

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA DA FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Thiago Andrade Pedrosa

**AS DEMANDAS DE UM CAPSi: quem são os usuários e como chegam ao serviço**

Juiz de Fora

2021

Thiago Andrade Pedrosa

## **AS DEMANDAS DE UM CAPSi: quem são os usuários e como chegam ao serviço**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Teresa Bustamante Teixeira.  
Coorientador: Prof. Dr. Marco José de Oliveira Duarte.

Juiz de Fora

2021

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Pedrosa, Thiago Andrade .

AS DEMANDAS DE UM CAPSi: quem são os usuários e como chegam ao serviço / Thiago Andrade Pedrosa. -- 2021.  
80 f. : il.

Orientadora: Maria Teresa Bustamante Teixeira

Coorientador: Marco José de Oliveira Duarte

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2021.

1. Serviços de saúde mental. 2. Criança. 3. Adolescência. 4. Perfil de saúde. 5. CAPS. I. Teixeira, Maria Teresa Bustamante , orient. II. Duarte, Marco José de Oliveira, coorient. III. Título.

**Thiago Andrade Pedrosa**

**As Demandas de um CAPSi:** quem são os usuários e como chegam ao serviço

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Área de concentração: Saúde Coletiva

Aprovada em 16 de dezembro de 2021.

BANCA EXAMINADORA

**Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Teresa Bustamante Teixeira** - Orientador

Universidade Federal de Juiz de Fora

**Prof. Dr. Marco José de Oliveira Duarte**

Universidade Federal de Juiz de Fora

**Prof.<sup>a</sup> Dra. Cacilda Andrade de Sá**

Universidade Federal de Juiz de Fora

**Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Cristina Ventura Couto**

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Juiz de Fora, 30/11/2021



Documento assinado eletronicamente por **Maria Teresa Bustamante Teixeira, Professor(a)**, em 16/12/2021, às 12:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

---



Documento assinado eletronicamente por **maria cristina ventura couto, Usuário Externo**, em 16/12/2021, às 12:30, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

---



Documento assinado eletronicamente por **Cacilda Andrade de Sá, Coordenador(a)**, em 16/12/2021, às 12:31, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

---



Documento assinado eletronicamente por **Marco Jose de Oliveira Duarte, Professor(a)**, em 16/12/2021, às 14:17, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

---



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Uff (www2.uff.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **0596961** e o código CRC **B1AD7C4F**.

---

## AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, Patricia e Antônio, por todo o amor e dedicação que me oferecem ao longo da minha vida, amo vocês e sei que todas as nossas conquistas são compartilhadas, caminhamos juntos. Muito obrigado.

Às pessoas que escolheram estar comigo, em especial Igor Brum e Izabella Magalhães que em tempos de isolamento social não permitiram que eu me sentisse sozinho, me incentivaram nesse trabalho e me trouxeram tantas alegrias.

Às minhas professoras de residência em Psiquiatria da Infância e Adolescência, que hoje fazem parte desse trabalho, Márcia Fávero e Cacilda Andrade, por me apresentarem esse universo, por me motivarem a entrar no mestrado, por toda sabedoria que carregam consigo e tão generosamente compartilham comigo.

À professora Cristina Ventura, também parte dessa banca, por sua disponibilidade e por seus trabalhos que norteiam essa escrita e também a minha prática profissional.

À professora Laura Tavares, que ofereceu disciplinas optativas nesse programa, que me entusiasmou nos estudos, que dedicou seu tempo a me ouvir e me ensinar e que me inspira na carreira como professor.

Aos professores Teita e Marco, orientadora e coordenador dessa dissertação que aceitaram o desafio e me guiaram nesse processo.

Ao Estação Vida, CAPSi de Barbacena, onde trabalho desde a fundação. Aos profissionais que enfrentam as adversidades junto comigo: Flavia, Leandra, Regina, Luiza, Daniela, Ana Paula, Marcio, Max, Gilmara, Patricia, Cristiane, Tais, Miller, Cintia e tantos outros. Agradeço por estarem comigo e tanto me ensinarem.

Aos usuários do CAPSi e suas famílias, sem os quais esse trabalho não existiria, obrigado por permitirem que eu faça parte de suas vidas em momentos tão difíceis. Agradeço toda confiança, carinho e aprendizado.

## RESUMO

Esta pesquisa analisou e caracterizou as demandas de saúde mental da infância e adolescência recebidas no CAPSi Estação Vida, além do perfil dos que buscaram atendimento no local. A partir deste estudo, é possível conhecer melhor a demanda por atendimento em saúde mental, o perfil dos usuários que buscam ou são encaminhados ao serviço e refletir sobre o fenômeno da medicalização, os fatores sociais que levam ao adoecimento, os motivos para o fracasso escolar e suas consequências em crianças e adolescentes. Foram pesquisados os fatores que levam as instituições encaminhadoras, como a escola, a solicitar os serviços de saúde mental e as medicações, identificando os aparatos disponíveis na política pública, sua legislação e o contexto histórico em que tal fenômeno ocorre. O CAPSi Estação Vida, localizado em Barbacena (MG), foi o cenário escolhido para esta pesquisa por representar a realidade dos CAPSi no Brasil, que se concentram em cidades de médio e grande porte, sendo geralmente únicos em seus municípios. Essas instituições são o dispositivo de referência para a saúde mental de crianças e adolescentes, por isso acredita-se na necessidade de compreender as principais demandas e o contexto sociocultural da população usuária dos CAPSi. A partir de dados coletados dos prontuários de 515 usuários admitidos no CAPSi no período de 26/02/2019 a 26/02/2020, foi feita uma abordagem quantitativa considerando variáveis sociodemográficas, educacionais e relacionadas à assistência em saúde mental. A média de idade dos usuários do CAPSi foi 11,15 anos. Foi encontrado maior prevalência de adolescentes (51,80%) e em relação a cor da pele, pardos (46,88%), figura familiar mais presente foram as mães (81,04%), a renda média foi de 0,56 salários mínimos por pessoa no domicílio e a principal queixa para atendimento foi problemas no comportamento (58,06%). A principal procedência de encaminhamentos foram as escolas (35,4%), cujas características dessas crianças e adolescentes foi estudada em separado e apresentou a média de idade de 9,92 anos, a maioria eram crianças (64,29%), do sexo masculino (67,5%), declaradas pardas (51,85%) e católicas (87,91%), estava cursando o ensino fundamental, anos iniciais (51,65%), e era proveniente de escolas estaduais (41,21%), com queixas mais frequentes de comportamento (41,47%) e aprendizado (21,66%). Foram encontrados perfis similares aos de outros estudos e os determinantes sociais identificados demonstraram ter grande impacto no processo de adoecimento nessa população. Mais estudos e padronização é necessário para orientação de políticas públicas e melhorias na oferta do cuidado.

**Palavras-chave:** Serviços de saúde mental. Criança. Adolescência. Perfil de saúde.

## ABSTRACT

This research analyzed and characterized the mental health demands of childhood and adolescence received at “CAPSi Estação Vida”, in addition to the profile of those who sought care at the location. From this study, it is possible to better understand the demand for mental health care, the profile of users who seek or are referred to the service and reflect on the phenomenon of medicalization, the social factors that lead to illness, the reasons for school failure and its consequences in children and adolescents. The factors that lead referral institutions, such as schools, to request mental health services and medications were investigated, identifying the apparatus available in public policy, its legislation, and the historical context in which this phenomenon occurs. The “CAPSi Estação Vida”, located in Barbacena (MG), was the chosen setting for this research because it represents the reality of CAPSi in Brazil, which are concentrated in medium and large cities, being generally unique in their municipalities. These institutions are the reference device for the mental health of children and adolescents, which is why we believe in the need to understand the main demands and the sociocultural context of the population using CAPSi. Based on data collected from the medical records of 515 users admitted to the CAPSi from 02/26/2019 to 02/26/2020, a quantitative approach was made considering sociodemographic, educational, and mental health care-related variables. The average age of CAPSi users was 11.15 years. A higher prevalence of adolescents (51.80%) was found and, in relation to skin color, brown (46.88%), the most present family figure was mothers (81.04%), the average income was 0.56 minimum wages per person in the household and the main complaint for assistance was behavioral problems (58.06%). The main source of referrals were schools (35.4%), whose characteristics of these children and adolescents were studied separately and had a mean age of 9.92 years, most were children (64.29%), male. (67.5%), declared brown (51.85%) and Catholic (87.91%), was attending elementary school, early years (51.65%), and came from state schools (41.21% ), with more frequent complaints about behavior (41.47%) and learning (21.66%). Profiles like those of other studies were found, and the social determinants identified showed a great impact on the disease process in this population. More studies and standardization are needed to guide public policies and improve care provision.

**Keywords:** Community Mental Health Services. Child. Adolescent. Health Profile.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Estudantes na rede pública de ensino, segundo o curso frequentado. ....26

Figura 2 - Taxa ajustada de frequência escolar líquida ao ensino médio das pessoas de 15 a 17 anos de idade, segundo o sexo, a cor ou raça (%) .....28

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas da população atendida no CAPSi de Barbacena 2019-2020 (N=515). Fonte: autor (2021).....	45
Tabela 2 - Salários-Mínimos por Família e Número de pessoas por Domicílio da população atendida no CAPSi de Barbacena 2019-2020 (N=515). Fonte: autor (2021).....	45
Tabela 3 - Familiares Presentes no Domicílio da população atendida no CAPSi de Barbacena 2019-2020. Fonte: autor (2021).....	46
Tabela 4 - Utilização de Outros Serviços pela população atendida no CAPSi de Barbacena durante os anos de 2019-2020. Legendas: CRAS – Centro de Referência de Assistência Social; CREAS – Centro de Referência Especializado em Assistência Social; APAE – Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais; FHEMIG – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Fonte: autor (2021).....	46
Tabela 5 - Procedência dos Usuários para Acolhimento no CAPSi de Barbacena 2019-2020. Fonte: autor (2021).....	47
Tabela 6 - Tratamento Medicamentoso e Acompanhamento Prévios ao Acolhimento no CAPSi de Barbacena 2019-2020. Legendas: APAE – Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais; CAPS – Centro de Atenção Psicossocial; FHEMIG – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais Fonte: autor (2021).....	48
Tabela 7 - Tempo de Uso de Medicamentos em Meses pela população do CAPSi de Barbacena 2019-2020. Fonte: autor (2021).....	48
Tabela 8 - Média de Atendimentos Categorizados da População do CAPSi de Barbacena, segundo faixa etária e sexo, 2019-2020. Fonte: autor (2021). ....	49
Tabela 9 - Queixas principais agrupadas para o acolhimento no CAPSi de Barbacena 2019-2020. Fonte: autor (2021).....	49

## LISTA DE ABREVIATURAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CASPi	Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID 10	Classificação Internacional de Doenças
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
DSM-5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
SM	Saúde Mental
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDAH	Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	9
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA</b>	12
2.1 A CRIANÇA, O ADOLESCENTE, A FAMÍLIA E A ESCOLA	12
2.2 BREVE PANORAMA DA SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE	14
2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL PARA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA NO BRASIL	15
2.4 A HISTÓRIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS À EDUCAÇÃO NO BRASIL	20
2.5 INCLUSÃO NA EDUCAÇÃO SUPERIOR – COTAS	25
2.6 PANORAMA ESCOLAR: BRASIL, MINAS, BARBACENA	26
2.7 O PAPEL DA ESCOLA NA SAÚDE MENTAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE	29
2.8 O FENÔMENO DA MEDICALIZAÇÃO	31
<b>3. OBJETIVOS</b>	34
3.1 OBJETIVO GERAL	34
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	34
<b>4. METODOLOGIA</b>	35
4.1 TIPO DE PESQUISA	35
4.2 CENÁRIO DE ESTUDO	35
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	37
4.4 INSTRUMENTOS E COLETA DE DADOS	37
4.5 ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS	37
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	38
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	40
<b>ARTIGO 1 - Perfil Sociodemográfico e Demandas em Saúde Mental dos usuários de um CAPSi em Barbacena - Minas Gerais (Brasil)</b>	41
RESUMO	41
INTRODUÇÃO	42
METODOLOGIA	43
RESULTADOS	44
DISCUSSÃO	50
CONCLUSÃO	54
REFERÊNCIAS	55

<b>ARTIGO 2 - DEMANDA ESCOLAR EM SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES: EXPERIÊNCIA DE UM CAPSi.....</b>	<b>57</b>
RESUMO.....	57
INTRODUÇÃO.....	58
METODOLOGIA.....	58
RESULTADOS .....	59
DISCUSSÃO .....	63
CONCLUSÃO.....	65
REFERÊNCIAS .....	67
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>69</b>
<b>APÊNDICE A .....</b>	<b>77</b>

## 1. INTRODUÇÃO

“Eu não sou bom sem o remédio”. Esta sentença foi proferida por uma criança de 6 anos de idade, que compareceu pela primeira vez ao CAPSi encaminhada pela sua escola. Encontrava-se em uso de ritalina por diagnóstico de TDAH há 1 mês. Ela havia desenvolvido grande apatia durante o tempo de uso do remédio e nos últimos 3 dias não havia se alimentado (anorexia). Não encontrando outras possibilidades além da medicação pela escola, seu uso foi suspenso, foram solicitados a monitorização diária pelo técnico de referência do CAPSi e o retorno em 7 dias. Ela havia voltado a se alimentar, brincava e conversava, entretanto, na sala de atendimento chorou e disse: “não sou bom sem o remédio”. Essa situação despertou o pesquisador e a equipe do dispositivo de saúde para a gravidade da realidade vivenciada por diversos jovens.

Ser criança ou adolescente refere-se a conceitos relativamente recentes na história da humanidade. Apenas na Idade Moderna, com a educação apartada da família e a criação das escolas, é que esse grupo, antes visto como “pequenos adultos”, ganha uma identidade própria (ARIÈS, 1981). Mais recente ainda é a conquista de direitos plenos de cidadania dessa população, tendo como marcos a Declaração de Direitos da Criança da ONU, em 1959, e, no Brasil, a criação do ECA em 1990 (COUTO, 2012).

