

DIAGNÓSTICO INICIAL: VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, MOTIVO DE CONSULTA E INDICAÇÃO DE TRATAMENTO PSICOPEDAGÓGICO

Iara Abreu Wrege

RESUMO – Este trabalho traz reflexões sobre a Psicopedagogia voltada à saúde, especificamente dentro de um contexto de centro de saúde público. Considerando-se o Diagnóstico Inicial como um procedimento fundamental para a eficiência da intervenção clínica, é exposta a prática clínica desenvolvida na Equipe Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e uma pesquisa de campo sobre o Diagnóstico Inicial. Nesta pesquisa, pretende-se contribuir para a complexidade do Diagnóstico Inicial como um procedimento para identificar a Violência Doméstica e para definir a especificidade do tratamento em Saúde Mental. Pondera-se a relação do Motivo de Consulta, explicitado pela família, com a Violência Doméstica sofrida pela criança ou adolescente. Constatou-se que a identificação da Violência Doméstica não é fácil e que o Motivo de Consulta, especialmente ligado às questões de aprendizagem, não é o determinante para a indicação de tratamento psicopedagógico. Além disso, da pesquisa emerge a necessidade de o psicopedagogo promover uma escuta clínica, durante o diagnóstico e o tratamento psicopedagógico e a necessidade do psicopedagogo capacitar-se trabalhar com uma visão mais abrangente sobre a aprendizagem.

UNITERMOS: Saúde mental. Violência doméstica. Psicopedagogia. Técnicas de diagnóstico e procedimentos.

INTRODUÇÃO

Trabalhar numa equipe sempre é um desafio quando se deseja compartilhar com os saberes de todos dentro de um contexto de indagação sobre o trabalho desenvolvido pela equipe.

A prática psicopedagógica dentro de uma equipe de saúde mental é diferenciada da feita

em um consultório psicopedagógico, especialmente no que se refere à primeira fase do atendimento clínico – diagnóstico. O diagnóstico no consultório psicopedagógico tem o propósito de definir o tipo de intervenção psicopedagógica ou o tipo de encaminhamento a ser feito.

Iara Abreu Wrege – Psicopedagoga da Equipe de Saúde Mental – Centro de Saúde Santa Marta – Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre.

*Correspondência
Rua José Sanguenetti, 205/05 – Jardim Isabel
Porto Alegre –RS – Brasil – 91760-490
E-mail: iarawrege@terra.com.br*

Na maioria dos centros de saúdeⁱⁱ que se tem notícia, o diagnóstico é feito ou por um profissional que, considerando o motivo de consulta do paciente ou considerando somente o Motivo de Consulta do paciente, direciona o paciente e a família a uma ou várias especialidades para os diagnósticos em suas áreas. Então, a prática clínica fica semelhante à prática de consultório.

Dentro de uma equipe de saúde mental que se proponha a trabalhar de uma forma interdisciplinar, anterior ao diagnóstico específico, urge determinar tanto as intervenções clínicas necessárias, quanto o(s) profissional(is) que ficará(ão) responsável(is) pelo paciente e família. Conseqüentemente, o psicopedagogo que atua numa equipe interdisciplinar participará desse processo decisório. Este processo é difícil, pois vai além do Motivo de Consulta expresso pela família ou paciente. É um processo que inclui lidar com situações estressantes, como violência doméstica, causadores do sofrimento do paciente expresso ou não através de um sintoma, inclusive de aprendizagem.

A Psicopedagogia é uma profissão que está construindo seu papel em um trabalho clínico e terapêutico dentro de uma equipe de saúde mental, é crucial que psicopedagogos compartilhem prática e pesquisas.

No primeiro tópico deste trabalho, Diagnóstico Inicial, compartilho a minha experiência clínica de doze anos desenvolvida num sistema público de saúdeⁱⁱⁱ, destacando um pouco da história da equipe em relação ao processo de construção de um Diagnóstico Inicial. Além disso, há uma síntese do Grupo de Avaliação de Crianças, o procedimento mais usado para Diagnóstico Inicial e algumas reflexões sobre este procedimento.

No segundo tópico, Pesquisa da Equipe, reproduzo parte da pesquisa realizada pela

equipe. Estudo sobre violência doméstica feito através da análise do banco de dados da Equipe das crianças e adolescentes atendidos durante o primeiro semestre de 2002.

