</p> <p>26-10-06 – Queixa específico distúrbio de aprendizagem e obesidade. Desenvolvimento normal (sic), não sabe ler e escrever, aprendendo a reconhecer dinheiro. Tem bom contato social, gosta de filmes, relata o enredo. Já foi operado de catarata.</p> <p>HD F70(?) Dist. Específico de aprendizagem? CD Avaliação de Dr do CRIDAC no programa de obesidade</p> <p style="text-align: right;">Assinatura do [a] médico [a]</p>
---

Assinalamos que, nos registros da data 26/10/2006, a queixa quanto ao “distúrbio de aprendizagem” continua, mas observamos que há dúvidas a respeito do diagnóstico sugerido inicialmente no momento do acolhimento como “Distúrbio específico de aprendizagem”. Na anotação médica do dia 26/10/2006, o primeiro diagnóstico sugerido passa a ser o de *F70(?)*, que na CID corresponde a Retardo Mental, e fica a dúvida, na segunda opção, se poderia ser o *Dist Específico de aprendizagem?* Explicitamos que *F70(?)* passou a ser a primeira opção, pois há uma convenção da prática médica de que o primeiro diagnóstico anotado corresponde à primeira opção diagnóstica.

Quanto à conduta (CD) orientada pelo médico na última anotação registrada, consta um encaminhamento para tratamento em um Programa de obesidade. Esse problema havia sido sugerido indiretamente pela mãe no momento do acolhimento e foi registrado pelo profissional em um item denominado “Alimentação” que foi

preenchido com o seguinte relato da voz da mãe de João: *quando neném era magrinho. Com certa idade começou a comer mais, mãe precisa esconder os alimentos.* No caso de João, o médico não prescreveu medicações. Na seqüência do prontuário n. 6, não constava, até o momento do término da nossa observação, uma resposta oficial à escola, ou seja, o Laudo por ela solicitado.

Passamos a comentar o prontuário n. 7, de André. Os documentos que o compõem serão apresentados em bloco, do excerto quinze ao dezoito, na seqüência em que foram apensados. No excerto quinze, a FICHA DE ACOLHIMENTO, no excerto dezesseis o PARECER PEDAGÓGICO, no excerto dezessete a FICHA DE EVOLUÇÃO e no excerto dezoito O LAUDO PARA EMISSÃO DE APAC. Optamos por apresentar os excertos na seqüência para demarcar a ordem espaço-temporal que assumem os prontuários quando compostos. Ademais, esses quatro tipos de textos refletem a alternância de enunciadores desse diálogo ampliado entre a escola e o CAPSi.

#### **Excerto quinze – Prontuário n. 7 - André**

FICHA DE ACOLHIMENTO  
Idade: 10 anos sexo: masculino data de nascimento: 30-10-96  
Escolaridade: 3ª série data de recolhimento: 01-10-2005

#### **Excerto dezesseis – Prontuário n. 7 - André**

PARECER PEDAGÓGICO

O aluno André é extremamente ativo. Dispõe de habilidades cognitivas, pois demonstra isso através da oralidade, porém não se empenha no desenvolvimento destas, uma vez que dificilmente se concentra numa mesma atividade, mostra uma certa aversão pela escrita. O aluno apresenta problemas de relacionamento, freqüentemente se envolve em confusões com agressões verbais e físicas contra colegas, não somente dentro como fora da sala de aula, prejudicando desta forma, o ambiente educativo, principalmente o processo de construção dos conhecimentos e habilidades previstas para esta etapa.

Percebe-se que o aluno conhece mas não respeita o limites e as regras de convivência, portanto necessita de um acompanhamento e, ou ajuda no sentido de garantir não só o seu direito à aprendizagem como o dos outros também.

Assinatura do [a] diretor[a] e do[a] coordenador[a]

**Excerto dezessete – Prontuário n. 7 - André****FICHA DE EVOLUÇÃO**

09-01-06 – Segundo o pai relata que A. passou de ano, com notas boas, queixa de agressividade, comportamento desafiante, desobediente. A escola não quer mais aceitá-lo. Essas reclamações aparecem mais na escola, em casa a mãe controla porque ele quer ficar na rua, rouba bolinhas, bolacha. A mãe bate, bota castigo. Com três anos ficava na creche, o pai relata que após isso o comportamento mudou.

Assinatura do [a] assistente social

17-01-06 – A mãe reclama do comportamento o filho – as crianças da rua querem invadir sua casa para bater nele. A. agride a professora – se junta com 5 meninos para cometer pequenas infrações – “esse comportamento” (segundo a mãe) apareceu após ficar na creche, voltava todo machucado, não gosta de crianças, prefere os mais velhos, começou a bater o queixo no peito (mania?). Sabe ler, prova oral ok, prova escrita não, fez T.O. na Policlínica do Coxipó, a Secretaria de Educação enviou para P. [um médico]. Fez oficina com a médica p/ avaliação.

Assinatura do [a] psicólogo [a]

06-03-06 – O tio compareceu no GAP, falou muito pouco a respeito da criança, disse que embora conviva diariamente com a criança, procura não se envolver muito. Intervemos no sentido de resgatar a importância do laço afetivo.

Assinatura do [a] psicólogo [a]

13-03-06 – Compareceu a oficina com o tio, [...] participou de forma tranqüila, refere que todos batem e quem mais bate é a mãe, diz não saber o motivo, não tinha outras crianças na oficina. A. brincou comigo e interagiu de forma dócil. Orientei o tio para participar do GAP.

Assinatura do [a] psicólogo [a]

05-05-06 – A. compareceu a oficina terapêutica com o tio, relata que mudou de escola, mostra calma, tranqüilidade, afetividade. Fala das regras da nova escola. Em discussão de equipe foi decidido abordagem da mãe p/ trabalhar a alta de A.

Assinatura do [a] psicólogo [a]

10-06-06 – Compareceu a oficina, veio acompanhado pela mãe, realizou as atividades feliz por estar fazendo junto com a mãe. Durante o lanche começou a provocar as outras crianças de forma agressiva.

Assinatura do [a] psicólogo [a]

26-06-06 – Esteve presente, acompanhando pelo o tio. A princípio não aceitou as atividades propostas, sugerindo outras. Foi trabalhado com ele qual era a nossa proposta, e porque, e com muito jeitinho A. foi aceitando colaborar, sempre desatento e provocando as outras crianças, sujou a camisa do colega c/ cola.

Assinatura do [a] psicólogo [a]

26-07-06 – Em discussão de equipe nova escuta para maior compreensão da dinâmica familiar onde a criança está inserida.

Assinatura do [a] psicólogo [a]

03-08-06 – Padrasto e mãe de A. comparecem para uma nova escuta. Está com dificuldade de acordar cedo, “dormindo até mais tarde durante as férias”. Gasta muito caderno pois, gosta de desenhar “carros”. As queixas da escola pararam. Vai à igreja. Não ta andando com colegas que a família não gostava, parou de xingar, mantém dificuldade para ler e escrever, sabe mas é devagar, vai bem na demanda oral. Padrasto refere que A. ainda apresenta ênurese noturna. Está sem medicação há dez dias (Tegretol e Trofanil).

Assinatura do [a] psicólogo [a]

05-10-06 – A mãe relatou que teve piora no quadro, isto porque está sem medicação, já há 2 meses sem fazer uso, está agressivo tanto em casa como na escola, com dificuldade na aprendizagem, o mesmo estuda a 3ª série e provavelmente vai ser reprovado segundo informações da mãe, solicitar contato c/ a escola, falar c/ a professora Z.

**Excerto dezoito – Prontuário n. 7 - André**

LAUDO PARA EMISSÃO DE APAC  
(Acompanhamento em Saúde Mental)

Diagnóstico

- Distúrbio de conduta – F91
- Comportamento dissocial e agressivo
- Crueldade com relação a outras pessoas
- Postura desafiante; não aceita regras
- Prejuízo nas relações sociais e familiares
- Encaminhado para avaliação psicopedagógica no C.R.I.D.A.C.

Os excertos acima tratam do histórico da criança André, um “caso” de recolhimento, isto é, trata-se de uma criança que já havia sido atendida no CAPSi anteriormente. Talvez por essa razão, não conste um registro mais detalhado na Ficha de Acolhimento (excerto 15) como é característico desse documento em outros prontuários (por exemplo, nos prontuários anteriormente comentados).

O “parecer pedagógico” (excerto 16) que encaminha oficialmente André ao CAPS, ressalta o incômodo causado por conta do seu comportamento ao “ambiente educatico”. Segundo a escola, a criança não tem dificuldade de aprendizagem, o problema é o desrespeito às “regras de convivência”.

A ficha de evolução (excerto 17) traz dez meses de história do tratamento de André, no primeiro mês, janeiro de 2006, a anotação é da Assistência Social, nos meses seguintes, até outubro do mesmo ano, as anotações são da Psicologia. No primeiro registro (09/01/2006), confirma-se, por meio da fala do pai, que André não tem dificuldade de aprendizagem. As queixas sobre o comportamento é que são destacadas nesse registro e no seguinte (17/01/2006). Nas anotações das duas datas, percebemos a temática característica dos encaminhamentos estudados anteriormente: o aluno problema. A escola inclusive, já o havia encaminhado, via a Secretaria de Educação para tratamento médico e realização de T.O. (terapia ocupacional) em uma policlínica. Nos registros dos dias 17/01/2006 e 13/03/2006, constam que a convivência familiar é conflituosa e tensa. A partir do dia 05/05/2006 os relatos começam a indicar a melhora de André, confirmada em relato do dia 10/06/2006 e reafirmada em detalhes no dia 03/08-2006 - quando se registra que as *queixas da escola pararam* e se assinala que está sem fazer uso das medicações Tegretol® e Trofaniil® (estabilizador de humor e antidepressivo). No último registro da evolução, em 05/10/2006, de acordo com o relato da mãe, André “piora” o comportamento e apresenta agora dificuldade de aprendizagem. O profissional do

Centro registra a necessidade de contato com a escola.

O Laudo (excerto 18) oficializa o aluno mal comportado na escola como um paciente com o diagnóstico de distúrbio de conduta (F91). Percebemos que o comportamento agressivo, indisciplinado transforma-se em uma doença.

O conjunto dos quatro documentos apensados no prontuário de André nos ajuda a repensar na totalidade dos prontuários das sete crianças que vimos até agora. Olhando os discursos a partir do ponto de vista do CAPSi como a esfera de atividade por nós observada, em linhas gerais os textos mínimos que instituem a organicidade do prontuário são apresentados como documentos que representam:

- O acolhimento: Abre a história da criança no CAPSI a partir de um encaminhamento que é, em geral, da escola; está sempre presente (na prática da observação e às vezes só ele existe no prontuário);
- O encaminhamento oficial: Geralmente vindo da escola, o documento reafirma a posição do aluno como aluno problema e pede ao CAPSi que ajude a escola; às vezes está presente no prontuário (mas lembramos que pode ser dispensado, pois a escola já encaminhou no acolhimento via a voz dos pais ou responsáveis);
- A evolução do tratamento: Registra o processo do trabalho da equipe do CAPSI com o aluno-paciente; existe na maioria dos prontuários (variando bastante a quantidade e a qualidade dos relatos que atualiza);
- O Laudo diagnóstico: Institucionaliza a criança e/ou aluno como paciente do Sistema Único de Saúde gerando uma cobrança e um pagamento do tratamento chamado entre parêntesis “acompanhamento de saúde mental”; está sempre presente na esfera administrativa, mas nem sempre está presente no prontuário (não há criança em atendimento no CAPSi que não gere um procedimento APAC).

Assinalamos ainda que, pela sua posição de gerar a existência oficial de um paciente em acompanhamento de saúde mental, na prática da organização dos documentos nos prontuários, o laudo é colocado antes da evolução clínica do tratamento, uma vez que esta é decorrência da instituição do objeto do trabalho a ser acompanhado: a criança/ aluno/ paciente. Não encontramos documento de alta.

### 4.2.3 Os documentos de encaminhamento de outras instâncias educacionais para o CAPSi

Neste item destacamos um último exemplo da totalidade dos prontuários que observamos para comentar um tipo específico de encaminhamento gerado não mais diretamente pela escola para o CAPSi, mas do gestor do Sistema Escolar estatal para o CAPSi. Tal acontecimento é esporádico, mas, do nosso ponto de vista, sugere uma atividade em desenvolvimento no processo de construção e mobilização de textos do campo escolar para o campo da saúde.

Nos excertos dezoenove e vinte apresentamos o acolhimento e a evolução de Rafeal, um pré-adolescente de 13 anos encaminhado devido a problemas causados pelo seu comportamento agressivo no espaço escolar e suas dificuldades de aprendizagem. Ele chegou ao CAPSi em tratamento médico e fazendo uso de Amitripilina®, uma medicação antidepressiva. O que nos chamou atenção no excerto dezoenove foi a anotação de que Rafael teria sido encaminhado pela Secretaria de Educação.

#### Excerto dezoenove – Prontuário n. 8 - Rafael

##### FICHA DE ACOLHIMENTO

Idade: 13 anos sexo: masculino data de nascimento: 30-04-82

Escolaridade: 5ª série data de acolhimento:16-10-2006

*Encaminhado por: secretaria de educação*

**Queixa:** Veio encaminhado pela psicóloga da escola S.A., está apresentando distúrbio de comportamento, agressividade na escola, não pára na sala de aula, fica disperso, já reprovou duas vezes na 5ª série, faz tratamento com neurologista e usa medicação Amitripilina (01 comprimido à noite). Os pais são separados, mora com mãe e uma irmã de 18 anos, porém o pai nunca esta ausente, na escola vem apresentando dificuldade na matemática, razão das reprovações anteriores. A preocupação dos pais é em relação aos problemas apresentados na sua conduta na escola que segundo eles falam em “formar gangues” e apareceu trouxinhas que foram simulação onde o mesmo referiu que era droga. Os pais atribuem a escola os problemas que ele vem apresentando, acham que é perseguição tanto da diretora e da coordenadora, certos fatos que ocorreu no cotidiano e culpam somente a Rafael., sendo que outros alunos também, contribuem para desencadear os acontecimentos acerca da violência escola.