A partir de 2001, a assistência pública em SM de crianças no Brasil passou a ser orientada pela estratégia dos CAPSi. Segundo o Ministério da Saúde, esse dispositivo é um serviço de atenção diária destinado ao “atendimento de crianças e adolescentes gravemente comprometidos psicologicamente, incluindo portadores de autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais” (BRASIL, 2002a). O CAPSi foi instituído como um dispositivo de atenção diária, multiprofissional, territorializado, baseado na intensividade do cuidado e do trabalho em rede (COUTO, 2012).

Pouco se estudou sobre as principais demandas e o contexto sociocultural da população usuária dos CAPSi, tanto regional quanto nacionalmente. Alguns levantamentos indicam que até 60% da demanda por serviços de saúde mental de crianças envolvem problemas escolares (BELTRAME, 2013; FERNANDES, 2015). O encaminhamento pelas escolas de crianças supostamente indisciplinadas e/ou desinteressadas representa uma demanda que, em geral, não corresponde àquelas definidas pelo Ministério da Saúde, mas tem sido apontado como um dos

principais motivos para a alta procura pelos serviços dos CAPSi (BELTRAME; BOARINI, 2013; FERNANDES; MATSUKURA, 2015). Essa distorção faz com que o CAPSi constitua uma via para a obtenção de diagnóstico em SM daquelas crianças tidas como inadequadas, o que, muitas vezes, resulta em medicalização (MARÇAL; SILVA, 2016; BELTRAME; BOARINI, 2013), além do que não possuímos serviços ambulatoriais suficientes.

Considerando a insuficiência da rede de assistência à saúde mental infantil no país, em parte devido à carência da infraestrutura atual da rede pública, torna-se fundamental compreender as principais demandas e as especificidades da população usuária dos serviços de saúde mental infanto-juvenil (FLEITLICH-BILYK, 2005).

No decorrer de um ano de trabalho, observamos uma significativa quantidade de solicitações relativas a questões comportamentais, muitas delas por parte de escolas para avaliação médica de crianças com diferentes problemas, que iam de agitação à apatia, dificuldades de se ajustar às normas impostas, baixo rendimento acadêmico, conflitos com colegas e professores, dificuldade de atenção, reprovações frequentes, automutilação, uso excessivo de telas, uso de álcool e outras drogas, violência, entre outros. Foi notório que muitos desses jovens não possuíam transtornos mentais graves e/ou persistentes, também não se encontravam em crises/agudização de transtornos mentais ou colocando a si ou outros em risco.

Nós, como equipe e coordenação, começamos a nos perguntar sobre essas demandas, a estudá-las e a buscar melhores formas de oferecer assistência e respostas efetivas aos problemas apresentados. O que a escola não conseguia ou não podia manejar? Quais os benefícios em trazer esses problemas para a saúde? Quais os custos, principalmente sociais, para os jovens inseridos em um CAPSi?

Discutimos questões como a patologização, a estigmatização e a medicalização dos problemas sociais, as falhas e insuficiências dos sistemas de educação e de saúde, além das consequências de ambientes desfavoráveis na vida de indivíduos em formação. A partir de estudos em grupo e discussões com especialistas da área, surgiu a ideia de realizar o presente trabalho, descrevendo o perfil dos usuários do CAPSi levando em conta os encaminhamentos desses usuários por diferentes instituições e identificando os aparatos disponíveis na política pública, sua legislação e o contexto histórico em que tal fenômeno ocorre.

O CAPSi Estação Vida, localizado em Barbacena (MG), foi o cenário escolhido para esta pesquisa por representar a realidade dos CAPSi no Brasil, que se concentram em cidades de médio e grande porte, sendo geralmente únicos em seus municípios. Essas instituições são o dispositivo de referência para a saúde mental de crianças e adolescentes e têm se expandido

nas últimas décadas. O CAPSi de Barbacena é também o local de trabalho do pesquisador desde sua inauguração, o que permite maior familiaridade com o dispositivo.

A partir deste estudo, espera-se conhecer melhor a demanda por atendimento em SM, o perfil dos usuários que buscam ou são encaminhados ao serviço e refletir sobre o fenômeno da medicalização, os fatores sociais que levam ao adoecimento, os motivos para o fracasso escolar e suas consequências em crianças e adolescentes, levante possíveis soluções para o município de Barbacena, onde se localiza o CAPSi Estação Vida, e talvez norteie outros serviços que se deparam com essa mesma dificuldade.



## 2. REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 A CRIANÇA, O ADOLESCENTE, A FAMÍLIA E A ESCOLA

Segundo Pagni (2010, p. 100) “a origem etimológica da palavra infância é proveniente do latim *infantia*: do verbo *fari*, falar – especificamente de seu particípio presente *fan*, falante – e de sua negação *in*”, ou seja, é aquele que ainda não adquiriu a linguagem, é aquele que não fala.

A infância é um conceito social que se altera em uma mesma sociedade a partir dos papéis determinados para as crianças. Isso quer dizer que, mediante condições do ambiente, classe, etnia e outras razões, essa definição pode mudar (SAVELI; TENREIRO; PIRES, 2013). O conceito adotado hoje é, portanto, um constructo histórico que abarca as características do nosso tempo.

Philippe Ariès, em sua obra “História Social da Criança e da Família” (1981), focada no contexto europeu, aponta que os primeiros indícios de uma diferenciação entre crianças e adultos datam do século XIII, mas sinais mais numerosos desse desenvolvimento são vistos nos séculos XVI e XVII, manifestados como “sentimento de infância”. Previamente, as crianças eram vistas como homens de tamanho reduzido e Ariès (1981) aponta como evidência a não retratação delas na arte, além do fato das vestimentas serem similares em todas as faixas etárias e distintas apenas entre as classes sociais. A fase da infância parecia invisível à sociedade e, devido à alta mortalidade infantil, não merecia grande interesse do universo adulto.

O conceito moderno e pós-moderno da infância está intimamente ligado à história da educação. No período medieval, é notável a ausência da escrita e da leitura para a maior parte da população. As poucas escolas que existiam eram geralmente ligadas à Igreja, exclusivas para o gênero masculino, e não diferenciavam por idade suas turmas, podendo uma criança fazer parte do mesmo grupo de adultos (SAVELI; TENREIRO, 2013).

Saveli, Tenreiro e Pires (2013) chama a atenção para o grande marco da história da sociedade ocidental: a invenção da imprensa. Tal marco faz com que a sociedade europeia reinvente o conceito de escola. A prensa tipográfica traz à tona aspectos importantes do sentimento de infância: a alfabetização e a educação.

Ariès (1981) afirma que, com a criação das escolas, as crianças foram separadas do meio adulto e mantidas em uma quarentena antes de poderem retornar a esse meio. Assim,

iniciou-se um longo processo de enclausuramento já conhecido, o qual Michel Foucault chamaria de instituições sequestro (como os manicômios e as prisões), destinadas aos ditos indesejados (loucos, pobres, prostitutas), aqueles que não se enquadravam nos parâmetros sociais (FERRARI, 2008). Na Modernidade, esses espaços buscavam tornar os corpos dóceis, ou seja, torná-los produtivos na sociedade (FERRARI, 2008). Esse processo se estenderia até os nossos dias, recebendo o nome de escolarização (ÀRIES, 1981).

No que diz respeito à família, nesse contexto, Àries (1981) a mostra como lugar de afeição, o que não era observado antes. Além de assegurar os bens e a honra, a família passou a desenvolver sentimentos de interesse e solicitude, organizando-se em torno da criança, a qual emerge do anonimato feudal, sendo impossível, agora, substituí-la ou perdê-la. A revolução escolar e sentimental foi seguida de um malthusianismo demográfico, de uma redução voluntária da natalidade, observável no século XVIII.

A despeito do modelo vigente relatado por Àries (1981), outros caminhos para a educação foram e continuam sendo propostos. Jean-Jacques Rousseau (1712-1778), que marcou a pedagogia contemporânea, propôs a centralização da educação nos interesses dos alunos e a perspectiva de que as crianças não devem ser consideradas adultos em miniatura, sendo a fase um marco necessário do desenvolvimento humano que não deve ser adulterada com os hábitos e vícios dos adultos. Vejamos a seguir o posicionamento de Rousseau: “não se conhece a infância: com as falsas ideias que dela temos, quanto mais longe vamos, mais nos extraviamos. Os mais sábios apegam-se ao que importa que saibam os homens, sem considerar que as crianças se acham em estado de aprender. Eles procuram sempre o homem na criança, sem pensar no que esta é, antes de ser homem” (ROUSSEAU, 1973 apud SAVELI, TENREIRO; PIRES 2013, p. 23).

Observamos no século XIX um lugar de destaque para o progresso nas ideias de um modelo de educação e de infância, onde diversos estudiosos passaram a buscar os melhores métodos de ensino. Como exemplos, temos: Heinrich Pestalozzi, o qual defendia que a educação deveria ter como fim o desenvolvimento das capacidades da criança em ambiente de liberdade; Friedrich Fröbel, com a criação dos jardins de infância; a médica italiana Maria Montessori, que defendeu a ideia de que as crianças deveriam desenvolver suas aprendizagens a partir de seus ambientes; John Dewey, com a educação para a democracia; e Célestin Freinet, que defendia o ensino integrado de diversas áreas para despertar o interesse e curiosidade dos alunos (SAVELI; TENREIRO; PIRES, 2013).

De acordo com Rousseau, a infância não deveria terminar antes dos 12 anos (ROUSSEAU, 1973 apud SAVELI; TENREIRO; PIRES, 2013). Para Motta (2010), o conceito

de adolescência (“do latim *adulescens* ou *adolescens* – particípio passado do verbo *adolescere*, que significa crescer”), o qual corresponde ao período entre a infância e a vida adulta, só foi criado no final do século XIX, marcado pelo ideal individualista disseminado pelo Romantismo e pela Modernidade.

Entretanto, foi no século XX que a adolescência ganhou mais destaque, já que a escolarização tornou-se mais segmentada e extensa, alongando a dependência dos jovens por seus pais. A consolidação do conceito de adolescência, como fase do desenvolvimento, trouxe novas questões para a dinâmica social e familiar, surgindo, assim, o conflito entre gerações que marca os anos libertários de 1960. Essa etapa do desenvolvimento ficou idealizada como “aproveitar a vida livremente” (MOTTA, 2010).

A tendência de organização em grupos identitários (tribos urbanas) e o rompimento com a cultura familiar são estratégias frequentemente adotadas pelos jovens para tornar o trabalho psíquico da busca por singularidade e autenticidade menos solitário (MOTTA, 2010).

No século XXI, as bases estáveis dos ideais coletivos vieram a ruir com o acirramento do consumismo e do individualismo. O jovem é imerso em novas tecnologias, como a internet, as redes sociais digitais e os aparelhos eletrônicos, que mudam a forma de comunicação, radicalizando os ideais de autonomia e liberdade. Muitas vezes, em meio ao enfraquecimento das instituições tradicionais, como a família, a Igreja e o Estado, os jovens não encontram na cultura referências que os auxiliem na passagem para a vida adulta (MOTTA, 2010).

De maneira geral, dentro do contexto atual, é possível afirmar que o “[...] adolescente expressa o drama do sujeito contemporâneo. Ele é, por definição, um indivíduo errante, em pleno trabalho de elaboração e apropriação do laço social, entre o desamparo e a busca permanente por pontos de ancoragem” (COUTINHO, 2009 apud MOTTA, 2010).

## 2.2 BREVE PANORAMA DA SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Segundo o IBGE (2019), no Brasil, entre os seus 210,1 milhões de habitantes, 53.759.457 são menores de 18 anos. A seguir, elencamos alguns dos principais problemas que acometem a infância e a adolescência no país, de acordo com informações da UNICEF (2018). A desnutrição crônica em indígenas e outros grupos em situação de vulnerabilidade chega a atingir até 79,3% das crianças ianomâmis. Em contrapartida, sobrepeso e obesidade afetam um terço das crianças de 5 a 9 anos e até um quarto dos adolescentes. As taxas de mortalidade

infantil voltaram a crescer em 2016, após 26 anos, reduzindo novamente nos anos seguintes. Também foi observado queda na cobertura vacinal a partir de 2015. Em relação ao cenário educacional, 6,4 milhões de estudantes de escolas municipais e estaduais tinham pelo menos dois anos de atraso escolar em 2018. Em 2019, 1,5 milhão de crianças não frequentavam a escola. Neste mesmo ano, no que tange a violência, a cada hora um jovem entre 10 e 19 anos foi assassinado no Brasil.

A organização internacional afirma ainda que a maior parte desses problemas acometem crianças e adolescentes pobres, negros, indígenas, quilombolas e moradores de periferias de centros urbanos.

Em referência ao item c, de acordo com a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), o aumento das taxas de mortalidade infantil se deve, provavelmente, à redução voluntária de natalidade pela epidemia de Zika, pelos óbitos infantis por diarreia e sem definição da causa básica. Este último apontado como relacionado à piora nas condições de vida e no acesso à assistência médica.

### 2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL PARA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA NO BRASIL

As políticas públicas vêm agregando as funções do Estado, nos últimos vinte anos, contribuindo para a equidade e bem-estar social da população. Juntamente às políticas, diversos movimentos modelaram a concepção da criança e do adolescente. Até o final do século XX, não foi constituída nenhuma política ligada à saúde mental da criança e do adolescente, porém, diversas situações da história construíram esse momento.

Nas primeiras décadas da República, a criança pobre era considerada um problema político por ameaçar a perspectiva de futuro da nação (COUTO, 2012). Segundo os desenvolvedores de políticas, a discussão se embasava no conceito de que as famílias pobres ampliavam a criminalidade e o abandono infantil, além disso, a pobreza era considerada um dano em si. Dessa forma, exigiu-se do Estado ações moralizadoras e normas protetivas para o melhor desenvolvimento social das crianças (MENDONÇA, 2000).