No terceiro, Pesquisa Atual, exponho minha pesquisa de campo sobre Diagnóstico Inicial, relacionando o Motivo de Consulta com a Violência Doméstica e comparando este estudo ao realizado pela minha equipe sobre violência doméstica.

No último, Conclusões, faço algumas reflexões sobre os resultados encontrados na minha pesquisa, desejando que estas contribuam para a prática clínica, principalmente psicopedagógica, de outras equipes de saúde mental.

Diagnóstico Inicial

A equipe é composta por profissionais de diversas áreas: psiquiatria, psicologia, pediatria, fonoaudiologia, terapia familiar e psicopedagogia; há, também, estagiários de psicologia, fonoaudiologia e psicopedagogia. O trabalho é prioritário^{iv} para crianças encaminhadas pelos centros de saúde do território/distrito de saúde no qual estamos situados – centro. Convivemos com o conhecido problema do serviço público: demanda numerosa. Ao redor de trezentas e cinquenta crianças participam, anualmente, no Grupo de Avaliação da Equipe e temos uma média de seiscentos pacientes em atendimento durante o mês. Tal demanda nos provoca uma angústia criativa.

Quando ingressei na equipe, o diagnóstico era feito por cada especialista de forma individual. Era uma reprodução de atendimentos de consultórios privados, onde os profissionais, ainda hoje, trabalham sozinhos, isolados, e com, no máximo, simples opinião dos colegas. Era como sabíamos fazer, então. Os pacientes eram distribuídos entre os especialistas, conforme o Motivo de Consulta: problema de aprendizagem (psicopedagogia),

ⁱ Trabalho apresentado oralmente no curso FAMÍLIA E APRENDIZAGEM: ATUALIZAÇÕES, promovido pela Associação Brasileira de Psicopedagogia seção Rio Grande do Sul, módulo III intitulado "Quando a família não é espaço de proteção: repercussões na aprendizagem" em 9/07/2005.

ⁱⁱ Também denominados: clínicas de saúde ou ambulatórios.

ⁱⁱⁱ A parte inicial deste trabalho foi apresentada oralmente no XIII Encontro Estadual de Psicopedagogos, ABPp-RS, novembro de 2004, com o título: "Um trabalho psicopedagógico desenvolvido num sistema público de saúde".

^{iv} Ainda trabalhamos com adolescentes, porém, o nosso desejo é trabalhar somente com crianças (zero a doze anos).

problema de conduta (psiquiatria ou psicologia, conforme o grau), problema de fala (fonoaudiologia), problema familiar e alcoolismo (terapia familiar). Era freqüente, após alguns encontros, durante o período de diagnóstico, que fossem os pacientes redirecionados aos colegas da equipe para que estes fizessem uma avaliação nas suas áreas. Conseqüentemente, o processo de diagnóstico e a elaboração do plano terapêutico, dentro da equipe, duravam ao redor de dois meses, no mínimo.

Um dia, alguns profissionais da equipe não suportaram mais a situação, que era: a quantidade numerosa de pedidos de diagnósticos e de atendimentos, a ausência de vagas para atendimento e, principalmente, o modo como os pacientes estavam circulando dentro da equipe. Deduzimos, assim, que esta modalidade de diagnóstico estava produzindo um maltrato aos pacientes e a nós, pois os pacientes recebiam um diagnóstico e uma indicação terapêutica, somente após serem avaliados por vários especialistas e nós, os profissionais, estávamos com sobrecarga de trabalho, recebendo de nossos próprios colegas, pacientes, inclusive, que não justificavam um diagnóstico na nossa área de especialização. Algumas situações justificavam uma assessoria.