No excerto vinte, abaixo, a informação é confirmada pela presença no prontuário 8, de um documento da própria Secretaria de Educação do Estado, e não da escola, que faz o encaminhamento oficial do aluno Rafael ao CAPSi.

**Excerto vinte – Prontuário n. 8 - Rafael**

GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO  
Secretaria de Estado e Educação  
Superintendência de Ensino e Currículo – Equipe de Educação Especial  
ENCAMINHAMENTO  
Após Avaliação Diferencial realizada por Pedagogo e Psicólogo no dia 09-10-06 encaminhamos o aluno Rafael com idade de 13 anos, da Escola S. A. para Avaliação Complementar de Psiquiatra e equipe multidisciplinar.

Atenciosamente,  
Psicólogo [a] e pedagogo[a]

Conforme consulta com neurologista, o adolescente apresenta transtorno de comportamento, compulsivo, hiperativo. Vem apresentando muita dificuldade de no convívio escolar.

[observação com os carimbos dos dois profissionais]

Destacamos que, no caso de Rafael, o encaminhamento foi realizado pelos profissionais Psicólogo e Psicopedagogo que trabalham lotados ao nível central da Secretaria Estadual de Educação e não na escola. Segundo informação dada pela gerente do CAPSi, a Secretaria Estadual de Educação cogita em centralizar todos os encaminhamentos escolares destinados ao CAPSi. Ou seja, entende que no papel de instância educacional que coordena, as escolas devem cuidar para que os alunos considerados “problema” sejam encaminhados ao CAPSi via uma espécie de consultório psicopedagógico que avaliaria primeiro os casos encaminhados pela escola e então os repassaria ao CAPSi. A proposta parece discordar do sistema idealizado pelas diretrizes do MS, pois este considera que cabe ao CAPSi buscar a ajuda da escola para fazer o projeto terapêutico psicossocial fora do CAPS, mantendo ao máximo a criança na escola. Por hora o que nos cabe é, uma vez detectada essa possibilidade, assinalar que esse ponto merece ser mais discutido.

Confrontamos, neste capítulo, os sentidos apreendidos dos escritos dos prontuários entre os documentos da escola e do CAPSi, com ditos e dados da nossa observação e com as diretrizes do SUS para o trabalho no modo psicossocial. Na seqüência, na conclusão, apresentaremos nossas reflexões finais, considerando os objetivos e questões norteadoras da pesquisa e comentando limites e perspectivas do nosso estudo.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

No contexto da Reforma da Psiquiátrica Brasileira, surgem novas formas de cuidar das crianças e dos adolescentes que passam pela experiência do sofrimento psíquico. O lugar de referência já não é mais o hospital psiquiátrico, mas os Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil. O foco não é mais a “doença”, mas a criança contextualizada sócio-historicamente no seu núcleo familiar e na comunidade onde está inserida. Os cuidados nos Centros são realizados por uma equipe multiprofissional e devem abranger a família percebendo a saúde da criança como condição de bem-estar que integra as dimensões: biológica, psíquica, psicológica e social.

É, pois, nesse contexto de mudança que surge a atividade de encaminhar e receber crianças consideradas “problemáticas” que causam dificuldades aos trabalhadores da escola. Uma atividade recente que faz surgir novas práticas discursivas materializadas nos diálogos que constituem a relação entre os profissionais da educação e os profissionais da saúde.

No início da nossa pesquisa nos norteamos por questões que nos levariam a compreender: Como ocorre o encaminhamento de crianças entre a instituição escola e o CAPSi? Como os profissionais da escola e da equipe de Saúde Mental dialogam? e quais gêneros do discurso e ou efeitos de sentido são construídos no diálogo entre as vozes inscritas no contexto da interface saúde X educação? Enfim, perguntávamo-nos sobre os gêneros discursivos inscritos entre a escola e o CAPSi, como dialogavam os profissionais inseridos nesse contexto e os efeitos de sentido construídos nesse movimento dialógico.

Nosso objetivo geral era compreender o funcionamento dos gêneros da atividade entre o CAPSi e a escola para ajudar mais especificamente a: descrever o trabalho da equipe do CAPSi; assinalar como os protagonistas da atividade de saúde mental orientam o trabalho em relação aos encaminhamentos da escola; desvelar os efeitos de sentido que se destacam nesse diálogo e refletir sobre os desdobramentos desses sentidos dos campos discursivos da educação e da saúde mental. Passamos então a fazer um apanhado geral dos nossos resultados que contemplam questões e objetivos do nosso estudo.

Na totalidade dos prontuários que analisamos, a temática dos

encaminhamentos se materializa em queixas referentes à crianças e ou adolescentes que, na visão da escola, ou “prejudicam” o convívio no espaço educacional fugindo das regras de comportamento e/ou apresentam dificuldades de aprendizagem. Os encaminhamentos da escola chegam ao CAPSi via documentos oficiais ou, extra-oficialmente, via os ditos dos pais.

Na situação de trabalho observada e nos diferentes documentos que compõem os prontuários das crianças e adolescentes que analisamos, um padrão de circulação de sentidos e realização de atividades foi esboçado. Vamos caracterizá-lo em seus aspectos gerais, ou seja generalizadores, da forma como passamos a apresentar na seqüência.

A voz da escola inicia o processo de demanda para o CAPSi. A sua avaliação negativa das condutas dos alunos na escola é transformada em sinais e sintomas clínicos que justificam o diagnóstico e a oficialização do aluno como paciente potencial do CAPSi. Faz-se uma hipótese diagnóstica e inicia-se a Evolução do aluno como potencial paciente.

Então, o processo em curso mobiliza sentidos e recursos diversos e a criança começa, de alguma forma, a ser assistida, a receber atenção psicossocial e dialoga positivamente com esses novos textos que se abrem para ela. Nesse momento, a voz da escola, da família e, em menor grau, da criança, começam a reconhecer e a dizer que ela apresenta melhoras. Na prática mesma do trabalho no CAPSi e nas anotações escritas (evoluções), aparecem os discursos relatados que indicam uma avaliação positiva da conduta das crianças em casa e dos alunos na escola. No entanto, essa nuance é apagada. Não da história da criança, mas do processo de confirmação diagnóstica dos problemas do aluno, que precisam ser traduzidos em sinais e sintomas para fechar o diagnóstico positivo psiquiátrico da Classificação Internacional das Doenças e, assim, gerar um procedimento de financiamento do próprio sistema. Nesse momento, em geral, a prescrição medicamentosa já está feita para a maioria dos alunos-pacientes.

Com o diagnóstico firmado se reforça ou se institui o tratamento medicamentoso que, contraditoriamente, a despeito das melhoras psicossociais cada vez maiores, passa a ser o foco nas condutas da equipe. O resultado é a primazia do sentido e das ações do modelo biomédico, o que se materializa, por exemplo, em um aumento da medicação, no prolongamento do tratamento e na

permanência do paciente no espaço do CAPSi, muitas vezes em detrimento do espaço escolar.

Tal circulação de sentido para o processo de trabalho real do CAPSi se materializa, por exemplo, no fato de que das oito crianças das quais analisamos os textos de referência, apenas uma não fez uso de medicação, seis o faziam e uma já utilizara. No número total de crianças, das quais levantamos o dado quantitativo, a média de uso de remédios psicoativos é maior do que 70% dos menores de idade. Diante dos nossos resultados, perguntamo-nos se não há excessos em diagnosticar e medicar tão facilmente crianças que precisam aprender a enfrentar suas dificuldades nos seus espaços de convivência familiar e social? Isso sem entrar na questão de que o uso de medicação psicotrópica em crianças e adolescentes em processo de desenvolvimento pode trazer sérios efeitos colaterais e sérios riscos de dependência química.

Parece-nos que os problemas familiares, sociais, afetivos que afetam a criança na contemporaneidade, principalmente, aqueles que acabam se refletindo na escola, buscam ser “solucionados” com a colocação de um rótulo diagnóstico que permite o uso de uma medicação. Em um modelo de assistência em que a dimensão social deveria ser maior do que a biológica, psicológica e psíquica, o uso excessivo de remédios e a concentração do cuidado no CAPSi sem uma correlação específica com a condição de melhora psicossocial parece ser um desafio a esse paradigma.

Não podemos, nem é esse o nosso propósito, avaliar a pertinência de diagnósticos e indicações terapêuticas e medicamentosas, mas podemos e temos o propósito de questionar qual seria o caminho mais adequado e possível à construção desses sentidos, do ponto de vista colocado pela própria proposta de trabalho psicossocial. Percebemos que a relação do Centro com escola ainda está em processo de construção.

Em suma, a nossa análise mostrou, na atividade de recepção e/de encaminhamentos instaurada no contexto da Reforma Psiquiátrica que correlaciona a escola pública com a saúde mental praticada na proposta biopsicossocial do SUS, que o encaminhamento é do aluno, a recepção é do usuário e o tratamento do paciente. As crianças-alunos são transformadas em alunos-pacientes tão logo adentrem no sistema dos documentos formais do CAPS e, apesar de a proposta do novo paradigma de assistência à saúde priorizar os cuidados à criança no seu

contexto socio-cultural e dos profissionais estarem inseridos nessa nova proposta, ainda há muito que se avançar na direção das formas de realizar esse trabalho em parceria com a escola.

Ressaltamos as dificuldades de abordar tal tema, tendo em vista a escassez de estudos que se preocupem com essa nova realidade que encerra uma grande responsabilidade frente às crianças em plena atividade escolar encaminhadas para realizar tratamento no CAPSi. Pensamos que há uma grande necessidade de fomentar estudos que focalizem a relação entre a educação e a saúde para compreendermos até que ponto a criança “mal comportada” ou com dificuldades no processo de aprendizagem tem problema psicológico ou é vítima de problemas sociais que a cercam.

É preciso continuar e aprofundar a discussão para melhor entendermos essa nova atividade de encaminhar crianças ao CAPSi e ampliarmos a percepção do que se considera como problema(s) referente(s) ao desenvolvimento e ao comportamento na instituição escolar e quais novas formas de atenção podem ser construídas em parceria com os modelos de assistência biopsicossociais.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUIAR e SILVA, V. M. Gêneros Literários. In: *Teoria da Literatura*. 2. ed. Coimbra: Livraria Almedina, 1969. p. 202-229.
- AMARANTE, P. D. C. O Planejamento na Desconstrução do Aparato Manicomial. In: GALLO, Edmundo; RIVERA, Francisco Javier Uribe & MACHADO, Maria Helena. (Org.). *Planejamento criativo: novos desafios em políticas de saúde*. Rio de Janeiro: Relume Dumara, 1992. p. 139-154.
- \_\_\_\_\_. *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- \_\_\_\_\_. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. (Org.). *Arquivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. 1. ed. Rio de Janeiro: Nau Editora, v. 1, 2003, p. 45-66.
- AMIGUES, R. *Pour un approche ergonomique de l'activité enseignante*. Aix: Skholê, 2006.
- BAKHTIN, M. (1929). *Marxismo e filosofia da linguagem: Problemas fundamentais do método do sociológico na ciência da linguagem*. Trad. M. Lahud e Y. F. Vieira. Prefácio de R. Jakobson. 6. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
- \_\_\_\_\_. (1940; 1965) *A cultura popular na Idade Média e no Renascimento: o contexto de François Rabelais*. São Paulo: HUCITEC/Brasília: Ed. da UNB, 1993.
- \_\_\_\_\_. (1952-1953). Os gêneros do discurso. In: *Estética da criação verbal*. Trad. Paulo Bezerra. São Paulo: Martins Fontes, 2003.
- \_\_\_\_\_. (1929; 1961-1962) *Problemas da Poética de Dostoievski*. 3. ed. Trad. Paulo Bezerra. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.
- \_\_\_\_\_. (1925-1927) *O Freudismo*. Trad. Paulo Bezerra. São Paulo: Perspectiva, 2004.
- BOUTET, J. La question de l'interprétation en linguistique. In: DEJOURJS, C. (dir.) *Plaisir et souffrance dans le travail*. Eds CNRS, 1987, p. 131 - 141.
- BRANDÃO, H. N. Textos, gêneros do discurso e ensino. In: \_\_\_\_\_ (coord.) *Gêneros do discurso na escola: mito, conto, cordel, discurso político, divulgação científica (Coleção aprender e ensinar com textos)* 3. ed. São Paulo: Cortez, v. 5, 2002. p. 18 - 19.
- \_\_\_\_\_. Perspectiva dialógica, atividades discursivas, atividades humanas. In: FAÏTA, Daniel e SOUZA-E-SILVA, Maria Cecília Perez de. *Linguagem e trabalho: Construção de objetos de análise no Brasil e na França*. São Paulo: Cortez, 2002, p. 31 - 44.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental do SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Legislação em saúde mental 1990-2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRONCKART, Jean-Paul. *Atividade de linguagem, textos e discursos: por um interacionismo sócio-discursivo*. Trad. Anna Rachel Machado & Péricles Cunha. São Paulo: EDUC, 1999.

\_\_\_\_\_. *Atividade de linguagem, discurso e desenvolvimento humano*. Trad. A. R. Machado, M. L. M. Montencio, M. L. M. Campinas, São Paulo: Mercado das Letras, 2006.

BRITO, J. Saúde do trabalhador: reflexões a partir da abordagem ergológica. In: FIGUEREDO, Marcelo et al. (org). *Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo*. Rio de Janeiro:DP&A, 2004. p. 91-114.

CASTEL, Robert. A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo. Ed. Graal, Rio de Janeiro, 1978.

CLOT, Y. & FAÏTA, D. Genre et style en analyse du travail, concepts et méthodes. In: *Travailler*, n. 4, p. 7-42, 2000.

CLOT, Y. (org) Clinique de l'activité et pouvoir d'agir. In: *Éducation Permanente*. Genève, v. 1, n. 164, 2001.

\_\_\_\_\_. *La fonction psychologique du travail*. Paris: PUF, 1999.

DIONÍSIO, A. Paiva de, MACHADO, A. Rachel & BEZERRA, M. Auxiliadora. *Gêneros Textuais & Ensino*. Rio de Janeiro: Lacerda, 2002.