O Código de Menores (Código Melo Mattos), de 1927, amparou legalmente a formulação da categoria social do 'menor' e a elaboração de instituições específicas para ajudá-lo. Assim, o Estado assumiu a tutela de parte da população infanto-juvenil, antes sob

responsabilidade da família, que passou a ocupar instituições de recolhimento e de internação, como internatos, reformatórios e educandários. O objetivo dessa ação era ofertar melhores oportunidades para a “formação moral, intelectual e física” desses jovens e assegurar futuramente sua integração à sociedade (COUTO, 2012).

Pelo lado da medicina, o Movimento Higienista, sobretudo o da higiene mental, era baseado nos conceitos de prevenção e educação, com finalidade de formar seres saudáveis e diminuir o número de casos de delinquência e insanidade, considerados na época efeito do abandono e mau cuidado (COSTA, 1983). As ações feitas pelo Movimento acabaram contribuindo para a institucionalização dos seres considerados não saudáveis, uma vez que alguns casos não alcançaram o objetivo. Sendo assim, as crianças que não se adequavam aos padrões estipulados eram encaminhadas para essas instituições fechadas e ali permaneciam, pois o raciocínio era retirá-las do convívio social (RIZZINI, 1997).

Idealizando esse Movimento, a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) passou a integrar questões sociais à psiquiatria. Segundo Srechetman (1981), a LBHM esteve na vanguarda da psiquiatria infantil brasileira. A convergência dos dois discursos, jurídico e médico, embasou as políticas de assistência e estimulou ações dirigidas a esse público no período da República (COUTO, 2012). No entanto, segundo Mendonça (2000), a execução das medidas assistenciais não se deu pela ação direta do Estado. O Estado acabou delegando à filantropia a tarefa de proteção da infância em risco, o que representou a superação religiosa no cuidado aos mais necessitados e a manutenção do ideário humanista.

O Ministério da Educação e Saúde Pública, criado em 1930, tornou a educação uma tentativa de apagar os atrasos da “criança desfavorecida” para que tivesse lugar de realce no país. Na medicina, foram agregadas outras especialidades, como Psicologia e Psicometria, com a finalidade de avaliar e classificar a aprendizagem das crianças. Dessa forma, o procedimento pedagógico escolhido seria adequado para cada caso. Essa classificação causou vários efeitos, um deles foi a institucionalização daqueles tidos como “inaptos” (COUTO, 2012).

Dois momentos importantes na história da psiquiatria infantil no Brasil são a criação do Pavilhão Bourneville, em 1904, e o Hospital de Neuropsiquiatria Infantil, em 1942. Entretanto, para uma agenda pública da infância, eles tiveram pouca relevância. Para Couto (2012), há uma diferença radical quando considerada a psiquiatria dos adultos: o modelo hospitalocêntrico para as crianças não foi superado na Reforma Psiquiátrica.

Anos depois, em 1959, foi aprovada a Declaração de Direitos da Criança pela ONU, que ofertava propostas mais severas quanto à ampliação dos direitos sociais para as crianças. Juntamente com a Declaração, a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM) foi

instituída, onde são acolhidos menores necessitados, representando uma evolução quanto à criminalização da pobreza (RIZZINI; RIZZINI, 2004). A FUNABEM pode ser considerada um efeito da problematização da criança desde o início da República, sendo uma instituição-síntese do Estado que exerce tutela e controle (COUTO, 2012).

Em 1990, o SUS, concedia garantia do acesso à saúde para todos os brasileiros (CARVALHO, 2013). Nessa década, promulgado pela Lei 8.069, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) garantiu legalmente direitos para as crianças e adolescentes do Brasil, atribuindo ao Estado a função de proteção e não de tutela. O SUS e o ECA foram as ferramentas que permitiram compreender a necessidade de cuidados em saúde mental de crianças e adolescentes e constituir o conjunto de políticas destinadas a esse grupo específico (COUTO, 2012).

Tendo como referência todos os marcos citados e o ápice da Reforma Psiquiátrica, a III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), em 2001, veio para mudar de vez a história da saúde mental (COUTO, 2012). Dentre as propostas incluídas na CNSM, estão: a criação dos CAPS, visando a assistência psicossocial de crianças e adolescentes; prioridade nos casos de maior gravidade, enfoque multiprofissional e integralidade do cuidado; o problema da institucionalização desses jovens apartados da família; e, por fim, a participação intersetorial no monitoramento e acompanhamento da política de saúde mental de crianças e adolescentes (BRASIL, 2002b). A III CNSM foi um evento de extrema importância para a história da política pública, defendendo a acessibilidade à atenção psicossocial, além de contribuir para a proteção, os direitos e a cidadania das crianças e adolescentes.

O Ministério da Saúde publicou em 2002 a Portaria nº 336/2002 (BRASIL, 2002a), relacionada ao CAPS, com um capítulo anunciando a fundação dos Centros de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes, os CAPSi. A criação dos CAPSi foi a primeira conquista do SUS dirigida à Saúde Mental da Criança e Adolescente, representando a grande demanda de atenção para situações de maior complexidade e beneficiando as crianças e adolescentes em sofrimento mental que não recebiam atendimento específico até o momento (COUTO, 2004).

Durante a história, as políticas públicas de saúde infanto-juvenil brasileiras se iniciaram sob responsabilidade dos setores de educação e de assistência social (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008). Conforme discorrido por Couto (2012), anteriormente à III Conferência Nacional de Saúde Mental e à consequente criação dos CAPSi, as discussões políticas em saúde mental para a infância e a adolescência eram escassas no país.

A Portaria nº 336/2002 (BRASIL, 2002a) do Ministério da Saúde continha a definição e características funcionais das tipologias de CAPS I, II, III, CAPSad II e de CAPSi II. De acordo com essa publicação, centros para infância e adolescência deveriam ser implantados em cidades em torno de 200 mil habitantes ou a critério do gestor de saúde do município, para oferecer serviços de atendimento aos jovens com transtornos mentais relacionados a prejuízos severos e persistentes (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008) e coordenar a organização das necessidades em saúde mental desses grupos populacionais no território referente a tal unidade.

Segundo a caracterização dos serviços prestados pelos CAPSi (HOFFMANN; SANTOS; MOTA, 2008), os diagnósticos prevalentes são de transtornos do comportamento e transtornos emocionais. Além disso, é importante destacar uma grande prevalência de diagnósticos relacionados a dificuldades<sup>7</sup> escolares. Tal aspecto também pode ser exemplificado no estudo “Importância e desafios do trabalho em rede entre a escola e um serviço de saúde mental infanto-juvenil brasileiro” (DUARTE; SOUZA; RODRIGUES, 2017), em que a demanda encaminhada pelas escolas ao CAPSi da cidade de Paracambi (RJ) foi maior quando comparada a outros dispositivos, como o Conselho Tutelar e o CREAS.

Apesar da implantação dos CAPSi, o cenário nacional ainda apresenta desafios na atenção psicossocial aos que se encontram na faixa etária de crianças e adolescentes (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008). Dessa forma, a prevalência de encaminhamentos pelo setor educacional salienta a necessidade da efetivação prática de uma das características das políticas públicas de saúde mental infanto-juvenil no Brasil, a intersetorialidade. Consoante os autores Hoffmann, Santos e Mota (2008), essa realidade demonstra a exigência de maiores articulações e planejamentos entre profissionais da saúde e da educação, com o objetivo de diminuir essa demanda nos centros especializados em saúde mental, os CAPSi, quando os problemas de crianças e adolescentes estiverem ligados exclusivamente a dificuldades de aprendizado.

O princípio intersetorial envolve a articulação de vários âmbitos a fim de promover a integralidade do cuidado às crianças e aos adolescentes (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008). Em outras palavras, a saúde mental, através dos ambulatórios e CAPS, deve estar aliada a setores da saúde de maneira geral - com a Atenção Primária à Saúde, para prevenção e identificação precoce de problemas e transtornos ligados à saúde mental, e ao PSF, que passou a ser denominado ESF e possui a área de atuação Saúde da Criança (BRASIL, 2006); à educação - com educação básica pública e instituições filantrópicas para alunos especiais, como a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE); à justiça e à defesa de direitos - com os Conselhos Tutelares estabelecidos pelo ECA; e à assistência social – com os Centros de

Referência da Assistência Social (CRAS), fundados em 2004, e com a criação de programas sociais.

Como mencionado anteriormente, os programas sociais constituem políticas públicas que influenciam na saúde infanto-juvenil. Entre essas intervenções governamentais, pode-se citar o Programa Bolsa Família, instituído em 2003, que tem o objetivo de auxiliar a população mais vulnerável, com efeitos positivos na diminuição da pobreza e da desigualdade de renda, na melhor assiduidade escolar e no combate ao trabalho infantil (FONSECA et al., 2013). Outra política social possível é o Programa Saúde na Escola, iniciado em 2008. Este programa é realizado:

[...] no âmbito das escolas e Unidades Básicas de Saúde, com participação das Equipes de Saúde na educação de forma integrada. O PSE prevê avaliações clínicas, psicossociais, nutricionais e avaliações da saúde bucal. Há também ações de promoção da saúde e prevenção de doenças por meio da promoção da alimentação saudável, realização de atividades físicas, educação para a saúde sexual e reprodutiva, conscientização quanto ao uso do álcool, tabaco e outras drogas (FONSECA et al., 2013, p. 262).

Ademais, o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), denominado assim desde 1979, alcançou avanços significativos no período de 2003 a 2010, como foi analisado no artigo de Peixinho (2013). O programa passou a fazer parte do processo pedagógico, a fim de promover saúde, segurança alimentar e nutricional. De acordo com Peixinho (2013), a grande conquista do PNAE veio com a aprovação da Lei nº 11.947, de 19 de junho de 2009. Esta lei estabelece a universalização do programa na educação básica, priorizando educação alimentar e nutricional, práticas sustentáveis, diversificação alimentar, produtores locais e respeito às tradições regionais.

Uma das políticas públicas contemporâneas de proteção e de defesa de direitos da criança e do adolescente é a Lei Menino Bernardo, promulgada em 2014, com o objetivo de garantir a educação dos menores sem a aplicação de “castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante” (BRASIL, 2014). Essa lei ficou conhecida inicialmente como Lei da Palmada e estabelece sanções administrativas, como encaminhamento para programas oficiais e para tratamentos psicológico ou psiquiátrico, a agressores que praticam ações educacionais coercitivas (TRINDADE; HOHENDORFF, 2020).

A pesquisa realizada por Trindade e Hohendorff (2020) indicou que tal lei não foi efetivada na prática, pois há o desconhecimento dessa legislação tanto por parte de profissionais



da área quanto por parte da população, e a violência física ainda é aceita social e culturalmente. Nesse sentido, faz-se necessário a realização da qualificação profissional e de campanhas informativas.

## 2.4 A HISTÓRIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS À EDUCAÇÃO NO BRASIL

Para entender melhor o progresso da educação no país, decidiu-se analisar historicamente os aspectos constitucionais referentes à aplicabilidade do acesso à educação em caráter nacional. Após um apanhado geral sobre as aparições do termo antes da promulgação da Constituição Federal de 1988, foram apresentadas as demais políticas públicas que visam auxiliar também na manutenção do direito à educação.

As primeiras políticas educacionais no país datam da presença dos Jesuítas, com uma cobertura para apenas 0,1% da população, os quais foram sendo expulsos do território nacional até o fim do século XVIII (CASTRO, 2005). A primeira menção legal sobre a educação se encontra na Constituição de 1824, a qual garantia o acesso à educação primária aos cidadãos, mas sem definir os meios para que esse direito fosse efetivamente aplicado (COLLY, 2010).

Em 1891, com a promulgação da Constituição Republicana, nota-se que pouca mudança foi realmente introduzida. Destacamos o art. 72, que atribuiu ao Congresso a função de “criar instituições de ensino superior e secundário nos Estados” e determinou que o ensino em instituições públicas deveria ser laico (BRASIL, 1891).

No governo Vargas (1930), foi criado o Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública, para o estudo e deliberação de assuntos relacionados ao ensino (BRASIL, 1930). A Constituição de 1934 tornou o acesso à educação um direito fundamental do brasileiro, a ser prestado tanto por familiares quanto pela administração pública. Além disso, também é definido que a União deveria estabelecer um plano nacional de ensino, visando educação primária gratuita e obrigatória, além de sua propensão à gratuidade do ensino consecutivo ao primário (COLLY, 2010).

Essa mesma Carta de 1934 também previa investimentos mínimos para a educação, sendo pelo menos 10% do arrecadado em impostos em nível municipal e em níveis estaduais pelo menos 20%, o que propiciou um salto significativo no número de escolas nesse período

(de 5.290 para 10.341 a nível municipal). Todo esse cenário facilitou o acesso à educação básica (COLLY, 2010).

Porém, a Constituição de 1937, também vigente durante o governo de Getúlio Vargas, já demonstra certo retrocesso com relação às políticas educacionais, uma vez que o papel do Estado em prover a educação era apenas complementar ao dever familiar. A família seria a responsável por conceder essa educação às pessoas, sendo somente o primário público e obrigatório (COLLY, 2010).

Nota-se também no artigo 132 desta mesma Constituição um tom autoritário no que tange aos formatos educacionais, pois a educação deveria “promover a disciplina moral e o adestramento físico da juventude, de maneira a prepará-la ao cumprimento dos seus deveres para com a economia e a defesa da Nação” (BRASIL, 1937). Isso pode ser inferido devido a estudos como o de Meira (2012) e de Ferreira (2011), os quais demonstram que serviços tradicionalmente enrijecidos de educação promovem déficits educacionais para esses usuários do sistema.

Já no artigo 166 da Constituição de 1946, em seu, observa-se que a educação recebe novos parâmetros no que diz respeito a deveres a serem cumpridos tanto pela esfera privada quanto pela pública. No referido artigo tem-se que a educação deveria ser pautada “nos princípios de liberdade e nos ideais de solidariedade humana” (BRASIL, 1946), contrariando o caráter autoritário da constituição anterior. Ao mesmo tempo, a legislação distribuiu deveres ao setor privado quanto à obrigatoriedade de ensino primário para seus funcionários e seus filhos, quando a empresa era encaixada em determinados parâmetros. Isso tudo mostra um grande progresso desde a Carta anterior, tanto em questão da ampliação do acesso como também em dar maior liberdade aos usuários do sistema educacional (BRASIL, 1946).