Para resolver a situação descrita, a proposta inicial foi ingênua, sendo: reunir os pacientes que estavam na lista de espera de atendimento para verificar a possibilidade de encontrar juntamente com a família um outro local de atendimento. Acabamos encontrando pouco resultado no nosso objetivo, porém, neste momento, foi quando iniciamos um trabalho de equipe. Tivemos que parar para repensar como iríamos atender toda aquela demanda. Neste repensar, levantamos várias hipóteses, entre elas me lembro da minha preocupação de que muitos dos encaminhamentos feitos à psicopedagogia, empiricamente, achava que eram inadequados, pois eram pacientes com

Fracasso Escolar. Então, decidimos iniciar uma Avaliação^v Inicial em Grupo, em contraposição à idéia de triagem, a qual é entendida na saúde como seleção dos pacientes a serem atendidos. Naquela época, tive a oportunidade de vivenciar um DIFAF^{vi} com Alicia Fernandez, em Buenos Aires, portanto, partimos da idéia de diagnóstico em uma jornada de trabalho de Alicia Fernández, com algumas diferenças: éramos uma equipe multidisciplinar, estávamos aprendendo as especificidades de cada uma das profissões e tínhamos pouca experiência com trabalhos em grupo. O início do trabalho em grupo foi muito difícil, especialmente com o grupo de crianças, uma vez que tanto as atividades programadas, quanto o olhar clínico, eram dirigidos somente a cada criança. Chegávamos a ponto de circular entre cada criança para ver e para perguntar individualmente sobre a sua produção, não sabíamos aproveitar a riqueza que o grupo promove; enfim, não era um grupo – era um agrupamento.

A partir das nossas reflexões, conseguimos construir atividades, posturas, técnicas que aproveitavam a riqueza, tanto do grupo de pacientes, quanto do grupo de profissionais. Transcrevo aqui o resumo do procedimento do Grupo de Avaliação de Crianças que apresentei no V Congresso Brasileiro de Psicopedagogia (2000), em co-autoria com a Equipe de Saúde de Mental da Unidade de Saúde Santa Marta:

“A Avaliação Inicial de crianças, zero a doze anos, é realizada durante um turno de trabalho. Os principais objetivos são: (a) proporcionar à clientela um olhar e uma escuta clínica interdisciplinar, atentando a todos os aspectos envolvidos no motivo da busca do serviço, (b) promover uma avaliação diagnóstica do sujeito, considerando as múltiplas variáveis que envolvem o sofrimento expresso pelo paciente e pela família; (c) priorizar o tratamento da clientela em função das condições de vida de cada família; (d) promover uma eficácia

^v O nome escolhido – Avaliação – que traz no seu bojo uma conotação de uma medida de valor, penso que refletiu a nossa desautorização, na época, de entender este procedimento como uma modalidade de diagnóstico. Talvez caiba rediscutir isto com a minha Equipe.

^{vi} DIFAF: termo utilizado pela Alicia Fernandez para o procedimento diagnóstico realizado com crianças e suas famílias em uma jornada de trabalho.

no atendimento público de saúde mental; (e) possibilitar trocas, aprendizagens entre os beneficiários que participam da avaliação; (f) proporcionar aos profissionais envolvidos uma aprendizagem abrangente a todas as áreas que envolvem a infância.

Na avaliação de crianças em grupo, participam simultaneamente responsáveis e crianças no processo diagnóstico. Os principais momentos de avaliação consistem: (1) todas as famílias e todos os profissionais reúnem-se em uma sala para conhecerem-se^{vii}, onde as famílias recebem orientação dos momentos que vão consistir o turno de trabalho, assim como, procedimentos a serem tomados pela família após a avaliação; (2) as famílias são divididas em dois grandes grupos: de crianças e de responsáveis. Cada grupo trabalha em salas separadas com procedimentos específicos. No grupo de crianças, é aplicada uma hora de jogo e, no grupo de pais, há um trabalho de escuta da demanda da família do paciente, além de informações clínicas adequadas para cada caso. Após este trabalho em grupo, (3) crianças e responsáveis são liberados e os profissionais reúnem-se para discutir cada caso e posterior devolução à família.

A modalidade de acolhimento e diagnóstico de crianças em grupo possibilitou a transposição da teoria à prática em relação ao entendimento: (a) da necessidade de uma visão integral e escuta clínica das problemáticas envolvidas na infância; (b) da premência de intervenções preventivas e terapêuticas nesta fase de vida – infância.

Os indicadores qualitativos e quantitativos têm sido: (c) maior compreensão; (d) maior agilidade no processo diagnóstico; (d) maior

resolutividade nas situações apresentadas; (e) capacitação da equipe.