DUARTE, Francisco & FEITOSA, Vera. Linguagem e trabalho. Rio de Janeiro: Ed. Lucerna, 1998.

FAÏTA, D. A Noção de "Gênero Discursivo" em Bakhtin: uma mudança de paradigma. In: BRAIT, B. *Bakhtin, dialogismo e construção de sentido*. Campinas: Ed. da UNICAMP, 1997, p. 159-175.

\_\_\_\_\_. Genres de Discours et Genres d'activité. In: *Linguistique et Analyse de l'activité: le point sur une évolution historique*. Série de três conferências realizadas no PEPG/LAEL – PUCSP, São Paulo: mimeo, 2000.

\_\_\_\_\_. Análise das práticas languageiras e situações de trabalho: uma renovação

metodológica imposta pelo objeto. In: FAÏTA, Daniel & SOUZA-E-SILVA, Maria Cecília Perez de (Orgs). *Linguagem e trabalho: construção de objetos no Brasil e na França*. São Paulo: Cortez, 2002. p. 45-60.

\_\_\_\_\_. *Análise dialógica da Atividade Profissional*. Rio de Janeiro: Imprinta Express, 2005.

FARACO, C. A. *Linguagem & Diálogo: as idéias do círculo de Bakhtin*. Curitiba: Criar Edições, 2006.

FIORIN, José Luiz. *Introdução ao pensamento de Bakhtin*. São Paulo: Ática, 2006.

FOUCAULT, M. (1972) *História da loucura na Idade Clássica*. 8. ed. Trad. José Pereira Coelho Neto. São Paulo: Perspectiva, 2005.

\_\_\_\_\_. (1974) *O Poder Psiquiátrico*. Trad. Eduardo Brandão São Paulo: Martins Fontes, 2006.

GENETTE, G. *Introdução ao Arquitexto*. Lisboa: Veja, 1986.

GOFFMAN, E. (1959) *Manicômios, prisões e conventos*. 7. ed. Trad. Dante Moura Leite. São Paulo: Perspectiva, 2005.

\_\_\_\_\_. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982.

KAPLAN, I. H., SADOCK, B. J. & GREEB, J. A. *Compêndio de Psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. 7. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2003.

MACHADO, Irene. Gêneros discursivos. In: BRAIT, Beth. *Bakhtin: conceitos-chave*. São Paulo: Contexto, 2005b. p. 151-166.

MACHADO, Ana Rachel. A perspectiva interacionista sociodiscursiva de Bronckart. In: MEURER, J. L et al. (orgs). *Gêneros: teorias, métodos e debates*. São Paulo: Parábola, 2005.

\_\_\_\_\_. & CRISTOVÃO, V. L. L. A construção de modelos didáticos de gêneros: aportes e questionamentos para o ensino de gênero. In: *Linguagem em (Dis) curso*. Universidade do Sul de Santa Catarina. v. 6, n. 3 Tubarão: Ed. Unisul, set/dez. 2006.

MACHADO A. R. M. & MAGALHÃES, M. C. C. A assessoria a professores na universidade brasileira: a emergência de uma nova situação de trabalho a ser desenvolvida. In: SOUZA-e-SILVA, M. C. P. & FAÏTA, D. (orgs). *Linguagem e trabalho: construção de objetos de análise no Brasil e na França*. São Paulo: Ed. Cortez, 2002, p. 139 -156.

MARCHEZAN, R. C. Diálogo. In: BRAIT, Beth. *Bakhtin: outros conceitos-chave*. São Paulo: Contexto, 2006. p. 115 – 131.

MINAYO, M. C. S. (org). *Pesquisa Social - teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2006.

MARCUSCHI, Luiz Antônio. Gêneros textuais: Leitura e funcionalidade. In: DIONÍSIO, A. Paiva de, MACHADO, A. Rachel & BEZERRA, M. Auxiliadora. *Gêneros Textuais & Ensino*. Rio de Janeiro: Lacerda, 2002, p.19-36.

\_\_\_\_\_. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MOURA-VIEIRA, Marcos Antonio. Le rôle du dialogisme dans l'analyse de l'activité de travail. In: *Resumés: Communication aux Illémes Rencontres APST/APRIT Université de Provence*. Marseille, p. 329 334, juin. 2001.

\_\_\_\_\_. *A atividade, o discurso e a clínica: uma análise dialógica do trabalho médico*. Tese (doutorado em Lingüística Aplicada aos Estudos da Linguagem – LAEL). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo/Université de Provence (DWS). São Paulo: LAEL PUCSP, 2002.

\_\_\_\_\_. *O discurso relatado na atividade médica*. In: *The Specialist (Discursos: teorias e práticas)* Org. SOUZA-e-SILVA, Cecília & BRAIT, Beth. São Paulo: EDUC, vol. 24, 2003a, p. 203 220

\_\_\_\_\_, M. A. & FAÏTA, D. *Quando os outros olham outros de si mesmo: reflexões metodológicas sobre a autoconfrontação cruzada*. In: *Revista Polifonia*. Cuiabá: Ed. UFMT, n. 07, 2003a, p. 27-65.

\_\_\_\_\_, & TERZIAN, A. C. César. *O trabalho, a fertilidade e a esquizofrenia na cidade de São Paulo*. In: *Revista intercâmbio*. São Paulo: EDPUC, vol XIV, CD-ROM, 2005.

\_\_\_\_\_; OLIVEIRA, A. B. & TERZIAN, A. C. C. *Treinamento para o trabalho de campo: a entrada em campo, a observação participante, as entrevistas e os dispositivos de autoconfrontação*. (Manual de treinamento do PRATICAPS). Cuiabá, impresso, 2006, 24 p.

OLIVEIRA, A. G. B., MOURA-VIEIRA, M. A. M., TERZIAN, A. C. C., MARCON, S. *Análise da efetividade das práticas terapêuticas dos Centro de Atenção Psicossocial CAPS de Mato Grosso*. Projeto de pesquisa (Edital MCT-CNPq / MS-SCTIE-DECIT / CT-Saúde 07/2005) Cuiabá: impresso, 2005, 24 p.

PALMA, Dieli Vesaro. Gêneros textuais e sua relação com o passado e o presente. Disponível em [http://www.pucSP.br/pos/lgport/downloads/publicacao\\_docentes/generos\\_textuais.Dieli.pdf](http://www.pucSP.br/pos/lgport/downloads/publicacao_docentes/generos_textuais.Dieli.pdf). acessado em 23/08/2007.

ROJO, R. H. Gêneros do discurso e gêneros textuais: Questões teóricas e aplicadas. In: MEURER, J, L et al. (orgs). *Gêneros: teorias, métodos e debates*. São Paulo: Parábola, 2005. p. 184-207.

ROTELLI, F. et al. *Desinstitucionalização, uma outra via: reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa ocidental e dos "países avançados"*. São Paulo: Hucitec, 1985.

\_\_\_\_\_. et al. *Desinstitucionalização*. São Paulo, Hucitec, 1990.

\_\_\_\_\_. Imprensa social: construindo sujeitos e direitos. In: AMARANTE, P. *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000 p. 301-306.

ROCHA, D.; DAHER, M. D. C. & SANT'ANNA, V. L. A. *A entrevista em situação de pesquisa acadêmica: reflexões numa perspectiva discursiva*. In: Revista Polifonia. Cuiabá: Ed. UFMT. N. 08, 2004, p. 161-180.

ROCHA, I. *A atividade clínica da enfermagem em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Mato Grosso (MT) (Qualificação de dissertação de mestrado)* Cuiabá: mimeo, 2007.

SANT'ANNA, V. L. de A. *O trabalho em notícias sobre o Mercosul: Heterogeneidade enunciativa e noção de objetividade*. São Paulo: EDUC, 2004.

SARACENO, B. ASIOLI & F. TOGNONI, G. *Manual de Saúde Mental: Guia básico para atenção primária*. Trad. Willians Valentini. São Paulo: Hucitec, 1994.

SAUSSURE, F. (1969/1997) *Curso de Lingüística Geral*. São Paulo, Cultrix.

SCHWARTZ, Y. *Reconnaissances du travail, pour un approche ergologique*. Paris: PUF, 1997a.

\_\_\_\_\_. *L'homme, le marche, la cité*. In. Schwartz (Org.): *C'est quoi le travail? Quelles valeurs transmettre à nos enfants*. Paris: Autrement, 1997b, p. 110-127.

\_\_\_\_\_. *Le paradigme ergologique ou un métier de Philosophe*. Toulouse: Octarès éditions, 2000.

\_\_\_\_\_. *A dimensão coletiva do trabalho e entidades coletivas pertinentes*. Trad. Moura Marcos Moura Vieira e Cristina Sampaio. (Documento de trabalho), 2006a.

\_\_\_\_\_. *A linguagem no trabalho*. Trad. Cecília Souza-e-Silva e Décio Rocha. (Documento de Trabalho) 2006b.

\_\_\_\_\_. & FAÏTA, D. *L'homme producteur*. Paris: Editions Sociales, 1985.

SCHNEUWLY, B. *Genres et types de discours: considérations psychologiques et ontogénétiques*. In.: REUTER, Y. (org) *Les interactions lecture-écriture: actes du colloque de l'Université Charles-de-Gaulle III*. Neuchâtel: Peter Lang, 1994, p. 155-173.

SILVEIRA, L. C. & BRAGA, V. A. B. *Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental*. In: *Revista Latino-am Enfermagem* 2005 julho-agosto; 13 (4): 591-5. Disponível em [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae), acessado em 24/04/2007.

SOUZA, Cacildo Paulino. *Gêneros discursivos nas redações de vestibular: confrontando diálogos de examinadores e candidatos*. Dissertação (Mestrado em Estudos de Linguagem). Orientador Marcos A. Moura Vieira. Cuiabá: 2006.

SOUZA-E-SILVA, M. C. P. A dimensão linguageira em situações de trabalho. In: \_\_\_\_\_. & FAÏTA, Daniel (Orgs). *Linguagem e trabalho: construção de objetos no Brasil e na França*. São Paulo: Cortez, 2002. p. 61-76.

\_\_\_\_\_. Quais as contribuições da lingüística aplicada para a análise do trabalho? In: FIGUEIREDO, M.A., BRITO, J. & ALVAREZ, D. (orgs.) *Labirintos do Trabalho*. Rio de Janeiro: DP&A, 2004, p. 188 - 213.

\_\_\_\_\_. Reuniões trabalho – entre o prescrito e o real. In: F. DUARTE e V. FEITOSA (org) *Linguagem e Trabalho*. Rio de Janeiro: Lucena, 1998, p. 137-146.

\_\_\_\_\_. & FAÏTA, D. (org). *Linguagem e trabalho: construção de objetos de análise no Brasil e na França*. São Paulo: Ed. Cortez, 2002.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 80 aos dias atuais: história e conceito. In: Rev. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 9(1): 25-29, jan.-abr. 2002.

TELLES, A. L. & ALVAREZ, D. Interfaces ergonomia-ergologia: uma discussão sobre trabalho prescrito e normas antecedentes. In: FIGUEREDO, Marcelo et al. (org). *Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo*. Rio de Janeiro: DP&A, 2004, p. 63-89.

TERZIAN, A. C. C.; MOURA-VIEIRA, M. A. & OLIVEIRA, A. B. *Treinamento para a coleta de dados quantitativos*. (Manual de treinamento do Praticaps). Cuiabá: impresso, 2006, 46 p.

VIGOTSKI, L. S. *A formação social da mente*. Porto Alegre: Artes Médicas, [1930]1987.

\_\_\_\_\_. *Pensamento e linguagem*. Porto Alegre: Artes Médicas, [1934]1987.

VIEIRA-FILHA, M. A. A. *Reações de uma professora de 4ª série a traços estigmatizados nos momentos de interação professor-aluno*. Monografia (Especialização em Morfologia e Sintaxe da Língua Portuguesa) Orientador: Maria Inês Pagliarini Cox). Cuiabá: Instituto de Linguagens/UFMT, 2005.

\_\_\_\_\_. *Os Gêneros do discurso em um CAPS Infanto-Juvenil de Mato Grosso*. Projeto de Pesquisa (Seminário de pesquisa - Mestrado em estudos da Linguagem). Cuiabá: MeEL IL UFMT. 2006.

## Glossário<sup>18</sup>

**1. Ambiente terapêutico:** lugar onde a estrutura física das instalações, as relações entre as pessoas e as atividades realizadas ajudam no tratamento dos pacientes (Ministério da Saúde, 2004).

**2. CAPS:** O Centro de Atenção Psicossocial é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida (Ministério da Saúde, 2004).

**3. CAPSi:** São CAPS Infantis ou infanto-juvenis, organizados como um serviço ambulatorial aberto e comunitário do SUS, lugar de referência para assistir a crianças e adolescentes que sofrem com transtornos mentais. Recebe encaminhamento de familiares, de outras instituições de saúde e da escola. O cuidado de crianças em atividade escolar por parte do CAPSi correlaciona-se com as condições de bem-estar biopsicossociais, ou seja: à saúde mental das crianças na família e nas comunidades onde vivem.

**4. Dependência química:** É a necessidade de continuar ingerindo substância psicoativa (álcool, drogas), em quantidades maiores e em doses mais fortes, visando evitar o aparecimento de mal estar físico e/ou psicológico (os chamados sintomas de abstinência: ansiedade, náuseas, vômitos, tremores, insônia e confusão mental).

**5. Esquizofrenia:** Síndrome da vertente da desintegração psíquica que se caracteriza por alterações do comportamento e do pensamento, tais como isolamento social, isolamento emocional (autismo), ambivalência de idéias e crenças falsas que a pessoa acredita serem verdadeiras (delírios, por exemplo, de perseguição).

**6. Depressão:** Também chamada Depressão Maior ou Transtorno Unipolar é caracterizada por humor deprimido na maior parte do dia e interesses ou prazeres diminuídos por pelo menos duas semanas. Tem como características inapetência e perda de peso, insônia e/ou hipersonia, fadiga e perda de energia, capacidade de concentração diminuída, sensação de inutilidade e/ou culpa excessiva e inapropriada, pensamento recorrente de tristeza e morte. Possibilidade de tentar suicídio.