Presente no artigo 172 da mesma carta, nota-se também um ponto importante a ser considerado como conquista inclusiva em questões educativas, apesar de não constar ainda especificidades para seu cumprimento. Nele, nota-se que caberia à rede de educação o oferecimento de “serviços de assistência educacional”, para garantir àqueles com necessidades “condições de eficiência escolar” (BRASIL, 1946).

Em 1961, através da Lei nº 4.024, o país teve a sua primeira legislação de Diretrizes e Bases da Educação Nacional instaurada. Nela, foram vinculados impostos para a educação, além de estabelecer investimentos mínimos devidos à União, aos Estados e Distrito Federal e aos municípios, além dos fundos referentes aos diferentes níveis da educação (MOREIRA; BARROS, 2015). Porém, a Lei ainda não dissertava sobre mecanismos e meios para a inclusão

das pessoas com quaisquer déficits, fossem físicos, psíquicos ou sociais, o que demonstra ainda uma negligência com relação à grande parcela da população.

Em 1967, tem-se a instituição de nova Carta Constitucional, agora com características totalmente autoritárias devido à implementação da Ditadura Militar, proclamada em 1964. Em adição ao direito de acesso à educação, já visto na Carta de 1946, é complementada também a obrigatoriedade de oferecimento da educação pelo Estado. Observa-se o incentivo às instituições privadas fornecido pela nova legislatura, principalmente no fomento a subsídios às escolas e diversos apoios instituídos agora pela Constituição do estado de exceção (VIEIRA, 2007). Porém, há também enorme retrocesso em relação ao financiamento educacional, pois o investimento mínimo devido à União, aos Estados, Distrito Federal e municípios, não mais existe na Carta, sendo reinserida apenas em 1983, com a emenda constitucional nº 24, a qual restabeleceu investimentos mínimos a cada esfera pública (SANTOS, 2015; VIEIRA, 2007).

A partir do artigo 205 da Constituição Federal de 1988, tem-se instituído a educação como um direito universal do cidadão, “sem qualquer distinção, seja de sexo, cor, origem raça ou idade”, e que esse direito deve ser garantido. Com uma educação inclusiva em vista, o ECA (1990) ressalta o “atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino” (BRASIL, 1990), além da obrigatoriedade do acompanhamento desses educandos por profissionais competentes para sanar as singularidades. É demonstrado também nesse momento o quão essencial é contemplar aqueles com diferenças funcionais, em termos de justiça social (MATOS; TIRADENTES; MENEZES, 2020).

Após a assinatura da Declaração de Salamanca, referente à Conferência Mundial de Educação Especial, ocorrida em 1994, é publicada no Brasil, em 1996, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN), que busca maior cobertura social, sem quaisquer barreiras preconceituosas ou discriminatórias, para todos os cidadãos (MATOS; TIRADENTES; MENEZES, 2020). É relatado nessa mesma lei, em seu artigo 58, a implementação da educação especial no país, “oferecida preferencialmente na rede regular de ensino, para educandos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação” (BRASIL, 1996), o que demonstra cada vez mais os passos na tentativa de inclusão e extensão do acesso à educação.

A LDBEN também deixa claro, no artigo 2, que a educação deve ter uma função não apenas tecnicista, mas também social, ao levar em conta tanto os aprendizados familiares quanto os culturais e sociais, além de objetivar educar a pessoa “para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho” (BRASIL, 1996).

Em 2001, é sancionado o Plano Nacional de Educação, através da Lei nº 10.172, que tinha em vista garantir, por meio de metas e fiscalização pelo próprio poder executivo, a universalização da educação no país, reafirmando principalmente os ganhos resultantes da LDBEN de 1996 (MATOS; TIRADENTES; MENEZES, 2020; COLLY, 2010). Além disso, no mesmo ano, há também a homologação da Resolução CNE/CEB nº 2, que descreve o acesso às instituições educacionais, além de instituir na educação básica diretrizes para a educação especial (MATOS; TIRADENTES; MENEZES, 2020).

Nota-se, ainda no ano de 2004, a criação da Secretaria da Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão, a qual é relatada por Puziol e Silva (2020) como tentativa de implementar novas políticas referentes à diversidade e à inclusão dos alunos que fugiam à normatividade estabelecida socialmente, além do desenvolvimento de diferentes políticas de ações afirmativas.

Matos, Tiradentes e Menezes (2020) também salientam a importância do Decreto nº 5.626, no artigo 3, que implementou a Língua Brasileira de Sinais “como disciplina curricular obrigatória nos cursos de formação de professores para o exercício do magistério” (BRASIL, 2005). Importante também destacar que esse decreto torna obrigatória a qualificação para todos os níveis de educação, apontando para a necessidade de se estabelecer uma melhora na interação do professor com o aluno e promover maiores incentivos de sua permanência na escola.

Em 2006, com a publicação do Plano Nacional da Educação em Direitos Humanos (PNEDH), observou-se a abertura de diversas oportunidades para o aprofundamento da discussão da inclusão e permanência dos educandos no sistema, independentemente de quaisquer diferenças à normatividade (PUZIOL; SILVA, 2020).

De acordo com Santos (2011), o Plano Nacional de Desenvolvimento da Educação (2007), uma espécie de “programa guarda-chuvas”, permite que diversos outros programas surjam, mostrando-se como um ponto fundamental no desenvolvimento de políticas públicas em todos os âmbitos, além de propor uma base colaborativa entre os diferentes agentes federativos.

A exemplo disso, em 2008, foi elaborada a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva, com a finalidade de incluir aqueles com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação, com garantia de acesso principalmente ao ensino regular e progressão para níveis mais elevados de ensino. Essa mesma política também previa diversos meios de manter o acesso e promover melhor qualidade da educação, como a formação de docentes e outros profissionais da área para o atendimento especializado (BRASIL, 2008; MATOS; TIRADENTES; MENEZES, 2020).

Ainda em 2008, nota-se também a ação do “Programa Currículo em Movimento”, evidenciado por Flores (2017) como um marco no desenvolvimento de pesquisas na área educacional, devido à maior oferta educacional para crianças, com grande aumento de pesquisas e abrangência de serviços, principalmente aqueles relacionados à educação infantil.

O Atendimento Educacional Especializado (AEE), segundo a resolução nº 4, de 2 de outubro de 2009, art. 1, deve ser “ofertado em salas de recursos multifuncionais ou em centros de Atendimento Educacional Especializado da rede pública ou de instituições comunitárias, confessionais ou filantrópicas sem fins lucrativos” (BRASIL, 2009). Além disso, tem como finalidade a complementação ou suplementação da constituição do aluno, por meio de ferramentas para a eliminação de adversidades, a fim de que possa participar plenamente em meio social e desenvolver seu aprendizado (BRASIL, 2009).

Sobre medidas que não agem diretamente sobre a educação, mas que têm função social, pode-se observar a importância do programa Bolsa Família sobre o estímulo à inclusão do acesso e à permanência de crianças e adolescentes na escola. Isso pode ser observado através de estudos como o de Thomazinho (2019), que demonstra os efeitos positivos, no que se refere a aprovações e ao acesso à educação, de políticas de distribuição de renda, apesar de toda a desigualdade que se desloca pelos diferentes níveis educacionais, além de toda a diferença de qualidade encontrada nas possibilidades de oferecimento de educação.

Similarmente ao Bolsa Família, o Bolsa Escola é outra política condicional para distribuição de renda que incentiva o acesso e a permanência na escola, diminuindo a evasão dos educandos. Apesar de não terem sido implementados como estudos randomizados, como em outros países da América Latina, seus impactos positivos são tidos como exuberantes e o programa é considerado como o maior do mundo em termos de distribuição de renda (GLEWWE; KASSOUF, 2012).

Apesar de todos os avanços consumados desde a década de 1990, como destacado até aqui, observa-se também medidas que retrocedem no que tange aos investimentos à educação em um passado mais próximo. Um claro exemplo disso é a PEC 241/55, ou “PEC do teto de gastos”, que inclui limitações claramente prejudiciais a diversos campos, incluindo a educação. Para Amaral (2016), a PEC será devastadora para efeitos relacionados ao PNE, que se renovará para o período de 2025 a 2035, além de poder provocar involuções significativas para a ordem social do país.

Por fim, nota-se principalmente que a democratização da educação e políticas que visam a permanência do estudante na instituição de ensino vêm caminhando de maneira lenta durante a história do país. Apesar da pausa no desenvolvimento de políticas educacionais, observada

durante o regime antidemocrático, é possível identificar avanços palpáveis dessas políticas, principalmente a fim de garantir a permanência dos educandos no sistema e também a inclusão daqueles antes invisíveis ou desmerecidos pela história educacional: as pessoas com deficiência e aqueles com dificuldades sociais ou psíquicas com relação à aprendizagem, estes principalmente nos últimos 20 anos.

## 2.5 INCLUSÃO NA EDUCAÇÃO SUPERIOR – COTAS

Nota-se também que a visão proposta por Paulo Freire sobre o sistema educacional, com interpretações que também se adequam ao sistema de saúde (principalmente em relação à saúde mental), mostra-se essencial para um desenvolvimento horizontal e eficaz desses dois campos, como explicitado por Guimarães, Veras e Carli (2018). Observa-se que grande parte da culpa relacionada ao que Freire considera como “Fracasso da Educação Básica” é totalmente direcionada ao aluno, um sujeito submetido ao sistema educacional e ao qual é imposto regras, de forma totalmente autoritária se analisados os moldes educacionais tradicionais (RODRIGUES; ARAGÃO; RODRIGUES, 2017).

Porém, de maneira a quebrar esse paradigma, Freire, Gadotti e Guimarães (1995) propõem um modelo escolar em que os educadores e os educandos interagem horizontalmente, aprendendo e adequando o sistema educacional a cada demanda, tanto do profissional quanto do educando. Em termos de saúde mental, por exemplo, constantemente o paciente é avaliado como um ser despido de qualquer racionalidade sobre suas ações, derivado principalmente do conceito ultrapassado de “loucura” (OLIVEIRA, 2011).

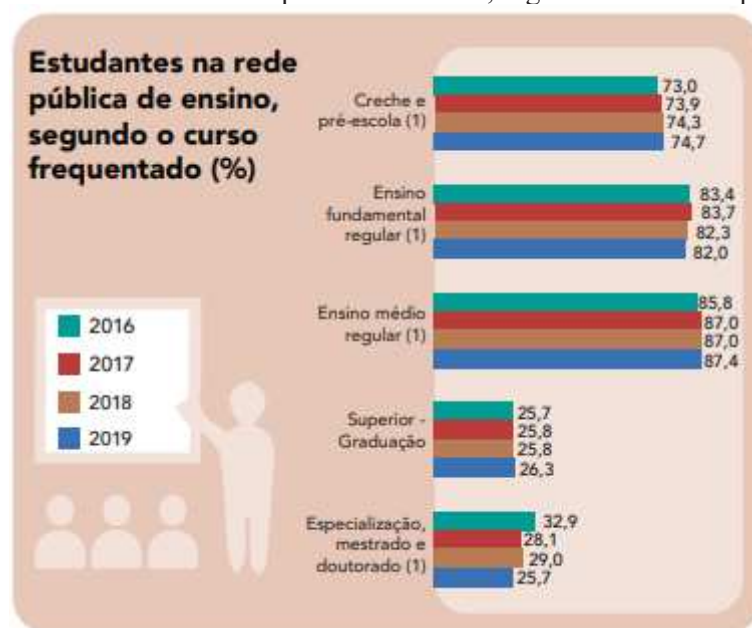
Em termos escolares, principalmente, ao despir o educando de suas faculdades e medicalizando sua conduta, propondo-lhe o diagnóstico ao observar pensamentos e ações desviantes ao padronizado, observamos o quão certo são os conceitos freireanos sobre a educação. A necessidade de um conceito de escola horizontal, na qual o educador e o educando estejam em constante adaptação e aprendizagem um com o outro, é essencial na construção de uma rede educacional que dialogue de maneira sincronizada com o sistema de saúde e, principalmente, que emancipe e empodere as diferentes classes através dos saberes compartilhados.

## 2.6 PANORAMA ESCOLAR: BRASIL, MINAS, BARBACENA

O sistema educacional brasileiro, de acordo com a Lei de Diretrizes e Bases, engloba a educação básica e o ensino superior. A educação básica, por sua vez, abrange a educação infantil, o ensino fundamental e o médio (IBGE, 2016). As informações apresentadas foram obtidas no banco de dados de acesso público do IBGE e do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP).

No âmbito da educação básica, a rede pública de ensino, quando comparada à rede privada, concentra o maior número de estudantes nos três níveis de ensino, o que pode ser observado na Figura 1.

Figura 1 - Estudantes na rede pública de ensino, segundo o curso frequentado.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2016-2019. Disponível em: [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101736\\_informativo.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101736_informativo.pdf). Acesso em: 2 abr. 2021.

A educação infantil inclui crianças de 0 a 5 anos de idade e é representada pelas creches (0 a 3 anos) e pré-escolas (4 e 5 anos). Desde 2013, a educação básica é gratuita e obrigatória desde os 4 anos de idade (Lei nº 12.796/2013), com o objetivo de universalizar a educação a desde essa faixa etária e aumentar o acesso de 0 a 3 anos (IBGE, 2016). Entretanto, segundo a PNAD Contínua (IBGE, 2016), a taxa de escolarização - que mede a parcela de estudantes em

relação ao total de pessoas da faixa etária - entre as crianças de 0 a 3 anos foi de 30,4% e, entre as crianças de 4 e 5 anos, foi de 90,2%. A mesma pesquisa em 2019 constatou que essas taxas foram de 35,6% e 92,9%, respectivamente. Ademais, entre as regiões do Brasil, a região Norte apresentou menor taxa, 17,6%, enquanto a região Sudeste apresentou 42,4% e a região Sul o maior percentual, 43,3%.