A modalidade de acolhimento e diagnóstico de crianças em grupo promoveu: (a) maior frequência dos pacientes na primeira consulta; (b) aprendizagem entre os colegas; (c) uma abordagem preventiva e terapêutica nas áreas da psicologia, psiquiatria, psicopedagogia, terapia familiar, pediatria e fonoaudiologia; (d) uma escuta clínica das queixas trazidas, considerando os diversos saberes incluídos no processo: pais, crianças e profissionais.”

Em 2000, com mais dois colegas da equipe (Denise Gick e Marcelo Borges Leite), estudamos a Avaliação Inicial^{viii} de Crianças, através da indicação terapêutica feita pela equipe. Então, a equipe era considerada interdisciplinar. Para tal estudo, utilizamos uma amostra baseada no nosso Banco de Dados e no estudo dos prontuários do ano 2000. Deduzimos que “a indicação da Avaliação Inicial tem sido efetiva, considerando (1) o somatório de porcentual de alta e de pacientes em atendimento e (2) as melhoras alcançadas pelos pacientes e famílias durante o tratamento...” Ao reler a pesquisa, dou-me conta que o vínculo que as famílias que buscam atendimento fazem com a equipe é muito bom, considerando o porcentual (82%) de retorno da família após a avaliação, primeira consulta, onde há a explicitação da indicação terapêutica, apesar da caracterização diferenciada da saúde mental em relação tanto ao tipo de atendimento, quanto ao tipo de clientela^{ix}.

Em 2002, a maioria dos técnicos da equipe fez o Curso de Especialização sobre Violência Doméstica^x, para este curso os profissionais

^{vii} Atualmente, não fizemos esta reunião inicial, o que eu penso ser uma perda, uma vez que tanto a família quanto os profissionais perdem de conhecer o grupo como todo. Entendo que este momento facilitava a relação transferencial com a instituição. Trocamos este momento (feito por um profissional ou estagiário com cada família) pelo levantamento de dados gerais/sociais, histórico clínico e familiar, e Motivo de Consulta. Levantamento que era feito no grupo dos responsáveis, o que dificultava uma escuta clínica.

^{viii} Texto disponível na www.psicopedagogiaonline.com.br, com o título: “A interdisciplinariedade de uma equipe de saúde mental: a indicação de tratamento na avaliação inicial”.

^{ix} Quando nos referimos às famílias com sofrimento psíquico, devemos considerar as resistências ao tratamento em função da perda dos ganhos secundários que o sintoma promove, a impossibilidade das famílias de revelar situações graves vivenciadas e a negação dos pais/responsáveis da participação dos sintomas manifestados pelos filhos. Ademais, devemos admitir que a dor psíquica, não física, permite outras soluções satisfatórias para a família.

^x USP / LACRI, São Paulo

fizeram um projeto para prevenção de violência na área da infância, neste projeto constava uma pesquisa de campo a partir da análise do banco de dados da equipe das crianças e adolescentes atendidos através do SUS na Equipe de Saúde Mental do Centro de Saúde Santa Marta, durante o primeiro semestre de 2002.

Em 2004, a partir do levantamento de dados referentes a 2002^{xi}, iniciei o estudo da relação entre Motivo de Consulta, apresentado pela família, e a Indicação de Tratamento Psicopedagógico feito no Diagnóstico Inicial durante o ano. Tive oportunidade de apresentar alguns dados preliminares no Encontro Estadual de Psicopedagogia de 2004. Este ano, mobilizada em compreender melhor as relações entre Motivo de Consulta e Violência Doméstica no Diagnóstico Inicial, retomo os dados coletados e organizados em 2004 e os comparo com a pesquisa feita pela equipe^{xii} sobre violência doméstica, analisando-os.

Pesquisa da Equipe: Violência Doméstica^{xiii}

Do total de 322 casos pesquisados (N), 69% (223) foram do sexo masculino e 31% (99) do sexo feminino; 48% (156) sofreram (ou sofrem) algum tipo de violência doméstica. Entre os sujeitos que sofreram violência, 42% sofreram mais de um tipo de violência (n2) e isto corresponde a 20% do total da população pesquisada, sendo 24% (38) do sexo masculino e 17% (27) do sexo feminino (Tabela 1).