**7. Inserção social:** permanência das relações sociais do paciente e de garantia de equipamentos e atividades em diferentes esferas da vida (moradia, trabalho, lazer etc.), tanto quanto possível (Ministério da Saúde, 2004).

**8. Internação psiquiátrica:** é a permanência diurna e noturna em hospital especializado com medicamentos para redução dos sintomas da doença e que

---

<sup>18</sup> Os termos clínicos psiquiátricos desse glossário foram elaborados a partir de MOURA-VIEIRA et al (2006).

muito freqüentemente não favorece a melhora do paciente por provocar o isolamento social e a perda de laços afetivos (Ministério da Saúde, 2004).

**9. Oficinas terapêuticas:** As oficinas terapêuticas são uma das principais formas de tratamento oferecido nos CAPS. Os CAPS têm, freqüentemente, mais de um tipo de oficina terapêutica. Essas oficinas são atividades realizadas em grupo com a presença e orientação de um ou mais profissionais, monitores e/ou estagiários. Elas realizam vários tipos de atividades que podem ser definidas através do interesse dos usuários, das possibilidades dos técnicos do serviço, das necessidades, tendo em vista a maior integração social e familiar, a manifestação de sentimentos e problemas, o desenvolvimento de habilidades corporais, a realização de atividades produtivas, o exercício coletivo da cidadania (Ministério da Saúde, 2004).

**10. Projeto terapêutico:** Cada usuário de CAPS deve ter um projeto terapêutico individual, isto é, um conjunto de atendimentos que respeite a sua particularidade, que personalize o atendimento de cada pessoa na unidade e fora dela e proponha atividades durante a permanência diária no serviço, segundo suas necessidades (Ministério da Saúde, 2004).

**11. Rede Básica de Saúde:** Se constitui pelos centros ou unidades de saúde locais e/ou regionais, pelo Programa de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, que atuam na comunidade de sua área de abrangência. Esses profissionais e equipes são pessoas que estão próximas e que possuem a responsabilidade pela atenção à saúde da população daquele território (Ministério da Saúde, 2004).

**12. Reforma Psiquiátrica:** Consiste no progressivo deslocamento do centro do cuidado para fora do hospital, em direção à comunidade (Ministério da Saúde, 2004).

**13. SUS:** Sistema Único de Saúde - instituído pelas Leis Federais 8.080/1990 e 8.142/1990, tem o horizonte do Estado democrático e de cidadania plena como determinantes de uma "saúde como direito de todos e dever de Estado", previsto na Constituição Federal de 1988. Esse sistema alicerça-se nos princípios de acesso universal, público e gratuito às ações e serviços de saúde; integralidade das ações, cuidando do indivíduo como um todo e não como um amontoado de partes; equidade, como o dever de atender igualmente o direito de cada um, respeitando suas diferenças; descentralização dos recursos de saúde, garantindo cuidado de boa qualidade o mais próximo dos usuários que dele necessitam; controle social exercido pelos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde com representação dos usuários, trabalhadores, prestadores, organizações da sociedade civil e instituições formadoras (Brasil, Ministério da Saúde, 2004).

**14. Terapeuta de Referência:** ao iniciar o acompanhamento no CAPS se traça um projeto terapêutico com o usuário e, em geral, o profissional que o acolheu no serviço passará a ser uma referência para ele. Esse profissional poderá seguir sendo o que chamamos de Terapeuta de Referência (TR), mas não necessariamente, pois é preciso levar em conta que o vínculo que o usuário estabelece com o terapeuta é fundamental em seu processo de tratamento (Ministério da Saúde, 2004).

**15. Terapêutica(s):** Meio pelo qual se propõe um tratamento e/ou se oferece cuidado (Ministério da Saúde, 2004).

**16. Território:** é constituído fundamentalmente pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, seus interesses, seus amigos, seus vizinhos, sua família, suas instituições, seus cenários (igreja, cultos, escola, trabalho, boteco etc.). É essa noção de território que busca organizar uma rede de atenção às pessoas que sofrem com transtornos mentais e suas famílias, amigos e interessados (Ministério da Saúde, 2004).

**17. Transtornos de Humor:** Também chamado Mania ou Transtorno bipolar. Caracteriza-se por idéias de grandeza com humor expansivo e excessivo, persistente e irritável, durando pelo menos uma semana. Os episódios “maníacos” são intercalados com episódios depressivos (fadiga, insônia ou hipersonia, culpa ou tristeza intensa).

**18. Tratamento medicamentoso:** tratamento que é feito com remédios ou medicamentos (Ministério da Saúde, 2004).

**19. Visitas domiciliares:** atendimento domiciliar realizado por um profissional de nível superior do CAPS, sempre que o serviço achar necessário (Ministério da Saúde, 2004).

## ANEXOS

## ANEXO 1 – TERMOS DE CONSENTIMENTOS

 	<p><b>PRATICAPS-MT</b> CNPq: 554534/2005-3</p> <p><b>Análise da efetividade das práticas terapêuticas dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Mato Grosso</b></p>	<p><b>NESM</b> U F M T Núcleo de Estudos em Saúde Mental</p>
--	---	--

**Termo de consentimento livre e esclarecido  
(profissionais dos CAPS)**

**Pesquisa:** Análise da efetividade das práticas terapêuticas nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado de Mato Grosso

**Pesquisadores e instituições envolvidas:** Profª Drª Alice G. Bottaro De Oliveira e Profª Ms. Samira Reschetti Marcon – Faculdade Enfermagem/UFMT fone 3615-8810; Prof. Dr. Marcos Antonio Moura Vieira e Profª Ms. Angela Cristina Cesar Terzian - Faculdade de Ciências Médica- UFMT – 3615-8850; Áurea Assis Lambert- SES/MT – 3613-5469

**Objetivo principal:** Analisar a efetividade do tratamento realizado nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Mato Grosso

**Procedimentos:** serão realizadas entrevistas gravadas, observação do tratamento realizado, e filmagem de algumas situações de atendimento nos CAPS (oficinas, reuniões de família). Os dados também serão coletados em livros de registros e prontuários dos CAPS e dos hospitais psiquiátricos. Todas as gravações e filmes serão confidenciais, serão mantidos sob a guarda dos pesquisadores e analisadas somente pelos pesquisadores e pela equipe de profissionais de cada CAPS, não sendo de nenhum modo exibidas ou divulgadas para outra finalidade.

**Possíveis riscos e desconforto:** Risco Nenhum; Desconforto Mínimo

**Benefícios previstos:** melhoria do tratamento realizado nos CAPS e da organização dos serviços de saúde mental no Estado de Mato Grosso.

Eu....., fui informado dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa, descritos acima.

Entendo que terei minha identidade preservada, assim, meu nome e identidade pessoal não serão divulgados; terei garantida a proteção de minha imagem e as informações desta pesquisa serão divulgadas sem estarem relacionadas com a minha pessoa e ninguém, além dos pesquisadores, terá acesso aos nomes e imagens dos participantes desta pesquisa.

Entendo também que a minha participação é voluntária, ou seja, durante a realização da pesquisa, poderei solicitar mais esclarecimentos sobre ela e terei liberdade de recusar-me a participar ou retirar o meu consentimento de participação da mesma em qualquer momento, sem sofrer nenhuma penalidade.

Portanto, confirmo que \_\_\_\_\_ explicou-me o que consta deste documento e orientou-me sobre como será a minha participação nesta pesquisa. Li e compreendi o que consta deste documento. Concordo em participar desta pesquisa e, após assinar este documento em duas vias, ficarei com uma cópia do mesmo.

**Assinatura do participante** .....

**Assinatura do pesquisador:** .....

**Em caso de necessidade, contate a Drª Alice G. Bottaro De Oliveira no telefone 3615-8810 ou no e-mail: nesm\_mt@yahoo.com.br**

Data (Cidade/dia mês e ano) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

---

Av. Fernando Correa da Costa s/nº, Campus Universitário, CCBS I, Sala 105, Fone 3615-8822, e-mail: nesm\_mt@yahoo.com.br

## Termo de consentimento livre e esclarecido (usuários e familiares)

**Pesquisa:** Análise da efetividade das práticas terapêuticas nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado de Mato Grosso

**Pesquisadores e instituições envolvidas:** Profª Drª Alice G. Bottaro De Oliveira e Profª Ms. Samira Reschetti Marcon – Faculdade Enfermagem/UFMT fone 3615-8810; Prof. Dr. Marcos Antonio Moura Vieira e Profª Ms. Angela Cristina Cesar Terzian - Faculdade de Ciências Médicas - UFMT – 3615-8850; Áurea Assis Lambert– SES/MT – 3613-5469

**Objetivo principal:** Analisar o tratamento realizado nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Mato Grosso

**Procedimentos:** serão realizadas entrevistas gravadas; observação e filmagem de algumas situações de atendimento nos CAPS (oficinas de terapia ocupacional, reuniões de família, atividades em grupo, consultas, etc.). As gravações e filmagens terão por objetivo analisar o tratamento realizado pelos profissionais e não as doenças das pessoas atendidas. Todas as gravações e filmes serão confidenciais, serão mantidos sob a guarda dos pesquisadores e analisadas somente pelos pesquisadores e pela equipe de profissionais de cada CAPS, não sendo de nenhum modo exibidas ou divulgadas para outra finalidade.

**Possíveis riscos e desconforto:** Risco nenhum; desconforto mínimo.

**Benefícios previstos:** melhoria do tratamento às pessoas com doenças mentais nos CAPS do Estado de Mato Grosso.

Eu....., fui informado dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa, descritos acima.

Entendo que terei minha identidade preservada, assim, meu nome e identidade pessoal não serão divulgados; terei garantida a proteção de minha imagem e as informações desta pesquisa serão divulgadas sem estarem relacionadas com a minha pessoa. Somente os pesquisadores, terão acesso aos nomes e imagens dos participantes desta pesquisa.

Entendo também que a minha participação é voluntária, ou seja, eu posso não querer participar, e que durante a realização da pesquisa, poderei solicitar mais esclarecimentos sobre ela e terei liberdade de recusar-me a participar ou retirar o meu consentimento de participação da mesma em qualquer momento, sem sofrer nenhuma penalidade e sem que a minha assistência no CAPS seja prejudicada.

Fui informado ainda que a minha participação nesta pesquisa não trará nenhum risco à minha saúde.

Portanto, confirmo que \_\_\_\_\_ explicou-me o que consta deste documento e orientou-me sobre como será a minha participação nesta pesquisa. Li e compreendi o que consta deste documento. Concordo em participar desta pesquisa e, após assinar este documento em duas vias, ficarei com uma cópia do mesmo.

**Assinatura do participante:** .....

(e do familiar ou responsável,): .....

**Assinatura do pesquisador:** .....

Em caso de necessidade, contate a Drª Alice G. Bottaro De Oliveira no telefone 3615-8810 ou no e-mail: nesm\_mt@yahoo.com.br

Data (Cidade/dia mês e ano) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

## ANEXO 2 - ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO NOS CAPS

### DADOS GERAIS

- a. **Nome da Instituição:**      **Endereço:**      **Tempo de funcionamento:**
- b. **Estrutura física:** imóvel próprio ou alugado; descrever aspectos gerais do prédio; quantificar e descrever todos os ambientes com mobiliário/equipamentos e função no atendimento dos usuários.
- c. **Equipe:** descrever número e distribuição nos turnos de funcionamento.
- d. **Clientela:** descrever o número de atendidos por modalidade de tratamento (Intensivo, Não-Intensivo e semi-Intensivo), fluxo de atendimento.
- e. **Horários** de funcionamento: cronograma de atividades previstas

### PERÍODOS DE OBSERVAÇÃO (dia/horário):

- a. Como os profissionais realizam (ou participam, ou coordenam) as situações de atendimento com os usuários e familiares nas etapas/fluxo do atendimento (formas de atendimento – acolhimento, vínculos, desempenho profissional). Por exemplo, recepção, consultas, oficinas, grupos, atividades de lazer e ocupacionais, lanche e outras refeições, prescrições e formas de orientação de conduta medicamentosa, visita domiciliar e outras.
- b. Como os profissionais participam dos processos administrativo-terapêuticos (discussão de casos, definição e alteração de modalidade terapêutica para os pacientes, admissão e alta; observar atividades realizadas e livros de registro e prontuários – frequência e qualidade dos registros).
- c. Como os profissionais trabalham em equipe (atuação específica de cada profissional no processo de trabalho, autonomia/complementaridade do trabalho, frequência e dinâmica da discussão de casos).
- d. Como os profissionais e usuários participam (ou não participam) de processos de gestão (escolha de gerente, assembléia, conselho gestor, associação de usuários e familiares, venda e aquisição de produtos, avaliação do trabalho, etc.) e de decisões e avaliações das práticas realizadas no CAPS.

### **ANEXO 3 - ROTEIRO PARA ENTREVISTA GRAVADA COM PROFISSIONAIS DOS CAPS (MANUAL DO PROJETO PRATICAPS)**

Em grupos de 2 a 4 profissionais, definidos aleatoriamente, e realizadas depois dos questionários

Data da entrevista:- \_\_\_\_\_

- Como você define a clientela que procura que procura o CAPS? Quem são eles e o que eles necessitam?

- De que forma e com o que você acha que o CAPS contribui/ajuda essas pessoas que procuram o CAPS?

- O que você acha que o CAPS oferece de melhor para o tratamento dos pacientes? (pontos fortes)

- De maneira você participa de discussão de casos na equipe? Quais as suas atribuições/responsabilidades nessa discussão (definição de modalidade, indicação de atividade/oficinas, medicação etc?)

- Como você define o trabalho deste CAPS?

- São desenvolvidas atividades fora do CAPS (das que foram informadas e observadas) com os pacientes de forma esporádica ou rotineira? Onde? Quando? Com que finalidade?

Se pudéssemos, de uma forma ideal, pensar em melhor o tratamento oferecido no CAPS, o que você gostaria de fazer ou propor?