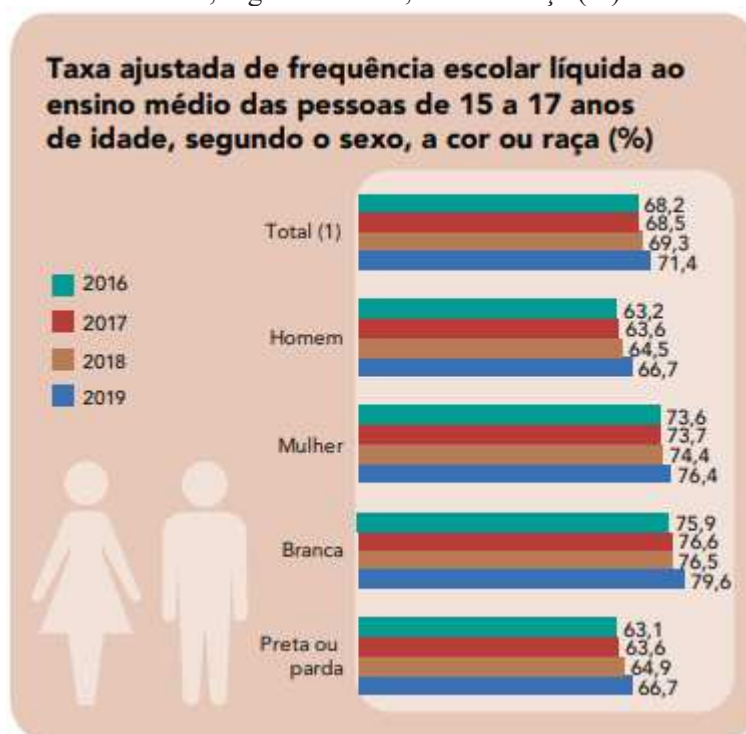
Nesse contexto, os principais motivos dos filhos não frequentarem a creche foram apontados como decisão dos pais ou responsáveis e a inexistência de escola/creche no local, ausência de vagas ou não aceitação de matrícula devido à idade da criança.

Em relação à faixa etária de 6 a 14 anos, utilizando a mesma comparação no período de tempo, a taxa de escolarização em 2016 foi de 99,2% e de 99,7% em 2019, mantendo-se alta em todas as cinco regiões. Apesar da alta taxa de escolarização no ensino fundamental, a adequação entre a idade e a etapa de ensino inserido apresenta dados que indicativos de atraso nos anos finais do ensino fundamental, na medida em que “12,5% das pessoas de 11 a 14 anos estavam atrasadas em relação à etapa de ensino que deveriam estar cursando ou não estavam na escola” (IBGE, 2019). Dessa forma, as reprovações e a evasão, essa última em menor escala, já são significativas nos últimos anos do ensino fundamental e tendem a aumentar nos anos subsequentes.

Entre 15 a 17 anos contabilizou uma taxa de escolarização de 87,2% em 2016 e de 89,2% em 2019. Contudo, no que se refere à taxa ajustada de frequência escolar líquida, os resultados demonstram que 28,6% dos adolescentes dessa faixa etária não frequentavam o ensino médio ou evadiram da escola em 2019 (IBGE, 2019). Além disso, a análise dessa taxa de frequência por sexo, cor ou raça pode ser observada na Figura 2, retirado do informativo da PNAD Contínua de 2019 (IBGE, 2019). Conclui-se que há um maior percentual de frequência entre as mulheres e um maior percentual da cor/raça branca, quando comparada à preta e parda, no ensino médio brasileiro.



Figura 2 - Taxa ajustada de frequência escolar líquida ao ensino médio das pessoas de 15 a 17 anos de idade, segundo o sexo, a cor ou raça (%)



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2016-2019. Disponível em: [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101736\\_informativo.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101736_informativo.pdf). Acesso em: 24 abr. 2021.

A PNAD Contínua de 2019 traz também informações sobre a evasão escolar. Segundo os dados da pesquisa, 20,2% das pessoas com idade entre 14 e 29 anos não frequentaram o ensino médio ou deixaram os estudos antes do fim dessa etapa. Importante ressaltar que os percentuais de abandono escolar começam a aumentar expressivamente na idade de 15 anos, que, geralmente, representa a idade de início do ensino médio. Além disso, com relação às causas de evasão, a necessidade de trabalhar foi o motivo prioritário, seguido pela falta de interesse em estudar. Outros motivos foram gravidez e trabalhos domésticos ou desempenhar o papel de cuidador de outra pessoa (entre as mulheres), problemas de saúde permanentes, ausência de escola, vaga ou turno preferido na localidade.

Além das informações descritas nesse panorama escolar brasileiro, a partir dos bancos de dados mencionados, verificou-se os números do Brasil, do Estado de Minas Gerais e do município de Barbacena, cidade onde se localiza o CAPSi Estação Vida. Em relação ao ensino fundamental, o país possuía, em 2018, 27.183.970 matrículas, 1.400.716 docentes e 128.371 escolas. O Estado contava com 821.349 matrículas - ocupando o segundo lugar nacional -, 143.977 docentes e 10.734 escolas. No município, por sua vez, havia 14.142 matrículas, 892

docentes e 53 escolas. O ensino médio no Brasil, no ano de 2018, dispunha de 7.709.929 matrículas, 513.403 docentes e 28.673 escolas. O Estado possuía 821.349 matrículas, 60.729 docentes e 3.168 escolas. No município havia 5.670 matrículas, 500 docentes e 21 escolas (INEP, 2019).

Em termos de estatísticas qualitativas acerca da educação, o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) é um indicador utilizado para mensurar a qualidade do aprendizado no país e para determinar metas de melhorias. Esse índice é calculado a partir dos dados sobre aprovação escolar, obtidos no Censo Escolar, e das médias de desempenho no Sistema de Avaliação da Educação Básica (Saeb) e na chamada “Prova Brasil”. O IDEB varia de 0 a 10, sendo o objetivo nacional alcançar a média 6 em 2022, apesar das metas variarem para cada escola e rede de ensino (INEP).

Nesse sentido, o IDEB 2019 para os anos iniciais do ensino fundamental (4ª série/5º ano), resultou, no Brasil, em 5.9 (total), 5.7 (rede pública) e 7.1 (rede privada). Em Minas Gerais, o indicador atingiu 6.5 (total), 6.3 (rede pública) e 7.8 (rede privada). Já em Barbacena, o dado encontrado foi de 6.7 (rede pública). O mesmo indicador para os anos finais do fundamental (8ª série/9ºano) no país foi de 4.9 (total), 4.6 (rede pública) e 6.4 (rede privada). No Estado foi de 4.9 (total), 4.7 (rede pública) e 6.9 (rede privada). Em Barbacena, foi de 5.2 na rede pública (INEP, 2020). Para o ensino médio, no geral, o índice tem valores mais baixos do que nos períodos anteriores: no Brasil foi de 4.2 (total), 3.9 (rede pública) e 6.0 (rede privada). Em Minas, os dados foram semelhantes aos do país, com 4.2 (total), 6.4 (rede privada) e não havia dados separados da rede pública. Por fim, em Barbacena, o dado foi de 5.0 para a rede pública (INEP, 2020).

## 2.7 O PAPEL DA ESCOLA NA SAÚDE MENTAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

A escola acolhe uma gama de diferentes contextos e realidades no processo que trabalha o desenvolvimento infantojuvenil. O espaço escolar tem extrema relevância para a sociedade, pois, além de preparar os jovens para o futuro, do ponto de vista intelectual e moral, a escola ajuda na inserção social (SILVA; FERREIRA, 2014). Para Canivez (1991), o ambiente escolar institui a cidadania, pois é nele que a criança passa a socializar na comunidade de forma expressiva, fora do domicílio e da família.

A interação professor-aluno é uma relação muito importante e eficaz para melhorar o aprendizado do sujeito e sua convivência, porém, essa interação, na maioria das vezes, não é fácil (SANT'ANA; BARBOSA, 2017). Na idade escolar, os jovens se envolvem em novas relações e possibilidades de interações, o que geralmente cria certo incômodo referente aos processos de aceitação. Na sala de aula, alguns alunos são considerados mais aceitos que outros. Essa aceitação na maioria das vezes está relacionada a melhores habilidades de socialização e aprendizado, que possibilitariam comportamentos mais amistosos e afetuosos. Já os alunos menos aceitos, apresentam padrão comportamental condizentes com imaturidade, agressividade, conflituosos, habilidades sociais e cognitivas reduzidas e inquietação (MARTINELLI; SCHIAVONI, 2009).

A afetividade é indispensável para a boa adaptação e crescimento infantil no âmbito escolar. Quando há valorização do aluno por parte do professor, cria-se um comprometimento entre eles, dessa forma, espera-se que as partes evitem decepções uma com a outra. (SIGNOR; BERBERIAN; SANTANA, 2017). Segundo Bakhtin (2006) esse é um processo do relacionamento humano e acorda com a concepção de sujeito responsivo. Além do desenvolvimento do aluno, essa visão dialógica favorece o conhecimento do indivíduo no âmbito social, assim, o professor consegue identificar necessidades biopsicossociais que podem estar interferindo no aprendizado e auxiliá-lo e/ou encaminhá-lo para um profissional que possa ajudá-lo (SIGNOR; SANTANA, 2013).

A ausência de uma vivência em um âmbito afetivo-emocional impossibilita que o professor entenda o aluno de uma forma completa. Com isso, o número de encaminhamentos de alunos a clínicas de saúde relacionados a questões comportamentais, de atenção e de aprendizagem, aumentou bastante (SIGNOR, BERBERIAN; SANTANA, 2017).

A maioria dos encaminhamentos feitos por professores apresentam queixas como: “é muito distraído”; “não copia a atividade”; “não consegue permanecer sentado por muito tempo”; “não consegue ler”; “tem dificuldade para aprender”. Muitas vezes, esses jovens acabam recebendo diagnósticos e iniciando tratamentos que não cabem à sua situação, por serem eventos comuns em indivíduos na fase escolar (SIGNOR, 2013).

Segundo Valle e Williams (2021), por fim, é evidente como a relação professor-aluno influencia a vida dos jovens. No engajamento cognitivo, ressalta-se o conteúdo acadêmico e o valor dos ensinamentos. Esses podem ser de natureza emocional, que envolve a necessidade do professor saber sobre os alunos, preocupar-se com o seu bem-estar e atender às suas necessidades, ou de natureza comportamental, ressaltando-se a importância dos alunos terem

possibilidade de escolha para participar das atividades propostas, por meio de debates, discussões e comentários (CONNER; POPE, 2013).

## 2.8 O FENÔMENO DA MEDICALIZAÇÃO

Gaudenzi e Ortega (2012) descrevem que o início do processo de medicalização data do século XVIII, com a introdução de técnicas higienistas e da medicina moderna, na qual principalmente profissionais médicos e da educação se mostravam como consultores para resolução de mazelas domésticas. Já em estudo sobre a evolução da terminologia “medicalização”, Zorzaneli, Ortega e Bezerra (2014) publicaram uma revisão em que analisam a evolução do entendimento do termo no intervalo de 1950 a 2010. Ao analisar as primeiras publicações, principalmente a de Peter Conrad, pensava-se que essa abordagem se reduzia apenas à demanda por profissional médico, ao patologizar problemas não médicos. Porém, conclui-se que atualmente a medicalização seria o processo pelo qual questões não patológicas passariam a ser analisadas e tratadas como referentes ao âmbito da saúde, comumente transformadas em transtornos e doenças por todas as pessoas detentoras da fala medicalizada, como pacientes, educadores, pedagogos e, claro, profissionais da saúde.

A partir de uma era que introduz a psiquiatria fundamentalmente biológica, como citado por Aguiar (2015), materializada no DSM, principalmente a partir da 3ª edição lançada em 1980, e sua incorporação pelo CID-10, em 1990, que padronizam e classificam condições psicopatológicas, nota-se que a busca por um diagnóstico e medicação para todos aqueles sintomas que fogem à normatividade torna-se uma crescente. Além disso, destaca-se o efeito potencializador do marketing da doença, realizado principalmente pela indústria farmacêutica, para leigos e não leigos, que, ao divulgar as patologias e sua terapia farmacológica, contribui para que os estigmas da psiquiatria puramente biológica atinjam os mais diversos públicos.

Juntamente à alta produção de propagandas realizadas pelo marketing, a estrutura capitalista também é considerada por Gaudenzi e Ortega (2012) como um dos principais fatores medicalizantes do sujeito. Isso é concluído por meio da análise de que a ordem capitalista impõe um modelo de pessoa produtiva, e qualquer desvio a essa idealização seria, portanto, razão para intervenção médica com consequente retorno ou aprimoramento das condições produtivas e rentáveis. Dessa forma, entende-se que a sociedade intimamente associada ao capital é induzida à doença para que haja lucratividade através da venda de fatores que curem as pessoas de suas

mazelas, a fim de que retornem à atividade lucrativa que exerciam anteriormente ao seu adoecimento.

Esse modelo biologizante sobrepõe-se a outras áreas, como as social, educacional, política, linguística, pedagógica e afetiva, o que leva a uma responsabilização individual do sujeito desde sua infância pela não adaptação ao sistema e às normas (DUARTE; SOUZA; RODRIGUES, 2017; SIGNOR, 2013). Além disso, com contribuição da ampla divulgação biologizante da psiquiatria, como citado por Aguiar (2015), essa sobreposição é acompanhada de maior preferência por tratamentos medicamentosos, antes de quaisquer outras medidas, como psicoterapêuticas, reestruturação político-social ou uma flexibilização pedagógica.

Em termos escolares, pode-se observar o efeito da medicalização em estudos como o de Ronchi e Avellar (2010), Beltrame e Boarini (2013) e Duarte, Souza e Rodrigues (2017), a partir da análise da demanda escolar por serviços do CAPSi. A discussão é levada para o caráter da patologização de desvios que não se encaixam em padrões normativos de conduta no meio escolar, idealizado pelos profissionais que fazem esses encaminhamentos.

Signor (2013) relata que os encaminhamentos para clínicas de saúde são geralmente acompanhados de queixas relacionadas ao comportamento, à atenção e à aprendizagem. De maneira complementar, Beltrame e Boarini (2013) cita que os encaminhamentos são feitos quando esgotadas as formas de lidar com o aluno com problemas, o que correlaciona o desvio da conduta considerada normal já como um pré-diagnóstico de alguma patologia.