Entre os dados que identificam o tipo de violência da população de mesmo sexo, em relação à população pesquisada (N), nota-se que o maior percentual de violência é o da física (48%), sendo o menor o da sexual (22%), porém nesta modalidade a suspeita é muito maior do que as demais; também, há um percentual significativo de violência psicológica (31%), sendo o percentual de identificação de casos de negligência (45%) semelhante ao de violência física; ainda, é baixíssimo (quase nulo) o percentual de casos

Tabela 1 – Dados gerais da população em atendimento

IDENTIFICAÇÃO	Totais	% N	% n	% n2
1. Total de sujeitos pesquisados (N)	322	100		
A. masculino	223	69		
B. feminino	99	31		
2. Total de sujeitos que sofreram violência (n)	156	48	100	
A. masculino	110	34	71	
B. feminino	46	14	29	
3. Total de sujeitos com mais de um tipo de violência (n2)	65	20	42	100
A. masculino	38	12	24	58
B. feminino	27	8	17	42

^{xi} Levantamento realizado pela estagiária de psicopedagogia Ana Lúcia C. Martins.

^{xii} Parte do trabalho final de Especialização sobre Violência Doméstica. Participaram desta pesquisa diretamente os seguintes profissionais: Anete Fadel, Ana Lúcia Rosa, Denise Gick, Gabrielle Cunha, Iara Wrege, Isabel Baptista, Rosana Cunha, Roseris Diniz. Este grupo recebeu apoio dos seguintes profissionais: Denise Machado, Marcelo Leite e Gisele Cezaro.

^{xiii} Tanto os gráficos, quanto as interpretações, são reproduções de uma parte da pesquisa da Equipe, os quais possibilitam a comparação ao trabalho atual.

reincidentes e, no caso de violência sexual doméstica, há um porcentual alto do sexo feminino (16%) comparado ao masculino (5%) - Tabela 2.

MÉTODO

Pesquisa Atual

A metodologia utilizada para esta pesquisa:

1. Levantamento dos dados de pacientes ingressados na avaliação inicial em 2002, contidos no Banco de Dados (BD) da Equipe de Saúde Mental (ESM).

2. Estudo dos formulários preenchidos pelos técnicos durante o Diagnóstico Inicial, contidos nos prontuários (Pront.) de todos os pacientes da população, com objetivo de identificar e classificar o Motivo de Consulta dos formulários.

As categorias das modalidades de Violência Doméstica utilizadas foram as mesmas que ESM utiliza no seu BD, sendo que as mesmas podem ser identificadas como confirmada ou suspeita:

1. VDF - Violência Doméstica Física
2. VDS - Violência Doméstica Sexual
3. VDP - Violência Doméstica Psicológica
4. NEGLIG - Negligência.

As categorias do Motivo de Consulta foram classificadas da seguinte forma:

1. Aprendizagem: quando apareceram expressões relacionadas diretamente ao aprender ("não aprende", "não guarda", "dificuldades em aprender"...), ou quando faziam referência ao histórico escolar ou alguma disciplina escolar ("é repetente", "não lê", "não aprende matemática", "não cópia"...).

2. Área relacionada à aprendizagem: quando as queixas faziam referência às questões de memória, concentração, desatenção, estando ou não estas queixas vinculadas às queixas do tipo Aprendizagem.

3. Linguagem oral: referem-se aos problemas tanto de fala, quanto de linguagem oral.

4. Comportamento: quando se referia à agressividade, desobediência, fuga, comportamentos dos filhos que estavam provocando estranhamento ou preocupação para os pais ou cuidadores.

5. Área orgânica: quando os comportamentos expressos pelos filhos eram vinculados pelos cuidadores por uma questão orgânica ou pelo histórico de um problema orgânico dos filhos.

6. Pedido de um profissional: em alguma especialidade, o qual pode ter sido expresso tanto pela família do paciente, quanto pelo profissional que o encaminhou à equipe.

Tabela 2 – Modalidade de violência na população analisada pela equipe

Modalidade de Violência		Suspeita % N	Confirmada % N	Reincidente % N	Totais % N	Totais % N
Física	Masculino	4	17	0	21	48
	Feminino	4	23	0	27	
Sexual	Masculino	1	4	0	5	22
	Feminino	11	5	0	16	
Psicológica	Masculino	4	12	0	15	31
	Feminino	2	14	0	16	
Negligência	Masculino	4	17	0	21	45
	Feminino	2	22	0	24	
Fatal	Masculino	0	0	0	0	0
	Feminino	0	0	0	0	

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diagnóstico Inicial: Violência Doméstica

Em 2002, ingressaram na ESM 367 pacientes, sendo que 258 (70,6%), tinham entre 1 e 12 anos. Como a ESM utiliza como procedimento de Diagnóstico Inicial o Grupo de Avaliação para crianças nesta faixa etária, podemos pensar que esta pesquisa possibilita, também, refletir sobre o Grupo de Avaliação.