#### **ANEXO 4 - ROTEIRO PARA ENTREVISTA GRAVADA COM USUÁRIOS E FAMILIARES DOS CAPS**

Individual ou em grupo de 2 a 4 usuários e/ou familiares

Data da entrevista: \_\_\_\_\_

##### **A - IDENTIFICAÇÃO**

Usuário ( ) Família ( ) Se família, qual a relação de parentesco \_\_\_\_\_

Idade:

Sexo:

Escolaridade:

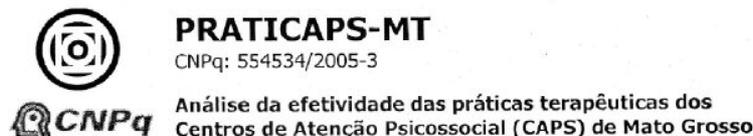
Trabalho:

Composição familiar (membros que compõem e a participação do usuário nesse grupo)

##### **B – TRATAMENTO RECEBIDO**

Fale sobre o tratamento nesta instituição (tempo de tratamento; quem o atende; em que consiste o tratamento; como percebe a assistência da equipe; o que espera deste tratamento; quais os resultados observa; como acha que deveria ser o tratamento; comparação entre o tratamento realizado nesta instituição e outros tratamento realizados em outras instituições)

## ANEXO 5 – FICHA DE LEVANTAMENTO CENSITÁTIO



**NESM** U  
F  
M  
T  
Núcleo de Estudos  
em Saúde Mental

## Ficha Censo Paciente/CAPS

1. ID Paciente: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	15. Tempo de tratamento no serviço:
2. ID do serviço: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	15.1 Data acolhimento: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. Iniciais Paciente: .....	15.2 Última observação: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. N. Prontuário: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	15.3 Tempo de tratamento em dias: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. Data de nascimento: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	16. Modalidade de atendimento no mês:
6. Idade: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	16.1 <input type="checkbox"/> Intensivo
7. Sexo:	16.2 <input type="checkbox"/> Semi-intensivo
7.1 <input type="checkbox"/> Masculino	16.3 <input type="checkbox"/> Não intensivo
7.2 <input type="checkbox"/> Feminino	17. Última prescrição:
8. Natural de: ..... UF ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	17.1 <input type="checkbox"/> Amitriptilina Dose: .....
9. Procedência:	17.2 <input type="checkbox"/> Carbamazepina (Tegretol®) Dose: .....
9.1 <input type="checkbox"/> Da cidade/município de captação	17.3 <input type="checkbox"/> Cloropromazina (Amplictil®) Dose: .....
9.2 <input type="checkbox"/> De outra cidade/município. Qual? .....	17.4 <input type="checkbox"/> Diazepan Dose: .....
10. Área de Procedência:	17.5 <input type="checkbox"/> Fenitoína Dose: .....
10.1 <input type="checkbox"/> Urbana	17.6 <input type="checkbox"/> Fenobarbital (Gardenal®) Dose: .....
10.2 <input type="checkbox"/> Rural	17.7 <input type="checkbox"/> Haloperidol (Haldol®) Dose: .....
11. Situação conjugal:	17.8 <input type="checkbox"/> Prometazina (Fenergan®) Dose: .....
11.1 <input type="checkbox"/> Casado(a)	17.9 <input type="checkbox"/> Outros: ..... Dose: .....
11.2 <input type="checkbox"/> Solteiro(a)	17.10 <input type="checkbox"/> Sem prescrição
11.3 <input type="checkbox"/> Divorciado(a)/Separado(a)	18. Data da última prescrição: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11.4 <input type="checkbox"/> Viúvo(a)	19. Pesquisador: ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12. Escolaridade: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> anos completos	20. Data: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13. Profissão: ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
14. Diagnóstico (CID 10): <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

# APÊNDICES

## APÊNDICE 01 - ENTREVISTAS GRAVADAS COM OS PROFISSIONAIS DO CAPS

### APÊNDICE 1.1 – ENTREVISTA GRAVADA COM QUATRO PROFISSIONAIS (às 11h20minh do dia 24/11/2006)

**1. PESQUISADORA:** Como vocês definem a clientela que procura o CAPS? Quem são eles e o que eles necessitam?

ASSISTENTE SOCIAL: A clientela que procura ou a que fica?

PESQUISADORA: A clientela que procura.

PSICÓLOGA (J): Que procura é geral.

ASSISTENTE SOCIAL: É geral.

(A gerente bate na porta e diz: “desculpe “A” (psicóloga), é uma criança da escola, eu acho que é melhor você resolver”)

PESQUISADORA: Não tem problema “A” (a psicóloga sai). É...de que forma, e como vocês acham que o CAPSi contribui e ajuda as crianças que procuram o CAPSi? Que procuram vocês, que procuram o CAPSi.

(Equipe em silêncio)

**2. PESQUISADORA:** Assim, vocês [...] com o trabalho que vocês fazem, como que vocês acham que ajudam? Vocês fazem avaliação, num fazem?

PSICÓLOGA (J): Fazemos.

PESQUISADORA: A gente viu que vocês discutem muito, então, de que forma vocês acham que acham que contribuem?

ASSISTENTE SOCIAL: Primeira coisa é definir, o que essa criança tem, se é um caso pra nós ou não é, primeiro ponto, num é isso? (interroga olhando para as colegas de trabalho).

PSICÓLOGA (J): Isso.

ASSISTENTE SOCIAL: É assim que a gente funciona.

PSICÓLOGA: É.

PESQUISADORA: Hum-hum

ASSISTENTE SOCIAL: O segundo ponto é, definido, nós vamos definir, o [...]

PSICÓLOGA (J): Projeto terapêutico.

ASSISTENTE SOCIAL: O projeto terapêutico. Certo? E QUE esse projeto terapêutico ele não fixo, é extremamente flexível, de acordo com o que a gente vai observando de necessidade, de mudança, ou de melhora, ou de piora, ele vai sendo flexível, é isso?

PSICÓLOGA (J): Hum-hum.

ASSISTENTE SOCIAL: Eu acho quando você saca, né? Percebe, né? o [...] quando a gente percebe e define melhor, a gente conduz o, acho que dessa forma ajuda a gente ter uma definição clara.

PESQUISADORA: E você “S” (enfermeira)? Ou “J” (psicóloga) ou “S” (técnico de enfermagem)?

ENFERMEIRA: Acho que isso que “C” (assistente social) falou, aí quando agente define, a gente trabalha né? em oficinas, né? em avaliação? com a criança.

PSICÓLOGA: atendimento individual, né? em avaliação, né? de acordo com a necessidade.

**3. PESQUISADORA:** Hum-hum. É...quais os aspectos, o que vocês acham que o CAPSi oferece de melhor pro tratamento das crianças e adolescentes? Os pontos fortes do CAPSi.

ENFERMEIRA: Acho que o ponto mais forte é que gente trabalha em equipe

ASSISTENTE SOCIAL: É difícil, como é que é a pergunta?

PESQUISADORA: O que você acha que o CAPSi oferece de melhor para tratamento das crianças, de melhor, os pontos fortes.

ASSISTENTE SOCIAL: É... eu acho assim, anterior ao trabalho de equipe, é o comprometimento.

ENFERMEIRA: Que a gente é também compromissado.

ASSISTENTE SOCIAL: Muito comprometido, e, e, e, acho que assim, a partir do momento que você tem um comprometimento com o trabalho, isso é uma condição, primária, no sentido de você estudar, buscar a a a interação da equipe, buscar a a a melhora da, da clientela, entendeu? Eu acho que, a palavra chave é nosso comprometimento, sem isso não dá pra funcionar.

PESQUISADORA: Hum-hum.

ASSISTENTE SOCIAL: Aí é serviço público! Num tem? nós não temos, a gente num tem essa, esse ranso.

ENFERMEIRA: Eu que não, porque todos que estão aqui, porque eu acho que todos que tão, eles gostam do que faz, então a gente, trabalha porque gosta... e...

ASSISTENTE SOCIAL: E há um respeito num sentido assim, da equipe, num sentido assim, num tem aquele que sabe mais.

PSICÓLOGA (J): Hum-hum.

ASSISTENTE SOCIAL: Cê entende? É é é o que eu acho que a gente conseguiu desenvolver nesses anos todos juntos, é que cada um tem uma qualidade, que aquela qualidade pode ajudar naquele momento, então num tem um poder maior, a gente num tem uma coisa hierárquica e então eu não sei, eu vou, eu falo, eu busco, eu peço ajuda.

PSICÓLOGA (J): Eu acho até que a humildade de reconhecer isso, e de pedir ajuda pro colega, de repente ó fulano eu num tô dando conta disso aqui, aí o outro entra em cena.

ASSISTENTE SOCIAL: E, e também, e também a gente também tem outro mecanismo de pedir ajuda, né? e quando a gente vê que ta pedindo ajuda e sabe que tem condição de ta fazendo, a gente recusa ajudar e deixa ir, porque aí é uma forma de crescer também.

PSICÓLOGA (J): Hum-hum.

ASSISTENTE SOCIAL: Nós fazemos esse movimento também, é? Num é?

ENFERMEIRA: Às vezes sim (risos)

ASSISTENTE SOCIAL: num é? A gente sabe que vai dar conta.

PSICÓLOGA (J): Na verdade cê dá conta.

ASSISTENTE SOCIAL: Cê num viu a (V) fez o texto, aí faz o negócio, eu num [...]

PSICÓLOGA (J): Aquela vez com família da (L) adolescente que eu tava com medo, cê falou "vai".

ASSISTENTE SOCIAL: Vai, vai que cês dão conta.

PSICÓLOGA (J): E eu olhando pra (C) ir comigo (risos) aí ela, não, vai que cê dá conta.

ASSISTENTE SOCIAL: Então a gente tem esse movimento pro outro crescer, porque, porque se fica sempre, aí pede socorro, eu vou lá, e vou ajudo, eu deixo ela também desenvolver, né? e é um contrato também (risos) implícito, né? (risos) num é um contrato explícito isso né? e quando a gente fala "vai que cê dá conta o outro confia no que a gente ta falando e vai dá.

ENFERMEIRA: E as vezes só um olhar ce já sabe "não" (risos) vai que cê (risos)

(às 11h40min retorna à sala a psicóloga (A))

**4. PESQUISADORA:** E os aspectos que vocês acham que o tratamento ofertado no CAPSi poderia ser melhorado, os pontos fracos, de que forma?

ASSISTENTE SOCIAL: Tem que aumentar recursos humanos, tem que capacitar mais a gente, a gente acha que precisa de mais, mais informação, melhor capacitação mesmo, que tudo que a gente tem feito, a gente tem ido atrás, tem estudado.

PSICÓLOGA (J): A gente que tem buscado, descobre uma coisa nova traz pra equipe, a gente discute junto.

ENFERMEIRA: Um vê, troca tira é é é Xerox de um [...] que trouxe, e aí vai.

**5. PESQUISADORA:** É , é , de que maneira vocês participam da discussão de casos da equipe? Quais são as atribuições e responsabilidades nessa discussão? É definição de modalidade? é indicação de atividades, oficinas, medicação etc?

ASSISTENTE SOCIAL: Não, como e que a participação? Todo mundo dá opinião.

PSICÓLOGA (J): Dá opinião.

ENFERMEIRA: A gente discute em mini-equipe aquele que, é que precisa só da mini-equipe, e a gente na equipe grande aqueles casos que é pra toda equipe, e num é setorizado.

ASSISTENTE SOCIAL: E num é, num é setorizado, todo mundo tem um parecer, uma opinião, né? vai por aqui, num vai, num é?

PSICÓLOGA (J): A idéia de um complementa a do outro.

ASSISTENTE SOCIAL: É.

PSICÓLOGA (A) Eu acho que é assim, constrói junto, né?

ASSISTENTE SOCIAL: Isso.

PSICÓLOGA (A): Cada um tem, um, um saber específico, né? e aí a gente, em função desse saber, dessa formação a gente lança um olhar, eu acho que esse é que o [...] assim, né? que a gente pode, a gente junta, constrói, né? esse olhar, mas é sempre junto.

PESQUISADORA: Hum-hum.

PSICÓLOGA (A): A gente nunca define uma modalidade, um tipo de atendimento SÓ, sempre ou na equipe grande aqueles que são os casos mais complexos ou na equipe como a (S) enfermeira coloca, na mini-equipe.

PESQUISADORA: Hum-hum.

PSICÓLOGA (J): Eu lembrei da ( C ) e da (V) que sempre nas discussões elas falam assim, que (V) traz a criança e ( C ) traz, traz muito a família, aí então complementa o olhar dela em relação a família e o olhar da (V) em relação da criança nesse contexto.

PSICÓLOGA (A): Olhar de enfermeiro, quer dizer cada um vai complementando, né?

**6. PESQUISADORA:** É, é, é...como vocês definem o trabalho da equipe do CAPSi? EQUIPE – (risos).

ASSISTENTE SOCIAL: ah, ah eu acho que agente sempre ta em construção, e isso me incomodava quando eu cheguei aqui, porque eu achava que tinha que ta bem definido as coisas e aí mudava, não é por aqui, daí...

PSICÓLOGA (J): Angustiava.

ASSISTENTE SOCIAL: Aí angustiava, aí mudava o projeto terapêutico, e hoje eu já incorporei isso.

ENFERMEIRA: É que agente ta sempre em mudança (risos)

Assistente social: Sempre mudando, e sempre construindo, não dá pra ser fixo, não dá.

ENFERMEIRA: É, do tempo que eu tô aqui já mudou três, três ou quatro vezes.

ASSISTENTE SOCIAL: A gente desanhamo ali (aponta para o cartaz (o projeto) colocado na parede) ó, o mais recente, então já ta incorporado, né? que tem, que tá em construção e permanente.

PESQUISADORA: (A) pensa do mesmo jeito?

PSICÓLOGA (A): É, eu penso é, que assim, né? isso é muito rico, porque tem que ser flexível mesmo, né? tem que ser um processo, de, de construção e de mudanças continuamente, e, e, e, que a equipe assim, é muito, a equipe daqui é muito coesa, você pode contar muito, porque tem momentos que você tem que se retirar, porque é o seu limite, e aí você se retira, e aí, assim, eu acho que a gente desenvolve essa sintonia assim, isso no exercício do dia a dia, né? então assim com o passar do tempo, eu acho que é cada vez mais agente vai se afinando, mesmo que chegue pessoas novas, então isso é um processo assim, né?