Juntamente ao encaminhamento, o discurso competente, como assinalado por Signor, Berberian e Santana (2017), também é fundamental na construção do estigma sobre a criança que sofre no processo de medicalização. A palavra daquele que socialmente detém o poder, como os trabalhadores da saúde e os da educação, é tomada como de grande importância por parcela significativa da sociedade, de maneira até mesmo dominadora, principalmente sobre as crianças.

Associado ao modelo biologizante e reducionista da psiquiatria, a busca por um diagnóstico para qualquer desvio de conduta pode ocasionar na estigmatização da criança, um ser ainda em formação, além de resultar em prejuízo social e comportamental. É possível afirmar ainda que tal cenário pode contribuir para o desenvolvimento de sintomas que tendem a reiterar o diagnóstico prévio, o que torna ainda mais importante a discussão sobre a medicalização e a demanda escolar sobre saúde mental (SIGNOR, 2013).

Com isso, observa-se que muitas crianças são encaminhadas para profissionais de saúde já pré-diagnosticadas, principalmente no meio escolar, o que demonstra a crescente medicalização, iniciada já na infância, juntamente a uma alta demanda pela utilização de

medicamentos para controle das manifestações em ambiente educacional (SIGNOR, 2013). Somado a isso, há o potencial prejudicial que esses psicoestimulantes podem oferecer à criança, a depender da duração do uso, dose e estado geral do indivíduo, como possíveis mudanças cerebrais, analisadas em exames de neuroimagem (LEO; COHEN, 2003).

Nota-se, então, maior necessidade de diferenciação, por parte dos profissionais que realizam esses diagnósticos precoces, do que é caracterizado como um comportamento desviante ou dificuldade de aprendizado, com o intuito de amenizar o fenômeno de medicalização da população infantil (MEIRA, 2012). Além disso, Ronchi e Avellar (2010), Beltrame (2013) e Duarte, Souza e Rodrigues (2017) demonstram a eficácia no alinhamento entre CAPSi e instituições de ensino, com comunicação e horizontalidade efetiva, além de medidas educativas propostas pelos profissionais de saúde mental para reduzir danos do processo medicalizante e iniciar o processo reverso, desmedicalizante.

É imperativo, portanto, que um processo de desmedicalização, entendido por Meira (2012) como um ato contrário àquele que julga diferenças da normalidade como variações patológicas, ou seja, oposto ao de medicalização, alcance maior abrangência nas políticas públicas. Apesar de já existirem movimentos como o de neurodiversidade, citado por Ortega (2009), o qual busca a desestigmatização do autismo e seus diversos espectros como doença, e também a luta que mulheres empreendem pela realização caseira de partos normais, segundo Gaudenzi e Ortega (2012), percebe-se um movimento contrário, principalmente por parte de entidades medicalizantes. Essa resposta contrária à luta desmedicalizante seria, para Vilaça e Palma (2012), motivada principalmente devido à rentabilidade da dependência da utilização de meios artificiais para características e processos tidos como naturais, como o parto e a medicalização de espectros autistas.

Além disso, toda uma reestruturação política e social seria necessária, em termos ideais, para que se atingisse um nível desmedicalizante também ideal. Nesse viés, algumas ações se mostraram importantes nos estudos analisados: o modelo propagandístico de doença e medicamentos, que, como citado previamente, é mantido pela indústria farmacêutica para fins lucrativos; a validação e ampliação de lutas exemplificadas pelo parto domiciliar e pela neurodiversidade; e a integração e alinhamento entre sistema de saúde e o público.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar a demanda e conhecer o perfil sócio-demográfico de crianças e adolescentes atendidos no CAPSi Estação Vida, em Barbacena (MG), no período de 12 meses.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterizar as demandas de saúde mental da infância e adolescência recebidas no CAPSi.
- Analisar o perfil dos usuários do CAPSi.
- Analisar quais são os fatores que levam a escola a solicitar os serviços de saúde mental.
- Identificar os aparatos disponíveis na política pública, sua legislação e o contexto histórico em que o fenômeno ocorre.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 TIPO DE PESQUISA

O presente estudo consistiu em uma abordagem descritiva e transversal, de abordagem quantitativa.

### 4.2 CENÁRIO DE ESTUDO

O trabalho foi realizado no CAPSi Estação Vida que fica localizado na Praça Adriano de Oliveira, sem número, Bairro São José, em Barbacena, Minas Gerais. Ele é o único nesse modelo tanto na cidade quanto nos municípios fronteiriços. Foi fundado nos parâmetros da Portaria nº 336/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2002, que regulamenta o funcionamento dos CAPS, e inaugurado no dia 14 de fevereiro de 2019.

O dispositivo foi batizado como “Estação Vida Dr. Mauro Borgo”. O primeiro termo faz referência ao local onde se encontra o Centro, ao lado da estação ferroviária do município. Estação Vida busca aludir à ideia de um local por onde se passa para buscar saúde e também de onde se parte para um novo rumo. Dr. Mauro Borgo (11/08/1947-03/01/2019) foi um neurologista e cirurgião barbacenense, escolhido para ser homenageado pela prefeitura.

O amplo espaço conta com uma sala de acolhimento onde os usuários geralmente são recebidos em seu primeiro atendimento. Há também 4 outras salas de atendimento, uma recepção, um posto de enfermagem equipado com armário de medicações, uma maca, uma brinquedoteca com biblioteca, uma sala para reuniões em grupo com 3 sofás e uma TV, uma sala de reunião de equipe, um quarto para armazenamento de materiais, uma cozinha, um refeitório, uma área externa com mesa de jantar, pátio, jardim, horta e 3 banheiros. Ainda no espaço encontra-se a sede da coordenação de saúde mental do município, composta de 3 cômodos.

A equipe do CAPSi, excluindo os funcionários da coordenação de Saúde Mental, foi constituída por um coordenador, um supervisor clínico, técnicos de referência, sendo eles 3 psicólogos, 1 enfermeira e 1 assistente social; e técnicos de apoio, 1 médico psiquiatra



especialista em infância e adolescência, 3 técnicas de enfermagem, 2 auxiliares administrativas e 1 auxiliar de serviços gerais. Além desses membros, também havia 3 porteiros. No decorrer de 1 ano, a equipe pôde contar também com um médico generalista. Esses profissionais se reuniam 1 vez por semana para reunião de equipe, onde eram estudados temas pertinentes à clínica e ao processo de trabalho. Também uma vez por semana na supervisão clínica, o psiquiatra da infância e adolescência e os técnicos de referência se encontravam para supervisão dos casos em andamento no serviço. A pluralidade de saberes se mostrou fundamental na construção do olhar integral ao sujeito e à oferta de assistência de excelência aos usuários.

Uma vez ao mês foi feita a “Parada Obrigatória”, onde a rede de saúde mental inteira se encontrava com os diversos dispositivos de saúde, educação, assistência social, entre outros, para uma reunião. Esporadicamente eram realizados encontros com especialistas para discussão de temas específicos de interesse da equipe.

A rede de saúde mental contava com carros da prefeitura municipal para se deslocar no território para atendimentos domiciliares, reuniões e outras demandas que o dispositivo venha a ter.

Os usuários do serviço eram crianças e adolescentes (0-18 anos) e seus familiares ou guardiões. A chegada ao serviço acontecia de 2 formas, principalmente: demanda espontânea ou por encaminhamentos. A demanda espontânea, prevista na Portaria normativa dos CAPS, classifica, no artigo 4, o serviço como porta de entrada para o SUS, com “capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial” (BRASIL, 2002a). Além disso, exige-se que todos aqueles que buscam o serviço sejam acolhidos em suas demandas e recebam atendimento ou sejam encaminhados para o dispositivo que possa saná-las.

Os encaminhamentos aconteciam de diversas formas, que eram das seguintes instituições: escolas ou órgãos da educação, conselho tutelar, órgãos da justiça, hospitais, clínicas de saúde da família, Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), Centro de Atenção Especializado da Assistência Social (CREAS), ambulatórios, Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) e clínicas particulares.

Os usuários recebiam diversas modalidades de atendimento, conforme previsto para o funcionamento dos CAPSi. A decisão quanto a quais formas seriam empregadas era determinada a partir do Projeto Terapêutico Singular (PTS), desenvolvido pelo técnico de referência daquele caso, em conjunto com o usuário, sua família e os demais membros da equipe.

### 4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

O estudo foi composto por prontuários de usuários entre 0 a 18 anos atendidos no CAPSi da cidade de Barbacena, Minas Gerais, Brasil, no período de 26/02/2019 a 26/02/2020.

### 4.4 INSTRUMENTOS E COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados a partir dos prontuários do CAPSi entre 02/01/2021 e 02/02/2021, usando ficha padronizada em anexo, a qual foi desenvolvida pelo pesquisador a partir de discussões com a equipe do CAPSi e revisada por eles.

As variáveis do estudo foram divididas em três grupos: sociodemográficas, educacionais (variáveis preditoras) e relacionadas à assistência em saúde mental (variáveis de desfecho). As variáveis sociodemográficas foram: idade (posteriormente categorizada em infância - 0 a 11; e adolescência - 12 a 18 anos), sexo, cor da pele declarada pelo responsável legal, estrutura familiar, inserção em serviço de proteção e recebimento de benefício.

As variáveis educacionais foram: presença de relatório escolar, ano escolar, ano escolar esperado, evasão escolar, tipo de escola (municipal, estadual, federal e privada), escola de tempo integral ou turno único, professor de apoio, sala de recurso, projeto educacional singular e administração de medicamentos na escola.

Em relação ao campo de saúde mental, foram consideradas a queixa principal (posteriormente categorizada em grupos de demandas afins), a modalidade de atendimento oferecida (atendimento de grupo, individual, de família, e rede), tratamento medicamentoso, número de medicamentos utilizados, tempo de uso dos medicamentos e o número médio de consultas em 1 ano.

### 4.5 ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Este estudo, de caráter quantitativo, teve inicialmente uma análise descritiva das variáveis. As diferenças na distribuição das variáveis sociodemográficas e educacionais, em relação às variáveis relacionadas à assistência em saúde mental, foram avaliadas através de suas

médias e valores absolutos para fins de comparação. Os dados foram organizados em tabelas de acordo com cada categoria.

Os resultados do trabalho foram apresentados em forma de dois artigos. O primeiro artigo apresentou os resultados da caracterização sociodemográfica do perfil dos jovens encaminhados ao CAPSi, e o segundo artigo abordou as características da demanda escolar ao centro, bem como as principais motivações, queixas e tratamentos utilizados.

#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Todos os dados foram coletados apenas a partir de registros secundários (prontuários). Portanto, a realização do presente projeto envolveu a exposição de riscos mínimos aos participantes que foram investigados. A equipe de pesquisadores envolvidos no projeto assegurou o compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados, preservando integralmente o anonimato, a imagem e a não estigmatização do indivíduo ao qual o prontuário estudado se referia. Ressalta-se que a utilização das informações provenientes dos registros médicos foi devidamente autorizada pela direção do serviço de saúde incluído no estudo e foram totalmente confidenciais para todos os casos, sendo utilizadas estritamente para fins científicos. Os dados foram coletados em fichas padronizadas que receberam uma codificação própria, o que impediu a identificação dos prontuários da pesquisa.

O projeto, aprovado devidamente pelo CEP (Certificado de Apresentação de Apreciação Ética 40076620.5.0000.5147) concedeu à pesquisa dispensa de TCLE pelas seguintes justificativas: “Trata-se de pesquisa retrospectiva com uso de prontuários e sigilo absoluto dos dados. O acesso aos dados registrados em prontuários de pacientes ou em bases de dados para fins da pesquisa científica será feito somente após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética”.

O acesso aos dados foi supervisionado por uma pessoa que estava plenamente informada sobre as exigências de confiabilidade. Assegurou-se o compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados, preservando integralmente o anonimato e a imagem do sujeito, bem como a sua não estigmatização.

O pesquisador responsável estabeleceu salvaguardas seguras para confidencialidades dos dados de pesquisa. Os dados obtidos na pesquisa foram usados exclusivamente para

finalidade prevista no protocolo. Os dados obtidos na pesquisa somente foram utilizados para o projeto vinculado.

A aplicação do TCLE inviabilizaria a possibilidade de execução desta pesquisa pelas seguintes razões: 1 - tamanho da amostra (aproximadamente 520 prontuários), que se reduziria pela possibilidade de não conseguir contactar a todos, prejudicando, assim, a formação do panorama geral da situação e a construção fiel do perfil daqueles que buscaram o serviço; 2 - a especificidade dos Centros de Atenção Psicossocial, que são uma porta de entrada no SUS, portanto, recebendo, além de encaminhamentos, demandas espontâneas. Com finalidade de pesquisa, não seria possível realizar busca ativa e contactar todos aqueles que estiveram no serviço durante o período a ser estudado, pois poderia acarretar em reabertura de demandas sanadas, abandonadas ou encaminhadas a outros serviços; 3 - o CAPSi não autorizou o pesquisador a contactar as famílias que utilizaram o serviço no período proposto pelo estudo.

## **5 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados e discussão foram apresentados sob a forma de artigos, conforme a seguir:

### **Artigo 1: Perfil Sociodemográfico e Demandas em Saúde Mental dos usuários de um CAPSi em Barbacena - Minas Gerais (Brasil)**

Este artigo respondeu aos seguintes objetivos: analisar a demanda e conhecer o perfil sócio-demográfico de crianças e adolescentes atendidos no CAPSi Estação Vida, em Barbacena (MG), no período de 12 meses; caracterizar as demandas de saúde mental da infância e adolescência recebidas no CAPSi; analisar o perfil dos usuários do CAPSi.

### **Artigo 2: Demanda escolar em saúde mental de crianças e adolescentes: experiência de um CAPSi**

Este artigo respondeu aos seguintes objetivos: analisar a demanda e conhecer o perfil sócio-demográfico de crianças e adolescentes atendidos no CAPSi Estação Vida, em Barbacena (MG), no período de 12 meses; analisar quais são os fatores que levam a escola a solicitar os serviços de saúde mental.