Dos 367 pacientes ingressados no Diagnóstico Inicial em 2002, 18,8% foram identificados como que sofreram (ou sofrem) Violência Doméstica, sendo que 4,9% foram identificados como que provavelmente (suspeita) sofreram algum tipo de Violência Doméstica. Foram identificados que 37,6% de incidência de sofrimento de violência e 11,2% de suspeita de incidência de violência, totalizando 48,8% de incidências de violência (Tabela 3).

Quanto ao tipo de Violência Doméstica, o maior percentual de identificação e suspeita foi a Física (15,8%). A identificação e suspeita de Negligência (13,9%) e Psicológica (12,5%) foram semelhantes. A identificação e suspeita de Violência Sexual foi sensivelmente inferior aos demais tipos de violência, porém a suspeita deste tipo é proporcionalmente (2,2% para 4,4%) maior que as demais.

Comparando as Pesquisas

A população pesquisada pela equipe foi a de crianças e de adolescentes atendidos durante o primeiro trimestre de 2002. A população do meu estudo foi toda a população que ingressou na Equipe de Saúde Mental durante o ano de 2002, inclusive através do Grupo de Avaliação de Crianças.

A equipe, em 2002, encontrou que 48% dos seus pacientes sofrem ou sofreram violência doméstica. Portanto, os dados levantados nesta pesquisa (18,8%) não correspondem aos dados levantados pela equipe, provavelmente, porque a população pesquisada foi diferente ou porque muitas das violências são detectadas no decorrer do tratamento. Considerando que a Equipe encontrou que 20% do total da população em atendimento sofrem mais de um tipo de violência, logo percentual semelhante encontrado nesta pesquisa em relação ao total pacientes que sofreram Violência ingressado em 2002, isto nos faz pensar que a identificação da violência, no primeiro momento de diagnóstico, é feita quando o quadro sintomático é muito visível.

Em relação à modalidade de Violência Doméstica, apesar do percentual de incidência identificado no Diagnóstico Inicial ser visivelmente inferior ao encontrado pela equipe, a ordem de incidência é semelhante.

Diagnóstico Inicial: Indicação Psicopedagógica e Violência Doméstica

Dos 367 pacientes ingressados no Diagnóstico Inicial em 2002, 61 (16,6%) foram indicados para atendimento psicopedagógico, 41% sofreram (ou sofrem) algum tipo de violência, sendo que o percentual de incidência entre estes pacientes é de 85,2% (Tabela 4). A maior incidência é de Negligência e Violência Física logo após Violência Psicológica e Sexual. Nota-se que a Violência Sexual é proporcionalmente a que tem maior índice de suspeita.

Tabela 3 – Diagnóstico inicial: modalidade de violência (%)

	VDF	VDS	VDP	NEGLIG	TOTAIS	UMA V
Violência confirmada	13,6	4,4	9,3	10,4	37,6	18,8
Suspeita de violência	2,2	2,2	3,3	3,5	11,2	4,9
Totais	15,8	6,5	12,5	13,9	48,8	23,7

Tabela 4 – Indicação psicopedagógica (%)

	VDF	VDP	VDS	NEGLIG	TOTAIS	UMA V
Violência confirmada	18,0	13,1	8,2	21,3	60,7	31,1
Suspeita de violência	8,2	4,9	4,9	6,7	24,6	9,8
Totais VC + SV	27,9	18	14,8	27,9	85,2	41

Diagnóstico Inicial: Motivo de Consulta e Violência Doméstica

Observando-se a Tabela 5, verifica-se que o Motivo de Consulta de maior incidência refere-se ao Comportamento e esta é que possui maior quantidade de pacientes que sofrem ou sofreram alguma violência doméstica, seguido de Pedido de um profissional. A Linguagem Oral, embora tenha um percentual alto (40,9%), possui uma quantidade de pacientes (5,4%) inferior aos dois motivos de consulta referentes à aprendizagem (7,1% - somatório de 4,6%+2,5%). Pedido de um profissional (79,6%) é destacadamente maior a qualquer motivo expresso pela família, salienta-se que tal pedido pode ter sido expresso ou pelo profissional que encaminhou o paciente ou pela própria família. Esta questão exigiria um estudo mais detalhado, pois isto poderia levar a algumas redefinições dos procedimentos de encaminhamento à equipe ou do procedimento de diagnóstico inicial - Grupo de Avaliação - utilizado na equipe.