Pesquisadora: Hum-hum.

PSICÓLOGA (A): Então quando chega o seu limite cê sai, o outro entra, então assim, é muito dinâmico, é muito rico.

ASSISTENTE SOCIAL: E a possibilidade da gente poder dizer “não estou agüentando dá pra segurar essa”?

PSICÓLOGA (A): Isso.

Hum-hum.

ASSISTENTE SOCIAL: Né? Porque tem hora que num dá.

PSICÓLOGA (A): É, hoje de manhã num precisei nem dizer, mas assim, você ficou e eu saí, né?

ASSISTENTE SOCIAL: E não me senti abandonada

PSICÓLOGA (A): é, é o meu limite, eu não dava conta de ficar, entendeu?

ASSISTENTE SOCIAL: Também do jeito que ela foi em cima de você, e eu não me senti abandonada pela (A), muito pelo contrário.

PSICÓLOGA (A): Porque conseguiu entender, né?

ASSISTENTE SOCIAL: Entendi que, que ela saiu porque tava difícil naquele momento, mas não precisa sair pra sempre, né? Precisava respirar, né?

PSICÓLOGA (A): É.

**7. PESQUISADORA:** Quer falar (S), (J)? Tudo bem? São desenvolvidas atividades fora do CAPSi com as crianças? De que forma? Esporádica, rotineira? Onde? Com que finalidade?

ASSISTENTE SOCIAL: Às vezes tem passeios, as vezes tem visita à coca-cola, a gente já fez, a gente ia muito ao horto, né?

PSICÓLOGA (J): hum-hum.

ENFERMEIRA: Às vezes a gente vai na casa pra medicar, fazer a medicação.

ASSISTENTE SOCIAL: Visita à escola.

ENFERMEIRA: É, visita à escola.

ASSISTENTE SOCIAL: Visita às instituições, que às vezes estão nas instituições, é...é...que mais? E a gente tem também é...é...sempre também a gente tenta trazer, né? então quando tem as nossas festas, comemorativas, então a gente abre pra família, abre pro, pro amiguinho, os aniversariantes do mês a gente também abre pro amiguinho.

ENFERMEIRA: Pode trazer alguém, né?

ASSISTENTE SOCIAL: Então a gente sai mas também pede pra entrar.

PSICÓLOGA (J): Que freqüência que acontece é que você perguntou?

PESQUISADORA: É.

ENFERMEIRA: Depende.

PSICÓLOGA (J): Os aniversariantes do mês que é é mensal, daí tem as datas comemorativas, tem natal, tem dia da criança, as festas juninas, mas os passeios...

ASSISTENTE SOCIAL: Os passeios, ficaram mais escassos esse ano.

PSICÓLOGA (J): É.

ENFERMEIRA: E na escola depende, tem mês, tem mês que a gente em três, quatro escolas, tem mês que num vai.

ASSISTENTE SOCIAL: Depende da demanda.

ENFERMEIRA: Depende da demanda.

PESQUISADORA: E assim, já que vocês estão falando de atividades, o que vocês acharam da assembléia que vocês realizaram ontem?

(equipe fica em silêncio)

PESQUISADORA: Foi uma atividade fora do CAPSi, né? vocês reuniram os pais das crianças para ouvir a opinião deles no que vocês precisam melhorar, o que vocês acharam dessa atividade que vocês fizeram lá da assembléia? Não deixa de ser uma atividade [...] pareceu mais reflexiva, nesse sentido, vocês enquanto profissionais o que vocês acharam, como foi a assembléia?

(A equipe fica pensativa e entra o porteiro e avisa a psicóloga (J) que seu pai está esperando lá fora ela responde que já vai. Ele insiste que o pai JÁ está esperando).

PSICÓLOGA (A): Olha, assim, eu acho que toda equipe, é, é, é, assim a gente se surpreendeu.

ENFERMEIRA: Acho que foi um grande passo.

PSICÓLOGA (A): Principalmente, foi um grande passo, a quantidade de pais, é claro que a gente tem muito mais famílias aqui, muito mais crianças, mas é sempre muito difícil quando fala de assembléia, adesão, né? então assim, foi no meu entendimento surpreendente e ao mesmo tempo rico como a gente já imaginava, né? porque ninguém melhor do que eles pra trazer as dificuldades, enfim, a vivência deles, né? a gente imagina mas, só eles podem, exatamente avaliar e dizer e falar, né? então pra [...] foi riquíssimo ontem, maravilhoso assim, a adesão, a participação, né? porque às vezes eles se retraem, eles não se retraíram, né?

**8. PESQUISADORA:** Não, não, eu tava lá, eu vi. De uma forma ideal, se vocês pudessem pensar de uma maneira idealizada, melhorar o tratamento oferecido no CAPSi, o que vocês gostariam de fazer, o que vocês gostariam de propor? Como equipe.

ASSISTENTE SOCIAL: Ah, mais profissional, a gente precisa de mais gente, de recursos humanos, precisa de espaço físico.

Psicóloga (J): que o espaço aqui tá pequeno.

ASSISTENTE SOCIAL: E, precisamos da, da organização da rede, no sentido de, ambulatório infantil, até pra num ser a única porta de entrada, né?

PSICÓLOGA (A): E eu acho que também, uma coisa que é muito assim, a gente, tem muita dificuldade com isso, no serviço público, que é a nossa vivência, é com qualificação, com capacitação, porque isso, é extremamente importante e assim, se a gente quer, você tem que investir, por si, né? e acho que falta, né?

ASSISTENTE SOCIAL: A maioria aqui investe por conta.

PSICÓLOGA (A): É, a maioria investe por conta, então eu acho que falta, até porque as atividades que a gente realiza extras elas são limitadas, a gente tem plena consciência disso, mas a gente não pernas pra fazer mais porque faltam pessoas, voltando a falar da questão da quantidade mesmo.

ASSISTENTE SOCIAL: Tá funcionando com o mínimo do mínimo, né?

PSICÓLOGA (A): A gente ta hoje com dois mil e...a gente num consegue catalogar.

ASSISTENTE SOCIAL: 2042.

PSICÓLOGA (J): 2042 crianças

PSICÓLOGA (A): Crianças inscritas, né? e que já passaram, né? [...] que estão ativas, o número é muito grande.

PESQUISADORA: E como vocês percebem a relação do CAPSi com escola?

PSICÓLOGA (J): que Acho que é uma relação está sendo construída, as escolas que a gente já visitou, agora já tem várias escolas que ligaram solicitando avaliação, solicitando ajuda, a parceria, acho que é uma relação que está se construindo.

ENFERMEIRA: Eu acho que tá construindo né? essa relação, e algumas que a gente teve contato acho que foi bom, né? que a gente já foi né? foi bom, né?

## APÊNDICE 1.2 - ENTREVISTA COM A MÉDICA

**1. PESQUISADORA:** Como você define a clientela que procura o CAPSi? Quem são eles e o que necessitam?

**MÉDICA:** A nossa clientela do CAPSi, até por ser, o único serviço de psiquiatria infantil, de saúde mental, de criança e adolescente, até assim, óbvio que a GRANDE maioria é de uma classe social menos favorecida, mais a gente acaba tendo é... bastante família que procuram, que são de classe média, que tem condições até às vezes de procurar atendimento particular, que tem convênio, mas, pela ausência de oferta, eles acabam buscando a gente, né? então assim, é, é...a grande maioria, né? se a gente for pensar assim, em, em qual a queixa maior, geralmente é questões de aprendizagem, é problema na escola, a GRANDE maioria é a escola que encaminha, né? assim eu não saberia te dizer em porcentagem aí...

**PESQUISADORA:** Ta.

**MÉDICA:** Mais a grande maioria é problema de aprendizado, aí fora isso, aí vem daí queixas, a família que percebe alguma coisa, é a minoria, né? Ou outro profissional encaminhou é minoria, a GRANDE maioria de, encaminhamento é de, escola mesmo, de criança ou que tá dando trabalho na escola, ou que não tá aprendendo, né? são, acho as duas queixas principais, as duas queixas maiores.

**2. PESQUISADORA:** Ta. De que forma você acha que o CAPSi contribui, ajuda essas pessoas que o procuram?

**MÉDICA:** É, bom, que a gente ajuda? É aquela como é o único serviço, eu falo desde do momento que você escuta a queixa da família você tá ajudando, né? Assim, o que a gente vê muito, às vezes até... não necessariamente a criança precisa de tratamento, mas a família precisa de, de uma escuta, né? Então, só essa acolhida a gente já ajuda, é óbvio que daí vem todo processo de avaliação e tal que às vezes a gente vem, seja na terapia, seja medicação, seja as outras avaliações, mas eu acho assim que a partir do momento que essa família passa a porta, da porta para dentro, ela já tá se sentindo ajudada, né? Exatamente porque a gente vê uma peregrinação, eles bateram em várias portas, já buscaram, já caçaram, e não, não conseguem, e aí a partir do momento que, fala “opa! Tem alguém pra me escutar”, acho que aí a gente já começa ajudar por aí, né? parece pouco, mas tem muita família que, que é o mínimo que eles precisam, né? então...

**3. PESQUISADORA:** Hum-hum. O que você acha que o CAPSi oferece de melhor pro tratamento das crianças? Os pontos fortes do CAPSi.

**MÉDICA:** Eu acho que é uma equipe com disponibilidade, né? É...eu acho que esse é o principal, a grande maioria, uma das coisas que a gente, hoje em dia já, foi mudando até pelo tempo, mais assim, uma das coisas que a gente valorizou, era assim quem tava aqui era porque queria, num tava por obrigação, né? então assim, são pessoas que têm disponibilidade, querem trabalhar com criança, que gostam de trabalhar com família, eu acho que isso é um ponto a favor, né? eu acho que a partir do momento que a pessoa gosta do que tá fazendo ela faz bem feito, né? acho que é o principal.

**4. PESQUISADORA:** E os aspectos que você acha, que o tratamento ofertado no CAPSi poderia ser melhorado?

**MÉDICA:** Ah! Recursos humanos! Número de pessoas pra atender, é o volume muito grande, esses dias a gente tava conversando, tem uma média de cinco triagens diárias, aí, e a gente num tem é...quer dizer é um médico só, psicóloga a gente tá com pouco, e a acaba tendo que colocar muita em grupo pra poder otimizar os atendimentos, então a gente acaba, é faltando pessoal pra trabalhar individual,

então assim, é, agenda lotada, então às vezes as crianças precisam de atendimento, médico, às vezes tem que esperar um mês, dois meses, porque não tem como você atender, é, todo mundo, né? Então assim, a coisa das urgências que é mais grave, eles acabam até por conta da triagem e tal, a gente consegue mais é... eu acho que hoje o maior problema do CAPSi é recursos humanos, falta de pessoal.

**5. PESQUISADORA:** É...de que maneira você participa das discussões de caso na equipe? Quais suas atribuições, responsabilidades nessa discussão? Definição de modalidade?

MÉDICA: É aquela, como médico cê acaba tendo que participar das discussões como um todo, né? então assim, as vezes têm muitas situações que, que eu acabo batendo martelo, né? que falo que não muito pra onde correr, principalmente com decisão de medicação e tal que a equipe, quanto a isso a gente tem uma flexibilidade legal e...e... é tranquilo, com relação as modalidades de tratamento é aquela, eua acabo, até por conta do tempo, né? a gente, eu acbo discutindo mais com as mini-equipes, separa os pacientes e acaba, é...a gente acaba discutindo individualmente, então, se eu vejo que num tá legal eu peço, pra, pra reavaliar, pra trazer pro intensivo, já tá legal, vamu encaminhar pra alta, né? acaba discutindo com a equipe que atendendo mais próximo.

**6. PESQUISADORA:** Como você define o trabalho da equipe desse CAPSi?

MÉDICA: A equipe? A equipe guerreira.

Pesquisadora: Guerreira?

MÉDICA: Eu acho que a equipe é guerreira, porque aqui a gente trabalha é...MUITO, no sentido de, tentando acolher todo mundo, e...sem muita infraestrutura, seja física, seja de pessoal mesmo, mas eu acho que é uma equipe guerreira, o principal.

**7. PESQUISADORA:** São desenvolvidas atividades, você sabe dizer, são desenvolvidas atividades fora do CAPSi, é...com as crianças? De forma esporádica ou rotineira? Onde e quando? Com que finalidade?

MÉDICA: É, o... geralmente é assim, ocorrem passeios, o pessoal programa algumas atividades, tem a... a terapia ocupacional, às vezes inventa um grupo de pacientes e vai pro salão pra fazer a unha, pra cortar o cabelo, ou vão passear no horto, ou passeios na coca-cola, que, que são parceiros, eles sempre disponibilizam, mandam o ônibus, então assim, a gente tenta fazer essa coisa de inclusão, socialização mesmo, normalmente são passeios, alguma atividade assim, né? a grande maioria das atividades são concentradas dentro do CAPSi, o trabalho externo é... minoria, mas, mas existe.

PESQUISADORA: E se fosse possível, de uma forma ideal pensar, em melhorar o tratamento oferecido no CAPSi, o que você gostaria de propor?

MÉDICA: Melhoria? Nossa! Contrata mais gente (risos) primeira coisa que precisa, de mais gente, de mais um profissional médico pra dividir, porque é muita coisa pro profissional só, não dá, num dá pra, pra acolher toda a demanda, eu acho que que hoje a gente num tá... num tá conseguindo atender todo mundo exatamente por conta disso, né? e...

PESQUISADORA: São poucos profissionais?

MÉDICA: São poucos, e até um médico pelo volume de paciente que a gente tem, é pouco, né? Então assim, se a gente tivesse mais um médico e alguns psicólogos, mais assistente social, mais terapeuta ocupacional, acho que a gente podia tá fazendo um serviço de excelência.

PESQUISADORA: A última “C”, como você percebe a relação do CAPSi com a escola?