## ARTIGO 1 - Perfil Sociodemográfico e Demandas em Saúde Mental dos usuários de um CAPSi em Barbacena - Minas Gerais (Brasil)

### RESUMO

A assistência pública em saúde mental de crianças e adolescentes no Brasil é orientada pela estratégia dos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi). O perfil dos usuários desse dispositivo varia de acordo com a realidade local e precisa ser conhecido para a melhoria de estratégias de atendimento. O objetivo do estudo foi caracterizar o perfil sociodemográfico e demandas em saúde mental dos usuários de um CAPSi de uma cidade de médio porte no Sudeste do Brasil. A população do estudo foi constituída de usuários do CAPSi com idade entre 0 a 18 anos atendidos em uma cidade de médio porte no interior de Minas Gerais, Brasil, no período de 26/02/2019 a 26/02/2020. Foram analisadas variáveis sociodemográficas e relacionadas à assistência em saúde mental coletadas em prontuários de 515 usuários do serviço. A média de idade dos usuários do CAPSi foi 11,15 anos. Entre as crianças, a maioria era do sexo masculino, enquanto entre adolescentes, esta relação se inverteu. Foi encontrado maior prevalência de adolescentes (51,80%) e em relação a cor da pele, pardos (46,88%). Em 52,71% havia três ou quatro pessoas no mesmo domicílio, cuja figura familiar mais presente foram as mães (81,04%) enquanto a presença do pai em casa foi de 35,21%. A renda média foi de 0,56 salários mínimos por pessoa no domicílio, sendo inferior naqueles pardos e pretos. A principal queixa para atendimento foi problemas no comportamento (58,06%) e a principal procedência de encaminhamentos foi a escola (35,4%). No ano do estudo 38% dos usuários encontrava-se em uso de alguma medicação, sendo que 37,46% já haviam sido medicados previamente ao acolhimento no CAPSi. Os antipsicóticos foram os mais prescritos (19,42%). Os usuários receberam uma média de 12,32 atendimentos da equipe do CAPSi e 13,22% faziam acompanhamento paralelo em outros serviços de saúde. Foi encontrado incompletude de alguma informação na maioria dos prontuários, sendo notória a ausência de informação sobre recebimento de benefícios como BPC e Bolsa Família (97,67%) e religiosidade (54,76%). Grande parte dos usuários apresentam demandas que refletem suas condições sociais desfavoráveis o que explicaria, em parte, o movimento de busca por psicologização e medicalização dessas questões. Portanto, há necessidade de abordagem integrada e em rede dos diferentes setores como saúde, assistência social, conselho tutelar, escolas e demais dispositivos em situação de corresponsabilização. São necessárias políticas públicas em todos os níveis que visem assegurar os direitos fundamentais da população como renda suficiente para questões básicas, alimentação adequada, condições de moradia, educação inclusiva e que contemple necessidades específicas, acesso e garantia de assistência em saúde, promoção de esportes, lazer e cultura além de fortalecimento do vínculo familiar e comunitário. Em razão de entender e responder a essas questões, toda a rede deve conhecer o perfil da população e trabalhar de forma integrada para prevenir o adoecimento e ofertar o cuidado necessário a estes sujeitos.

**Palavras-chave:** Serviços de saúde mental; Criança; Adolescência; Epidemiologia; Perfil de saúde; CAPSi

## INTRODUÇÃO

A assistência pública em saúde mental de crianças e adolescentes no Brasil tem se orientado desde 2001 pela estratégia dos CAPSi que, segundo o Ministério da Saúde (2002), é um serviço de “atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes gravemente comprometidos psicologicamente, incluindo portadores de autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais”.

Segundo estimativa do IBGE (2021) cerca de 70 milhões de habitantes do Brasil são crianças e adolescentes (33% da população) das quais 12% possuem algum transtorno mental com prejuízo funcional (Fatori, Graeff-Martins, 2016). No que tange a Saúde Mental dessa população, é notório que a inserção no processo da Reforma Psiquiátrica foi tardia e até o fim do século XX não havia política pública que contemplasse essa faixa etária (COUTO; DELGADO, 2015), visto que essa reforma olhou principalmente para os adultos e manicômios, enquanto as crianças portadoras de sofrimento mental estavam em abrigos filantrópicos e foram negligenciadas.

No Brasil, estima-se que milhões de crianças e adolescentes apresentam algum tipo de sintoma psicopatológico e não são diagnosticados nem tratados adequadamente. O descuido desses casos pode levar inclusive a morte, pois segundo a OMS o suicídio é responsável por uma das três principais causas de morte nessa faixa etária (WHO, 2003). Além disso, alguns fatores socioeconômicos podem agravar esses problemas de saúde mental (ASSIS; AVANCI; OLIVEIRA, 2009) e o Brasil sendo um país em desenvolvimento apresenta parcela importante da sua população em situação de vulnerabilidade social.

O Município de Barbacena está situado na região sudeste de Minas Gerais e ficou conhecido como a “cidade dos loucos” devido à sua história manicomial. Ali foi instalado, em 1903, o Hospital Colônia, um dos maiores hospícios da história do país, que recebia de todos os lugares pessoas para serem internadas e foi palco da trágica morte de mais de 60 mil pessoas (CASTRO, 2015). Desses internos, destacam-se os quase esquecidos meninos das Oliveiras, 33 crianças e adolescentes do hospital psiquiátrico da cidade de Oliveira (MG), fechado nos anos 1970. Esses jovens foram levados ao Hospital Colônia, mantidos ali junto com os adultos e sofrendo maus-tratos. (ARBEX, 2011).

Barbacena vem enfrentando seu passado como ponto importante da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica no Brasil criando um robusto sistema de substituição

à internação hospitalar para aqueles que sofrem de adoecimento psíquico. O contexto sociocultural e as principais demandas da população usuária dos CAPSi ainda precisam ser mais exploradas. A maioria dos estudos se refere à atenção de adultos e estão concentrados nos grandes centros (PAULA, 2010).

Considerando a insuficiência de assistência à saúde mental para crianças e adolescentes no país, em parte devido à carência da infraestrutura atual da rede pública, torna-se fundamental compreender as principais demandas e as características da população que acessa os serviços de saúde mental infantojuvenil (FLEITLICH, 2005).

O objetivo deste estudo foi investigar o perfil socioepidemiológico dos usuários de um CAPSi em uma cidade do interior do Brasil, bem como as principais demandas por serviço de saúde mental a fim de facilitar os estudos que buscam estratégias para políticas públicas voltadas ao atendimento em saúde mental desse público.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo e descritivo, realizado a partir da análise de prontuários. A população do estudo foi constituída de todos 522 usuários que procuraram o CAPSi da cidade de Barbacena (Minas Gerais, Brasil), com idades entre 0 a 18 anos no período de 26/02/2019 a 26/02/2020.

Segundo dados do IBGE de 2017, a cidade conta com população estimada de 136.689 habitantes. A Secretaria Municipal de Saúde conta com uma rede de atendimento composta por 25 equipes de Estratégias de Saúde da Família, distribuídas em 22 Unidades Básicas de Saúde, uUm CAPS III, um CAPSad III, 25 Residências Terapêuticas e um CAPSi, que foi criado em fevereiro de 2018. O CAPSi contava, no ano do estudo, com uma equipe multiprofissional formada por 12 profissionais (5 técnicos de referência - incluindo psicólogo, assistente social e enfermeiro; 5 técnicos de apoio - incluindo médico generalista, psiquiatra da infância e adolescência e técnico de enfermagem; 1 funcionário administrativo; 1 funcionário de serviços gerais).

O recrutamento dos casos foi realizado a partir de prontuários físicos multiprofissionais (o CAPSi não conta com sistema informatizado de prontuários), que incluem registros feitos por médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros e técnicos de enfermagem. A coleta das informações dos usuários foi efetuada por meio de busca ativa com utilização de ficha



padronizada, previamente testada. Dos prontuários analisados, sete não continham pelo menos 50% das informações buscadas e foram excluídos por incompletude.

As variáveis do estudo foram divididas em dois grupos: sociodemográficas e relacionadas à assistência em saúde mental. Foram consideradas as seguintes variáveis sociodemográficas: idade (infância - 0 a 11 e adolescência - 12 a 18 anos); sexo; cor da pele; renda; estrutura familiar; número de pessoas no domicílio; religião; inserção em serviço de proteção; recebimento de benefício (Bolsa Família, BPC).

Em relação ao campo de saúde mental, foram consideradas a queixa principal (posteriormente categorizada em grupos de demanda afins); a modalidade de atendimento oferecida (atendimento de grupo; individual; familiar; e rede); tratamento medicamentoso no ano do estudo; número de medicamentos utilizados; tempo de uso dos medicamentos; acompanhamento e tratamento medicamentoso prévios ao acolhimento; e o número médio de consultas em 1 ano. A análise descritiva das variáveis foi realizada utilizando o programa Microsoft Excel.

## RESULTADOS

A idade média dos usuários do CAPSi foi 11,15, variando de 2 a 17 anos. Destes, 48,16% eram crianças (248) e 51,84% adolescentes (267). A maioria observada era do sexo masculino entre as crianças (55,25%), e do sexo feminino entre adolescentes (61,36%). Com relação ao registro de cor de pele, a maior porção correspondia a indivíduos pretos e pardos (14,32% e 46,88%, respectivamente). Os detalhes estão exibidos na tabela 1.

<b>Características Sociodemográficas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Idade</b>		
Criança (0-11 anos)	248	48,16
Adolescente (12-18 anos)	267	51,84
<b>Sexo</b>		
Masculino	295	57,28
Feminino	220	42,72

**Raça (cor da pele autodeclarada)**

Branca	149	38,8
Parda	180	46,88
Preta	55	14,32

Tabela 1 - Características sociodemográficas da população atendida no CAPSi de Barbacena 2019-2020 (N=515). Fonte: autor (2021)

Com relação a renda *per capita*, a média das famílias foi de R\$558,88 (56% do salário-mínimo em 2019) e variou de acordo com a cor de pele, sendo nos autodeclarados brancos 65% do salário mínimo, dos pardos de 53%, e dos pretos de 49%. Em relação ao número de habitantes no domicílio, a maioria das casas (52,71%) possui três ou quatro habitantes (Tabela 2).

<b>Número de salários por família</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
1	103	30,12
2	144	42,11
3	75	21,93
4 ou mais	20	5,85
informação ausente	173	33,59
<b>Número de pessoas por casa</b>		
2 pessoas	74	15,42
3 pessoas	117	24,38
4 pessoas	136	28,33
5 pessoas	87	18,13
6 pessoas ou mais	66	13,75
Informação ausente	35	6,79

Tabela 2 - Salários-Mínimos por Família e Número de pessoas por Domicílio da população atendida no CAPSi de Barbacena 2019-2020 (N=515). Fonte: autor (2021)

Quanto à composição familiar, 81,04% (389) dos participantes tem mãe presente no domicílio e somente 35,21% (169) possui pai presente. 13,33% não conviviam nem com pai,

nem com mãe presentes. Todos os resultados sobre número de familiares no domicílio estão na tabela 3.

<b>Familiares presentes no domicílio</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Mãe e pai	142	29,58
Mãe	389	81,04
Pai	169	35,21
Avós	90	18,75
Mãe e irmãos	136	28,33
Pai e irmãos	12	2,5
Mãe e pai ausentes	64	13,33

Tabela 3 - Familiares Presentes no Domicílio da população atendida no CAPSi de Barbacena 2019-2020. Fonte: autor (2021)

Dentre os prontuários analisados, 21,44% (110) dos usuários do serviço faziam uso de serviços de proteção social e 13,22% (67) casos foi encontrada utilização de outros serviços como APAE, ambulatórios e outros serviços de saúde (Tabela 4).

<b>Serviços de proteção</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Conselho Tutelar	67	13,06
CRAS	31	6,04
CREAS	26	5,07
Promotoria	2	0,39
Dois ou mais	19	3,7
<b>Outros serviços de saúde</b>		
FHEMIG	23	4,47
APAE	20	3,89
Serviços particulares	13	2,53
Outros serviços de saúde	12	2,33

Tabela 4 - Utilização de Outros Serviços pela população atendida no CAPSi de Barbacena durante os anos de 2019-2020. Legendas: CRAS – Centro de Referência de Assistência Social; CREAS – Centro de Referência Especializado em Assistência Social; APAE – Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais; FHEMIG – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Fonte: autor (2021).

A procedência desses usuários é apresentada na tabela 5 e mostra que a maioria, 35,4%, foi ao CAPSi por indicação de suas escolas, seguida de demanda espontânea (28,82%) e da atenção básica (10,82%).

<b>Encaminhamentos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Escola	183	35,40
Demanda Espontânea	149	28,82
Atenção Básica	56	10,82
Assistência Social	29	5,61
Conselho Tutelar	25	4,84
Ambulatórios	24	4,64
Hospital	14	2,71
Profissional Particular	9	1,74
CAPS TM	8	1,55
APAE	4	0,77
CAPS AD	3	0,58
Justiça	3	0,58
Outros	6	1,16
Sem Informação	2	0,38

Tabela 5 - Procedência dos Usuários para Acolhimento no CAPSi de Barbacena 2019-2020. Fonte: autor (2021).

Sobre o tratamento com uso de medicamentos e acompanhamento prévio, foi encontrado que quase metade, 48,73%, já havia feito algum tipo de acompanhamento em saúde mental e 37,46% já havia sido medicado previamente ao acolhimento no CAPSi (Tabela 6).

<b>Tratamento medicamentoso prévio</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Médico particular (neurologista ou psiquiatra)	93	18,06
FHEMIG	42	8,15
CAPS	32	6,21

APAE	20	3,88
Outros	6	1,16
<b>Acompanhamento prévio</b>		
Neurologista	94	18,25
Psiquiatra	90	17,47
Psicólogo	64	12,43
Outros	3	0,58

Tabela 6 - Tratamento Medicamentoso e Acompanhamento Prévios ao Acolhimento no CAPSi de Barbacena 2019-2020. Legendas: APAE – Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais; CAPS – Centro de Atenção Psicossocial; FHEMIG – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais Fonte: autor (2021).