Ainda, observa-se que o Motivo de Consulta Aprendizagem (18%) é visivelmente inferior aos outros motivos.

Indicação de Tratamento Psicopedagógico no Diagnóstico Inicial: Motivo de Consulta e Violência Doméstica

Dos pacientes indicados para tratamento psicopedagógico, os Motivos de Consulta que se destacam são referentes à Aprendizagem (68,9%) e ao Comportamento (67,2%). Os pacientes que vieram por estes motivos foram os que apresentaram maior índice de Violência, 19,7% e 23%, respectivamente (Tabela 6).

Na Tabela 7, que apresenta a relação do Motivo de Consulta Aprendizagem com as Modalidades de Violência dos pacientes indicados ao tratamento psicopedagógico, conclui-se que não há uma diferenciação significativa entre as Modalidades de Violência, pois todas Modalidades ficam ao redor de três a quatro por cento.

	Motivo de Consulta	Uma Violência
Aprendizagem	18	4,6
Área relacionada à aprendizagem	11,4	2,5
Linguagem oral	40,9	5,4
Comportamento	65,7	14,4
Área orgânica	26,2	2,7
Pedido de um profissional	79,6	13,1

	Motivo de Consulta	Uma Violência
Aprendizagem	68,9	19,7
Área relacionada à aprendizagem	19,7	8,2
Linguagem oral	29,5	9,8
Comportamento	67,2	23
Área orgânica	18	3,3
Pedido de um profissional	59	14,8

VDF	VDS	VDP	NEGLIG
3,8	0,8	3,4	3,7

VDF	VDS	VDP	NEGLIG
10,6	3,3	7,1	7,6

Em contrapartida, na Tabela 8, que mostra a relação do Motivo de Consulta Comportamento com as Modalidades de Violência dos pacientes indicados ao tratamento psicopedagógico, conclui-se que diferente ao Motivo de Consulta Aprendizagem há uma diferenciação significativa entre as Modalidades de Violência, pois a Violência Física diferencia ao redor de três por cento, comparada à Negligência e à Psicológica.

CONCLUSÕES

Lamentavelmente, porque isto torna a nossa tarefa de prevenção mais árdua e difícil, a identificação da violência é feita, no primeiro momento de diagnóstico, provavelmente, quando o quadro sintomático é muito visível. Tal hipótese é levantada considerando o estudo da equipe com os pacientes em atendimento e com meu estudo com pacientes ingressados na equipe, durante o mesmo ano. Sugere-se que construa algum procedimento dentro do Diagnóstico Inicial, especialmente com as crianças e adolescentes, para aflorar as violências sofridas por eles. Por outro lado, tal hipótese pode ser questionada considerando que os pesquisadores, a Equipe, estavam construindo os critérios de identificação do tipo de violência.

O percentual de pacientes indicados para tratamento de psicopedagogia que sofre ou sofreu violência é muito alto (Tabela 4: 41%) o que nos leva a confirmar^{xiv}: (1) a estreita relação entre problemas de aprendizagem e violência, (2) a necessidade dos psicopedagogos clínicos e dos educadores de se instrumentalizar para identificar e trabalhar com crianças que sofrem ou sofreram violência.

A Violência Física e a Negligência são as modalidades de violência mais freqüentes (Tabelas 2, 3 e 4), o que nos leva a concluir que a Psicopedagogia se faz necessária tanto no âmbito terapêutico como institucional, pois tais modalidades têm implicação com educação e saúde, além, é claro, com o aspecto sociológico.