MÉDICA: Eu acho que bem próxima, eu acho que a gente... a nossa limitação é realmente essa coisa de pessoal, né? mas assim, tem visitas escolares, o pessoal da escola acaba vindo, então tem algumas situações que a gente vai intervir dentro da escola, então assim nosso trabalho com a escola tem sido bem próximo, a limitação é pessoal, né? o número de pessoas pra poder, porque você acaba desfalcando a equipe se você tira todo dia, é, alguém pra sair e fazer visita, mas... dependendo da necessidade, da urgência, a gente acaba, acaba saindo sim, acaba indo pra entro da escola.

PESQUISADORA: Muito obrigada.

**APÊNDICE 1.3 - ENTREVISTA GRAVADA COM OS FAMILIARES** (as 9h30min de 24/11/2006)

PESQUISADORA: O usuário é da família de vocês? Quem é que usa? A filha? Quem tá no serviço? Quem faz atendimento aqui?

MÃE: Quem tratam cês falam?

PESQUISADORA: É, é.

MÃE: É a Marta

PESQUISADORA: É uma menina, né?

MÃE: É uma menina.

PESQUISADORA: Hum-hum. E da senhora?

AVÓ1: É o Fábio

PESQUISADORA: É o Fábio, né? É um menino.

PESQUISADORA: E da senhora?

AVÓ2: É a Maria.

PESQUISADORA: Marta ou Maria?

AVÓ2: Maria

PESQUISADORA: São bem parecidos os nomes.

AVÓ2: É, e Maria Auxiliadora é o nome da minha filha e ela é Maria Auxiliadora (olha para as duas avós e aponta para a pesquisadora), então... (risos) é a mãe de Maria.

PESQUISADORA: Como é o nome do seu neto?

AVÓ1: É Fábio

PESQUISADORA: Fábio está estudando?

AVÓ1: Tá.

PESQUISADORA: Ta?

AVÓ1: Tá no segundo ano.

PESQUISADORA: Segundo ano? há tá... estuda perto de casa?

AVÓ1: É perto.

Pesquisadora: É pertinho

AVÓ1: É pertinho.

PESQUISADORA: E a Marta?

MÃE: Marta tá na terceira.

PESQUISADORA: E Marta? (a pesquisadora trocou os nomes)

AVÓ2: É Maria, que é filha, NETA, minha neta.

PESQUISADORA: Ah sua neta.

AVÓ: é.

PESQUISADORA: Tem algum ponto que a senhora acha que aqui ...

MÃE: ahhh pra mim tá... eu acho que...

AVÓ2: Assim, às vezes eu vejo as pessoa reclamar, assim a criança na sala de aula, né? se tivesse um meio de arrumar professores pra fazer cursos, pra aquelas criança, né? pra ficarem assim, junto, né? pros professores, né? atender eles, né? acho que é melhor pra eles, né? porque eles fica no meio do outros, [...] até as vezes num quer ficar só eles, num é bom, mas também tendo os professores, [...] porque os professores perde tanto aluno em sala, né? eles também ali e os outros fica também difícil, né? então se tivesse um meio pra preparar sei lá uns professores pra atender eles, assim, pra entender a atitude deles, desses meninos, né? [...] seria bom, né?

PESQUISADORA: A senhora acha que seria positivo?

(Avó2 confirma com a cabeça que sim)

PESQUISADORA: E, comparando o tratamento realizado aqui no CAPSi com outros tratamentos que vocês realizaram, que vocês passaram por outros lugares, né? Então comparando o que vocês acham?

MÃE: Aqui tá 100% melhor do que...

AVÓ1: eu tive com ele num tratamento com um médico neuropediatra e ele já desconheceu o problema dele [...] do menino, foi no centro de reabilitação, ele deu alta, disse “esse menino num é comigo não, procura o CAPS, procura o Aduato”, aí agente correu atrás, né? aí fomos no colégio que também ajudou agente bastante, levou uma psicóloga, aí a psicóloga encaminhou pra cá, pediu um pedido de urgência, aí eu trouxe o pedido, aí eles encaixou e chamou a criança logo, né? e desde pequenininho, que ele tá passando por esse tratamento fora, nesse centro de habilitação, bateu chapa duas vezes, inclusive eu tô aqui com o resultado, e não deu nada, num acusou nada, mas a gente sabe que o menino tem problemas, é especial, então a gente tá buscando aqui, aqui eu tô, apesar de poucos tempos eu tô vendo bastante resultado.

Pesquisadora: E você mãe? Em comparação com outras instituições que sua filha passou e o tratamento aqui no CAPSi?

MÃE: Ah, eu acho que o tratamento aqui pra mim, [...] onde o doutor bem tinha desenganado dela, né? depois que ela veio pra cá ela ganhou [...] o doutor do Julio Muller, eles que encaminharam aqui, conseguiram tratamento pra ela, né? ele melhorou, vixe! Bem dizer ela tá boa, né? Então eu acho, se eu morasse aqui, eu ia continuar o tratamento dela aqui, direto, né? porque pra mim, ela melhorou bastante, eu devo MUITA obrigação com esses povo daqui, porque eles são muito, muito bom.

PESQUISADORA: E com relação a escola, a escola e os filhos de vocês e o CAPSi? Como é que a escola vê os filhos de vocês? Encaminha pra cá? Como é?

MÃE: A minha mesmo veio pra cá [...] quando ficou doente ela não quis estudar mais, aí eu levei o atestado, mostrei a professora, a professora falou “ah fazer o que a gente vai forçar ela fica nervosa, daí ela começa a chorar, deixa pro ano que vem”, mais só que, eu num, eu quis esperar, né? Vê ela terminar, porque ela é tão inteligente, mas ela num quis, ela num quis nem saber, aí vou esperar, né? O ano que vem pra vê, acho que até lá ela vai tá bem melhor, né? Se deus quiser.

Pesquisadora: E o seu neto na escola?

AVÓ1: “F”, ele tá repetindo o segundo ano, porque o primeiro ele num teve muito, muita força lá no colégio, porque a professora que, estava com ele num era uma professora preparada pra isso, já agora no segundo ano, ele pegou uma professora ótima e ele tá evoluindo, já tá lendo, escrevendo, pouco mas tá, então a escola deu uma força muito grande pra gente, trazer ele aqui, a escola ajudou bastante, a diretora, a coordenadora, foi quem pediu uma psicóloga lá na escola, [...] e essa psicóloga lá do colégio foi quem enviou pra cá esse pedido de urgência, então, ela sempre qualquer coisa que acontece, ela chama a gente, explica o problema do menino, tá os trabalho dele tudo aqui, quando ele quer fazer ele faz quando num quer ele entrega pro professor sem fazer, a professora olha assim, e coloca no papel que ele não fez, mas eles sabe como lidar com esse tipo de pessoa, que não forçam, então cê vê aqui a matéria dele (mostra o material da criança para a pesquisadora) [...] ela é uma professora assim excelente, ela sabe lidar com a crianças, e com isso ele desenvolveu, desenvolveu bastante esse ano, a do ano passado num foi boa não, só que mesmo assim eu disse pra ele, num sei se você vai passar não.

PESQUISADORA: E sua neta? E a escola?

AVÓ2: É a Maria ultimamente o que aconteceu, então a escola, [...] o problema do distúrbio que tava na sexta, né? A escola falava pra mim, [...] sobre a escola ela vai indo bem aqui na escola, elas falavam pra mim, aí ultimamente ela tava com problema, aí fica sem confiança, o problema é difícil por causa disso, eles foca sem confiança, aí fica atrás daquela professora, e ela é danada, daquela muito inteligente, tem que se resolver pra ela, falar logo, aquilo [...] de matemática, o que seja, de qualquer matéria, né? fica atrás da professora, então aquela de português falou assim Maria eu já expliquei pra você, agora eu vou explicar pros outros também. A Maria esquece aí outro vez de novo, assim, aí ficou, aí o CAPSi chamou a supervisora aqui, [...] aí tiveram uma reunião aí [...] deram um atestado, aí eu levei lá o atestado, ficar com eles um mês aqui, então pega as matérias, [...] traz de lá, responde tudinho, ela me entregou, eu entreguei pra eles, para ela fazer aqui, e tá em casa ela faz, e é assim ela só quer ficar fazendo, quer ganhar boas notas, aí a professora diz Maria você tem nota, e fica assim sabe? [...] num sei se esse ano ela vai terminar, né? mas disse que tem notas boas no boletim, mas só que ela tá aqui com as meninas, ficar um mês, atestado na escola, nesse assunto [...] ela tá agora na 7ª série.

PESQUISADORA: E o tratamento da Marta?

AVÓ2: O tratamento vem vindo, esse tratamento, ela tá nervosa porque ela disse que quer que eles muda o remédio, quer tomar tegretol, ela já tomou quedo era pequena, eu quero que ela toma, vou falar com médica, se a médica vai passar outro, vou ver como e que vai ser, trouxe ela pra com a médica, mas ela melhorou mais esses dias, [...] ela ficou ruim esses dias, chorando [...] passou CALMOCITENE, um médico lá, lá no PSF, né? tá tomando, ela disse que dorme mais assim, e ela, aí ela fica assim, o estudo ela quer, cê precisa vê como é que ela é, ela quer resolver, explicar o problema, aí ela fica assim, as crianças faz as tarefas e pronto, vai brincar, ela não, minha filha não [...]

Pesquisadora: e a equipe? Como vocês vêem a equipe daqui que atende a vocês a seus filhos?

AVÓ1: Eu num tenho nada assim, só favor, né? estou começando, mas meu neto está sendo bem tratado.

PESQUISADORA: Hum-hum

AVÓ2: Os [...] vão buscar M2, lé em casa sabe? Ultimamente, só esse mês, né?

AVÓ1: É um pessoal que se interessa pela saúde das crianças, pelo bem-estar das pessoas, das crianças, principalmente eu vejo o carinho aqui, dá gosto, viu?

AVÓ2: eu trago ela aqui pra eles vêm de perto sobre o tratamento do remédio, eu dou pra ela certinho, mas eles precisam vê, num é? Aí a M2 [...] tá tomando o remédio aqui, né?

## APÊNDICE 02 – MATERIAIS DO CAPS PARA REALIZAR ANOTAÇÕES SOBRE OS ACOLHIMENTOS E AVALIAÇÕES

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO-JUVENIL – CAPSi

### FICHA DE ACOLHIMENTO

#### I - Dados de Identificação:

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Data Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Sexo: ( ) Mas. ( ) Fer

Naturalidade: \_\_\_\_\_.

Procedência / Cidade de origem da família: \_\_\_\_\_

Estuda: ( ) Sim ( ) Não Série: \_\_\_\_\_. Período: ( ) matutino ( ) vespertin

Escola: \_\_\_\_\_

Bairro da escola: \_\_\_\_\_. Telefone da escola: \_\_\_\_\_

Mãe: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Escolaridade \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_ Trabalha: ( ) Sim ( ) Nã

Telefone: \_\_\_\_\_ Cel: \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

Pai: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Escolaridade \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_ Trabalha: ( ) Sim ( ) Nã

Telefone: \_\_\_\_\_ Cel: \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

Casados: ( ) Sim ( ) Não

( ) Madrasta \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Escolaridade \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_ Trabalha: ( ) Sim ( ) Nã

( ) Padrasto \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Escolaridade \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_ Trabalha: ( ) Sim ( ) Nã

Endereço da criança: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

Ponto de referência: \_\_\_\_\_

Telefone para contato: \_\_\_\_\_. ( ) Próprio ( ) Recado com \_\_\_\_\_

Documentação do responsável / CPF: \_\_\_\_\_

Informante / Solicitante: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

Endereço do solicitante: \_\_\_\_\_

Encaminhado por: \_\_\_\_\_

CARTÃO SUS Nº: \_\_\_\_\_.

APAC nº: \_\_\_\_\_ Início: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Término: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

APAC nº: \_\_\_\_\_ Início: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Término: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

APAC nº: \_\_\_\_\_ Início: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Término: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



*CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO-JUVENIL – CAPSi*

**III – Hipótese diagnóstica ( CID 10 ):**

---

---

**IV – Encaminhamento:**

( ) EXTERNO (qual serviço e/ou orientação realizou):

---

---

( ) INTERNO:

---

---

---

---

---

---

---

---

V– Acolhimento realizado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**VII – Observações:**

---

---

---

**VII – Nome e carimbo do Técnico entrevistador/acolhedor:**





## APÊNDICE 03 - PROJETO TERAPÊUTICO CAPSI 2005

### I. INTRODUÇÃO

O Projeto Terapêutico do CAPSI compreende estratégias do processo de acolhimento/triagem e admissão da criança/ adolescente ao serviço, com vistas a ações terapêuticas específicas, quanto no sentido de encaminhamentos externos orientados conforme a necessidade de cada cliente, detectado no acolhimento/triagem deste serviço/ou no processo diagnóstico.

A etapa deste projeto mantém-se tais como apresentadas no projeto terapêutico original do Caps Infanto Juvenil, sendo elas: recepção, acolhimento/triagem, processo diagnóstico, \*terapêuticas especializadas, \*oficinas terapêuticas, acompanhamento/avaliação da evolução do tratamento, processo de alta e encaminhamentos; todas as etapas do projeto, no entanto, desenvolvem-se metodologicamente de forma diferenciada da original.

Observação: \*terapêuticas especializadas e \*oficinas terapêuticas, continuam a fazer parte deste projeto, porém incluídas nos “programas terapêuticos”.

### II. JUSTIFICATIVA

A metodologia de cada uma das etapas do projeto terapêutico apresenta e propõe mudanças relacionadas à realidade atual do serviço, tanto no sentido de sua clientela quanto no sentido de sua equipe técnica disponível, e até mesmo dos recursos outros e sua possibilidade de acesso com o material de trabalho, transporte, contatos parcerias então estabelecidas com outras entidades de assistência à criança e ao adolescente, (este último constitui na atualidade também o foco de atenção do serviço, tendo sido incluído em seu projeto de assistência, a partir de fevereiro de 2004, à medida que todas essas condições acima mencionadas o permitiram).

### III. METODOLOGIA DE TRABALHO

#### 3.1) RECEPÇÃO:

- Primeiro contato do cliente e seus pais com serviço, tanto pessoalmente, quanto através de telefone.
- Esclarecimento da função do serviço para os pais/responsáveis e para o/a cliente (criança/adolescente);

- Esclarecimento do processo de acolhimento/triagem para os pais/responsáveis e para o cliente, como acima;
- Imediato atendimento ao cliente através do acolhimento/triagem.

### 3.2) ACOLHIMENTO/TRIAGEM

- Realizado por técnico PNS do SUS, componente da equipe, de segunda

a sexta-feira das 8:00 as 17:00 horas e, em caso de 3º turno, será realizada até as 20:00 horas;

- Realizada através da escuta e acolhimento da queixa dos pais (e/ou responsáveis), bem como da escuta, acolhimento e observação do cliente (criança ou adolescente em questão);

- É realizado neste momento um levantamento inicial de dados de identificação do cliente, sua composição familiar, dados clínicos e sociais, histórico familiar e escolar;

- Neste ato será feita a verificação da pertinência do caso ao serviço;

- Na situação de pertinência do caso ao serviço, o cliente será imediatamente acolhido em atividade terapêutica caso esteja apresentando sintomas de transtorno mental grave, e quando não, serão feitos então agendamentos para consultas de anamnese bio-psi-social;

- Na situação de não pertinência do caso ao serviço, será feito encaminhamento do (a) cliente ao serviço competente, conforme necessidade detectada no ato do acolhimento, e/ou no processo diagnóstico;

- Os pais e o cliente receberão orientações tanto para a situação de agendamento de consultas dentro do serviço, quanto para a situação de encaminhamento externos e seus motivos, a partir de discussão prévia com a equipe, quando pertinente;

- Todos os casos que forem pertinentes ao serviço serão remetidos para a equipe de discussão clínica logo após as primeiras consultas de anamnese, processo diagnóstico;

- A equipe técnica de discussão clínica fará a elaboração de uma hipótese diagnóstica referendando ou não, a hipótese já apontada no acolhimento, que originou o encaminhamento interno e elaborará um plano terapêutico a ser

proposto e discutido com a família do cliente e com o próprio; tanto quanto seja possível em função de sua idade e possibilidade de escolha;

- Após propor e discutir com a família e o cliente o plano ou projeto terapêutico individual deste, sua incursão se dará mediante registro no prontuário onde deverá constar todos os atendimentos, atividades e horários destas, as quais o cliente e/ou sua família irão participar;

- Neste ato, o cliente e seus familiares serão convidados a conhecer as dependências todas do serviço, bem como os servidores todos da equipe, inclusive mencionando aqueles que forem de horários outros.

### 3.3) PROCESSO DIAGNÓSTICO

- Acolhimento/Triagem através da escuta e acolhimento da queixa, onde há verificação da presença de sinais e sintomas presentes no desenvolvimento do cliente em assistência;

- Agendamento das entrevistas de anamnese e bio-psico-social;

- Discussão com a equipe clínica;

- Elaboração da hipótese diagnóstica do transtorno e da condição familiar

- Elaboração do projeto terapêutico a ser proposto e discutido com a família e o cliente.

### 3.4) PROGRAMAS TERAPÊUTICOS:

3.4.1- **Núcleo de Ações intersetoriais:** em atendimento do princípio da intersetorialidade, promulgado na terceira conferência nacional de saúde mental do Ministério da Saúde, através da atuação da equipe junto às escolas, creches, lares abrigados, centros de lazer e cultura, justiça e conselhos de direito, rede básica, etc, **viabilizando, garantindo e ampliando** o direito e possibilidade de ir e vir, e de estar do cliente assistido neste programa conforme sua necessidade, que poderão estar contempladas nos subprogramas a seguir:

- TAB (*TRABALHO DE BERÇO*), visa aproximação das crianças e adolescentes de e na rua, identificando condições de sofrimento e auxiliando as demais entidades de proteção à criança e ao adolescente, no cuidado destes;

- TAD (*TRABALHO DE APRENDIZAGEM DISCUTIDA*), visa aproximação das crianças e adolescentes em situação de transtorno no processo de aprendizagem em função de comorbidades mentais (transtorno de déficit de atenção

e hiperatividade, transtorno de conduta, depressão), auxiliando às demais entidades de educação infanto-juvenil, neste cuidado;

- TAPi (*TRABALHO DE ACOMPANHAMENTO DO PROTAGONISMO INFANTO JUVENIL*), visa aproximação e acompanhamento de crianças e adolescentes inseridas nos programas sociais e profissionalizantes, que em situação de sofrimento psíquico, auxiliando tais entidades neste cuidado e na prevenção de agravamentos;

- TAMP (*TRABALHO DE ACOMPANHAMENTO DAS MEDIDAS DE PROTEÇÃO*), visa aproximação das crianças e adolescentes vítimas e infratoras em situação de necessidade de medidas de segurança, auxiliando as entidades competentes neste processo.

3.4.2- Assistência aos pais/responsáveis e/ou famílias: este programa visa prestar assistência e cuidados à família e/ou cuidadores da criança/adolescente admitida (o) em processo terapêutico no serviço, como estratégia fundamental do ato terapêutico destinado à criança/adolescente em questão, realizado por um técnico do núcleo interno de assistência:

- GAP: (*GRUPO DE ATENDIMENTO A PAIS/MÃES/RESPONSÁVEIS*) com abordagem de acolhimento e reflexão da situação de patinação/maternagem...da criança/adolescente em situação de sofrimento psíquico, realizado durante a ocorrência das atividades terapêuticas destinadas à criança/adolescente, ou seja em simultâneo aproveitando a presença do responsável no serviço;

- GIP: (*GRUPO DE (IN)FORMAÇÃO AOS PAIS*), com abordagem **educativa** em cuidados, higiene, saúde, medicação, direitos, etc, obrigatório a um responsável pelo cliente em assistência no serviço; com periodicidade quinzenal;

- TAF: (*TRABALHO DE ASSISTÊNCIA À FAMÍLIA*), com abordagem terapêutica familiar, destinado à família de cada cliente que apresentar necessidade específica, desta intervenção;

- TOGER: (*TRABALHO DE OFICINA DE GERAÇÃO DE RENDA*), destinada aos pais dos clientes do serviço, que apresentarem necessidade de produção e/ou ampliação de renda familiar.

3.4.3- **Terapêuticas Especializadas:** constituem os atendimentos especializados em psiquiatria, psicologia, terapia ocupacional, enfermagem e outros, comtemplando também ações especializadas de abordagem em equipe como:

- GRUM: (*GRUPO MULTIFAMILIAR*), onde participam da mesma atividade o cliente e seu responsável, em dinâmica grupal;
- PROINF.: (*PROJETO PRÓ PRIMEIRA INFÂNCIA*), compreende ações terapêuticas de crianças da primeira infância e seus cuidadores, com caráter preventivo de transtornos mentais;
- GRUPO DE AVALIAÇÃO – (“D”)
- GRUPO DE ALTA – (“C”)

3.4.4- **Oficinas terapêuticas:** as oficinas são realizadas por membros da equipe técnica do serviço e são de fundamental importância dentro do trabalho de assistência ao cliente pois, através de sua configuração e metodologia, proporciona espaços de convivência entre os clientes do serviço e seus técnicos, constituindo técnica avançada de intervenção terapêutica, uma vez que se dá por ação grupal, atingindo portanto de forma ampla os campos fundamentais afetados pela vivência de transtorno/sofrimento psíquico, que se referem ao relacionar-se consigo próprio e com os outros, com os próprios sentimentos e capacidades, limitações, com as frustrações e a transformação, com o desconhecido e o conhecido; através de temas geradores, nas seguintes oficinas:

- lúdicas;
- recreativas;
- de construção/criação;
- de transformação;
- de auto-conhecimento;
- pedagógicas

\*Observação: cada um dos quatro programas terapêuticos e seus sub programas, apresenta projeto específico de execução e metodologia, descritos e arquivados na unidade de serviço do CAPSi.

### 3.5) ACOMPANHAMENTO/AVALIAÇÃO:

A equipe assistente acompanhará e avaliará a evolução de cliente assistido através de discussão e estudo de caso semanalmente e sempre que se fizer necessário, para definição de estratégias e indicações de alta quando possível.

### 3.6) PROCESSO DE ALTA:

O cliente iniciará dentro do projeto terapêutico o processo de alta, por indicação da equipe técnica que estabelecerá estratégias individuais para o desligamento do cliente com a instituição, que em determinadas circunstâncias será

o cliente acompanhado pela rede básica de saúde até mesmo em sua casa através do PSF articulado pelo próprio CAPSi.

As altas por transferência ou por abandono da assistência, terão procedimentos específicos para cada situação definidos pela equipe.

### 3.7) ENCAMINHAMENTOS:

Durante a assistência poderão ser feitos encaminhamentos para assistência específica em unidades de referência, para acompanhamento em paralelo mediante necessidade do cliente, em casos de comorbidade e/ou para competência de outras especialidades.

### 3.8) EQUIPE:

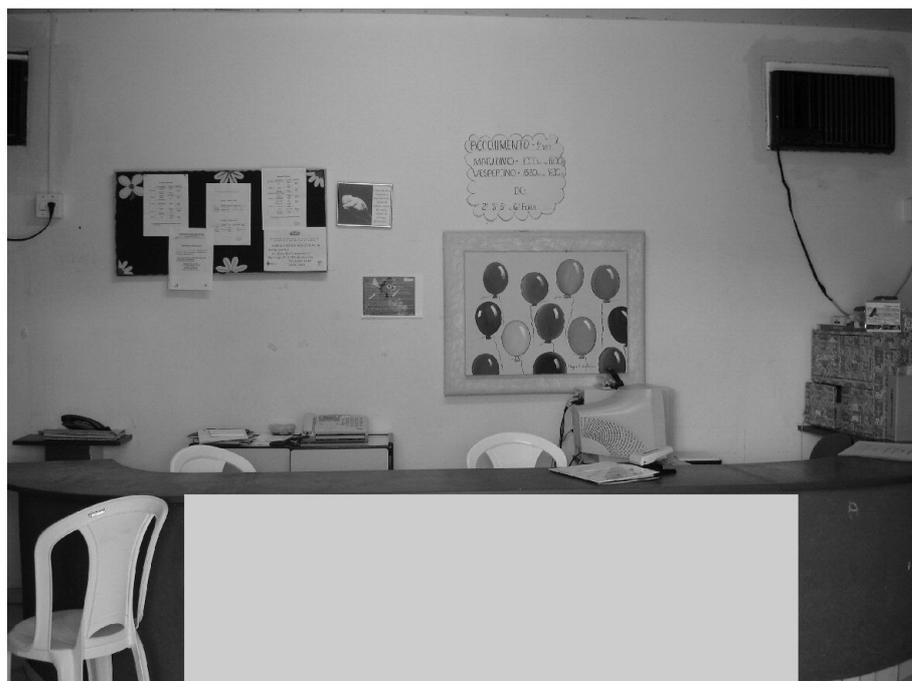
Os servidores são todos igualmente responsáveis pelo desenvolvimento e efetivação do projeto terapêutico, devendo constituir equipe transdisciplinar, discutindo assiduamente todas as questões pertinentes ao serviço, decidindo sobre elas, e portanto respondendo por estas frente ao cliente.

### 3.9) AVALIAÇÃO DE SERVIÇO

**APÊNDICE 04 – FOTOS DO CAPSi**



**Foto Superior** – Entrada do CAPS. **Foto Inferior** – Fachada lateral direita



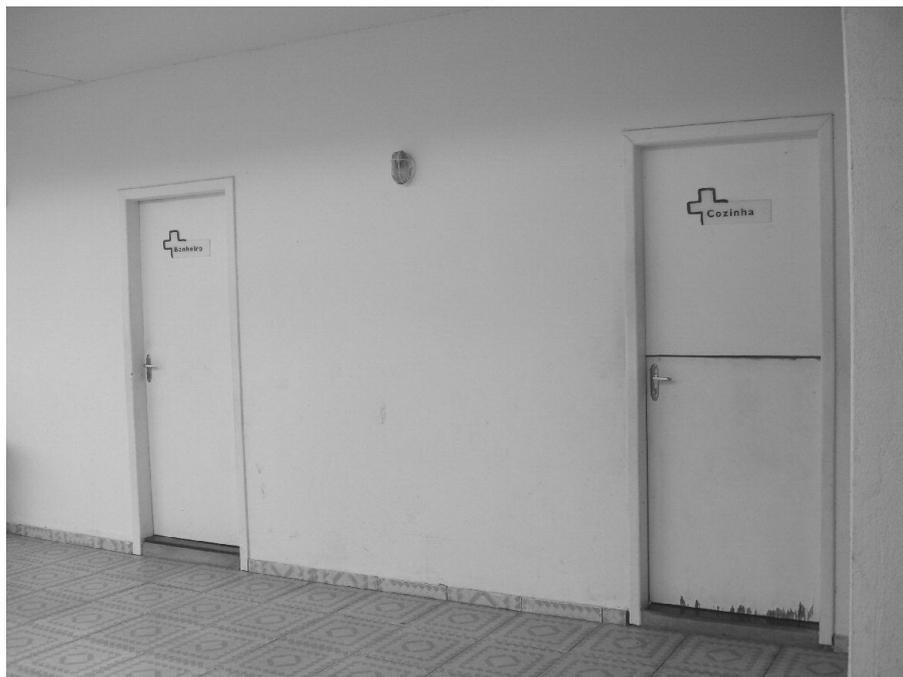
**Foto Superior** – Fachada lateral esquerda. **Foto Inferior** - Recepção



**Foto Superior** – Sala de espera. **Foto Inferior** – Sala de espera



**Foto Superior** – Sala de repouso (com grade na janela). **Foto Inferior** – Sala de acolhimento



**Foto Superior** – Banheiro mantido sempre fechado pela direção (Primeiro da esquerda para a direita da foto). **Foto Inferior** – Sala de oficinas



**Foto Superior** – Sala de acolhimento e de reuniões. **Foto Inferior** – Pátio interno.

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)