A questão da aprendizagem (Tabela 5: 18%) parece não ser o grande motivo para buscar um tratamento. Considerando que a clientela com a qual a Equipe de Saúde Mental trabalha pertence à classe popular, questiona-se: (1) Está arraigada nas famílias a impotência de aprender? (2) Com o alto índice de repetência que temos notícias nas séries iniciais e o conhecimento do funcionamento precário das instituições públicas quanto diagnóstico e intervenção dos problemas de aprendizagem, o que e como podemos fazer, como psicopedagogos, para que a família busque um diagnóstico psicopedagógico? (3) A psicopedagogia clínica ainda não é considerada uma área profissional pertencente à Saúde Mental? (4) A escuta, os registros dos profissionais da equipe não estão voltados para as questões da aprendizagem? Sobre esta última questão sugere-se discutir com a própria equipe como é feito o Motivo de Consulta do Diagnóstico Inicial.

O Diagnóstico Inicial, e nisto inclui o Grupo de Avaliação de crianças, utilizado pela Equipe de Saúde Mental do Centro de Saúde Santa Marta efetivamente atende o propósito de promover uma escuta clínica considerando os saberes da criança, da família/cuidadores e dos profissionais, uma vez que não há uma relação direta (Tabela 6: 68% apresentaram um Motivo de Consulta aprendizagem) do Motivo da Consulta aprendizagem com a indicação de tratamento psicopedagógico.

O clássico binômio entre o motivo de consulta e indicação de tratamento do tipo: Aprendizagem indica-se tratamento psicopedagógico e Comportamento indica-se tratamento psicológico ou psiquiátrico não se justifica, pois o percentual de Motivo de Consulta comportamento (Tabela 6: 67,2%) aos indicados ao tratamento psicopedagógico é muito semelhante ao percentual de Motivo de Consulta aprendizagem (Tabela 6: 68,9%) aos indicados ao tratamento psicopedagógico.

É interessante constatar que as modalidades

^{xiv} Sobre este tema, relação entre problemas de aprendizagem e violência (especialmente sexual), já tive oportunidade de refletir e apresentar nos seguintes eventos em 2004: Encontro da Sociedade Brasileira para Ciência e Progresso e Seminário de Educação da UNIRITTER.

de violência dos pacientes indicados ao tratamento psicopedagógico diferem significativamente quando o Motivo de Consulta é Comportamento. Talvez, no futuro, possamos detalhar o tipo de comportamento que se referem estas famílias para confirmar ou não a expressão "violência gera violência".

O pedido de um profissional é significativamente alto (Tabela 5: 79,6%), seria interessante um novo estudo dos prontuários para identificação dos feitos pelo profissional que encaminhou o paciente e dos feitos pela própria família. Aí, então, poderíamos levantar algumas

respostas das atuais questões: (1) Desconsidera-se o acolhimento e a modalidade de diagnóstico interdisciplinar de uma equipe de saúde mental quando o encaminhamento é dirigido a algum tipo de profissional específico (especialidade)? (2) Como têm sido os critérios de encaminhamentos? (3) Os encaminhamentos são feitos pelas queixas/pedidos das famílias? Das escolas? (4) O Diagnóstico Inicial feito pela equipe confirma a indicação do profissional que encaminhou o paciente? O Diagnóstico Inicial feito pela equipe confirma o pedido de um profissional específico feito pela família?

SUMMARY

Initial diagnosis: family violence, motive of consulting and indication to psychopedagogic treatment

The text explains the action of Psychopedagogy on public health environment. It explains how the Initial Diagnosis is a fundamental procedure in an efficient clinical intervention. It is based on the experience of the Mental Team of the Health Department of the City of Porto Alegre. The emphasis is on the Initial Diagnosis as a procedure to identify the Family Violence and to define specify of the care on Mental Health. The relationship between the Motive of Consulting, exposed by the family, with Family Violence imposed to the child. The identification of Family Violence is not obvious and the Motive of Consulting, specially related to learning problems, is not the critical factor to the indication to the psychopedagogic treatment. Furthermore, it treats the necessity of the psychopedagogue to have a clinical hearing during the diagnostic e treatment psychopedagogic and, therefore, to have a larger vision about learning.

KEY WORDS: Mental health. Domestic violence. Psychopedagogy. Diagnostic techniques and procedures.

Trabalho realizado na Equipe de Saúde Mental – Centro de Saúde Santa Marta – Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, RS.

*Artigo recebido em: 05/07/2005
Aprovado: 16/09/2005*