Durante o ano de estudo, 38% dos participantes utilizaram psicofármacos, sendo mais frequente os antipsicóticos (19,42%), como mostra a tabela 7. Dos 115 prontuários em que foram possíveis foi possível avaliar o tempo de utilização da medicação ao longo da vida, a média de tempo de uso foi de 12 meses, (Tabela 8). Vale ressaltar que algumas crianças tomaram mais de uma medicação ou trocaram de medicação ao longo do tempo estudado.

<b>Tempo de uso dos medicamentos (meses)</b>	
Média	23,5
Mediana	12
Máximo	108
Mínimo	1

Tabela 7 - Tempo de Uso de Medicamentos em Meses pela população do CAPSi de Barbacena 2019-2020. Fonte: autor (2021)

A população total teve em média 12 atendimentos no período estudado (Tabela 9), sendo essa maior entre adolescentes (13,52). Esses atendimentos foram categorizados como individual, familiar, territorial, em rede e em grupo onde as crianças receberam mais atendimentos familiares e os adolescentes mais atendimentos individuais. Vale ressaltar que muitos usuários da rede de saúde que passaram por atendimento não permaneceram em acompanhamento no serviço (87 usuários tiveram 1 ou 2 atendimentos e abandonaram o acompanhamento ou foram encaminhados a outros serviços).

Atendimentos	Faixa etária		Sexo	
	0-11	12-17	Feminino	Masculino
Individual	4,79	6,86	6,18	5,63
Familiar	5,39	5,06	5,18	5,25
Território	0,05	0,18	0,05	0,16
Rede	0,68	1,03	0,68	1
Grupo	0,34	0,39	0,48	0,28
Total	11,25	13,52	12,56	12,32

Tabela 8 - Média de Atendimentos Categorizados da População do CAPSi de Barbacena, segundo faixa etária e sexo, 2019-2020. Fonte: autor (2021).

As queixas mais frequentes apresentadas pelos usuários e suas famílias foram referentes a problemas com o comportamento (58,06%), Humor (20,19%), problemas escolares (18,06%), ansiedade (6,99%), comportamento de risco (suicídio e automutilação) (6,41%), uso de drogas (5,63%).

Queixas agrupadas	N	%
Comportamental	299	58,06
Humor	104	20,19
Escolares	93	18,06
Ansiedade	36	6,99
Comportamento de risco (suicídio e automutilação)	33	6,41
Uso de substâncias	29	5,63
TEA	13	2,52
Queixas relacionadas ao sono	7	1,36
Quadro psicótico	6	1,16
Abusos sexuais	4	0,78
Outros	29	5,63

Tabela 9 - Queixas principais agrupadas para o acolhimento no CAPSi de Barbacena 2019-2020. Fonte: autor (2021).

## DISCUSSÃO

A média de idade neste estudo foi semelhante a média de 11,1 encontrada por Hoffmann, Santos e Mota (2008) em uma avaliação de 7 CAPSi pelo Brasil e 10,9 por Ronchi e Avellar (2010) em Vitória-ES. A maioria dos usuários eram adolescentes (51,84%) apesar de a porcentagem de crianças no município ser maior (56,67%) (IBGE, 2010). Esse achado foi similar aos 65,03% da casuística de Leitão *et al.* (2020) no CAPSi de Vitória-ES.

O número de usuários do sexo masculino (57,28) correspondeu a maioria, concordante com outros estudos, cujos resultados variaram de 60,8% a 74,2% (DALTRO; MORAES; MARSIGLIA, 2018; DELFINI; DOMBI-BARBOSA; FONSECA; TAVARES, 2009; HOFFMANN; SANTOS; MOTA, 2008; LEITÃO *et al.*, 2020; NASCIMENTO *et al.*, 2014; RONCHI; AVELAR, 2010). Uma possível explicação para este resultado é a maior incidência de sintomas externalizantes como agressividade e hiperatividade entre homens, tornando-os mais propensos a serem encaminhados para serviços de saúde (LEITÃO *et al.*, 2020).

Segundo o IBGE (2010), 60% da população de 0 a 18 anos de Barbacena foi considerada branca, nesse estudo a predominância foi de jovens pretos e pardos. Leitão *et al.* (2020) encontrou maior prevalência de cor declarada parda (36,58%) entre os usuários, achado em concordância com esta casuística. Segundo a revisão da literatura feita por Silva *et al.* (2017) mesmo que a variável raça/cor seja um valioso indicador de desigualdade social, essa caracterização é escassa nos estudos de caracterização daqueles que acessam os serviços de saúde.

Segundo o IBGE, o rendimento domiciliar per capita médio do estado de Minas Gerais em 2019 era de R\$1.357,59 (1,35 salários mínimos). Sendo assim, a renda per capita média dos usuários do CAPSi era de menos da metade do rendimento calculado para o estado de Minas Gerais. Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (2019), 64,7% dos usuários do Atenção Primária à Saúde tinham renda domiciliar per capita inferior a um salário mínimo. Leitão *et al.* (2020) relata que baixa renda e situações de extrema vulnerabilidade social fazem parte da realidade de parcela dos usuários de um CAPSi.

A situação de vulnerabilidade socioeconômica é uma realidade dos lares de jovens com transtornos, pois segundo Daltro, Moraes e Marsiglia (2018) 85,9% dos cuidadores principais de crianças e adolescentes com transtorno mental abandonam o trabalho para se dedicar à função de cuidador em tempo integral. Nascimento *et al.* (2014) concluiu que 40,2% dos cuidadores principais não trabalhavam e 37,9% estavam somente em trabalhos informais. Essa pode ser uma importante razão para explicar a baixa renda per capita no domicílio.

Comparando o número de habitantes por domicílio dos participantes deste estudo e da população de Barbacena, é notado que a maioria dos participantes habita em casas compostas por três ou quatro pessoas, enquanto no município é observado que a maioria das habitações é composta por duas (28,05%) e três pessoas (31,62%) (IBGE, 2010). Logo, essa população encaminhada ao centro vive em condições abaixo da média da cidade.

Em relação à estrutura familiar, segundo o Censo 2010 de Minas Gerais, cerca de 50,40% dos domicílios contam com a presença de mãe e pai, enquanto neste estudo o valor foi cerca de 30,0% (142), semelhante ao encontrado por Nascimento *et al.* (2014) 36,4%. Observou-se uma taxa elevada de mães solteiras neste estudo (próximo a 30%), se comparado com os dados totais de Minas Gerais (cerca de 13,70%), segundo o IBGE, mais uma vez corroborando que a população com problemas de saúde mental encaminhadas ao CAPSi vive em condições abaixo da média para do estado.

É notável a ausência do pai no domicílio, presente em apenas 35,21%. Em relação a proporção de pais solteiros, o estado de Minas Gerais também segue o padrão, com apenas 1,95% dos domicílios compostos por pai e filho e 0,53% compostos por pai, filho e outros parentes. Daltro, Moraes e Marsiglia (2018) apontam em seu estudo que dos 81,3% dos cuidadores dessas crianças e adolescentes inseridas no CAPSi que tiveram alteração na vida conjugal, 98,1% referem mudança para pior e que 75% das famílias estudadas eram de estilo monoparental. Segundo Bolsoni-Silva e Vilas-Boas (2009), as crianças que vivenciam o divórcio dos pais são mais vulneráveis a dificuldades em curto e longo prazo. Dessa forma, estão mais predispostas a desenvolver depressão, ansiedade, dificuldade de aprendizagem, agressividade e outros transtornos mentais.

Em relação a ter avós em casa, os avós muitas vezes estes acabam se tornando os responsáveis pelo cuidado direto, entretanto a presença no domicílio não é necessariamente prejudicial à autoridade parental quando há bom relacionamento (NASCIMENTO *et al.*, 2014).

Análise referente a religião e benefícios não foi estudada devido ausência de informações em mais de 50% dos prontuários.

A principal procedência dos usuários foi de escolas. Crianças e adolescentes supostamente indisciplinadas e/ou desinteressadas têm sido apontadas como um dos principais motivos para a alta demanda dos serviços dos CAPSi. Na medida em que não se reflete sobre os motivos para o fracasso escolar, os CAPSi constituem via para a obtenção de diagnóstico em saúde mental daquelas crianças tidas como inadequadas o que, muitas vezes, resulta em medicalização (BELTRAME; BOARINI, 2013; MARÇAL; SILVA, 2016).



Alguns levantamentos indicam que até 60% dos usuários do CAPSi procuraram o serviço com queixas referentes a problemas escolares (BELTRAME; BOARINI, 2013; FERNANDES; MATSUKURA, 2015). Em estudos feitos em Vitória-ES as escolas foram responsáveis pelo encaminhamento de somente 7,8% e 2,6% entre os anos de 2007/2008 e 2016/2017, respectivamente (LEITÃO *et al.*, 2020; RONCHI; AVELLAR, 2010). Uma possível explicação é que muitas vezes as escolas encaminham essas crianças e adolescentes para a Atenção Básica e que, embora houvesse uma frequência baixa de encaminhamentos, as queixas referentes ao contexto escolar eram frequentes (LEITÃO *et al.*, 2020).

A demanda espontânea foi a segunda maior fonte de procedência e considerada alta se comparada com outros estudos, onde essa procura fica em torno de 10% (LEITÃO *et al.*, 2020; RONCHI; AVELLAR, 2010). Esse resultado pode representar um indicativo positivo de boa visibilidade do serviço no território (Couto, 2015).

Outros dispositivos municipais também foram relevantes para a chegada desses usuários ao serviço. Essas informações permitem analisar a direção dos vetores de encaminhamento e deverão ser comparadas aos anos seguintes para melhor avaliar a configuração da rede, já que esse estudo tem como delimitação o primeiro ano de implantação do CAPSi no município.

Outros estudos mostram diferentes fontes de encaminhamento, como no estudo de Ronchi e Avellar (2010) onde a Atenção básica foi responsável pela maioria dos encaminhamentos, e isso se deu por encontros frequentes com esses dispositivos e por ser um serviço novo no estado do Espírito Santo, onde os profissionais e a sociedade ainda estavam definindo a porta de entrada. Já no estudo de Delfini *et al.* (2009) apenas 6,8% dos encaminhamentos eram da Atenção Básica e a principal fonte foi o Conselho Tutelar (22,3%) e justificou como encaminhamentos sem queixa e por razão de estarem abrigadas. Mediante a esses dados observa-se o impacto das questões locais na procedência desses usuários e a necessidade de atenção individualizada a cada fonte encaminhadora para ajustamento da rede de cuidados do município.

Com relação ao acompanhamento antes de aderir os serviços do CAPSi, mais da metade encontrava-se assistida em outro dispositivo. Esses valores apontam para a cronicidade de alguns quadros, uso prévio de medicações (mais de um terço o fazia), além de possível inadequação do local de tratamento ou até de insuficiência da Rede de Saúde que veio a ser complementada com a criação do CAPSi, já que 33,34% desses usuários em acompanhamento prévio estavam em serviços privados.

Em relação à média de atendimento de crianças e adolescentes, é notória a diferença entre os atendimentos em domicílio, articulações com as redes de saúde e em grupos com os

demais. Explica-se que, assim como apresentado por Leitão *et al.* (2020), Ronchi e Avellar (2010) e Beltrami e Boarini (2013), muitos profissionais que iniciam seu trabalho em CAPSi desconhecem o funcionamento do serviço e carecem de formação específica. Avaliando que o serviço se encontrava em seu primeiro ano e uma equipe inexperiente, atendimentos em grupo, domiciliar e articulação da rede ficaram prejudicados. A boa articulação de rede e assistência em território podem prover um cuidado menos fragmentado desses usuários.

Quanto às queixas agrupadas, os dados apresentados na tabela Variáveis de Saúde Mental apontam os transtornos de comportamento como maior frequência, independente da idade. Tais achados estão de acordo com Hoffmann, Santos e Mota (2008) em população atendida em 7 CAPSi pelo Brasil. Pode-se dizer que a oferta dos serviços do CAPSi responde às demandas apontadas em estudos de prevalência sobre as queixas principais em saúde mental de crianças e adolescentes brasileiros. Os transtornos comportamentais requerem condução apropriada, dessa forma, é importante a reflexão acerca dos espaços adequados de acolhimento desses jovens, uma vez que atenção em saúde mental na atenção básica está associada com melhor engajamento do paciente e sua família e a redução de estigma. Portanto faz-se necessário o trabalho articulado da Atenção Básica com os serviços de saúde mental infantojuvenil. (GARCIA; SANTOS; MACHADO, 2015). Cabe assinalar, no entanto, a carência de CAPSi e ainda de profissionais especializados e experientes para integrar tais dispositivos.

Em relação às queixas associadas a humor esse é sempre um dado preocupante quando se trata de saúde mental de crianças e adolescentes, pois segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (2020), a depressão é importante causa de incapacitação entre os adolescentes no mundo, chegando a ocupar a 9ª posição nessa lista. Os transtornos emocionais podem trazer grandes prejuízos no funcionamento social e educacional de um adolescente. Eventos como o afastamento de familiares, colegas ou da comunidade podem intensificar o isolamento e a solidão. Além disso, observa-se associação de depressão com o desfecho ainda mais grave, o suicídio.

Sobre o “comportamento de risco” encontrado nesse estudo, diversos eventos são apontados como fatores de risco para o comportamento suicida na infância e na adolescência, como “impulsividade, isolamento social, insatisfação com a imagem corporal, presença de transtornos mentais, bullying, ruptura de relacionamentos afetivos, mau desempenho escolar, estrutura e funcionamento familiar prejudicados” (SILVA, 2019). Apesar de todos esses fatores serem um sinal de alerta, não se deve associar esse fenômeno a um fator isolado. Segundo Bernardes (2015), o CAPSi é espaço adequado de cuidado para crianças e adolescentes que

realizam automutilação, dado o sofrimento psíquico que envolve esse sintoma e a complexidade do atendimento nesses casos .

Embora existam estudos acerca do perfil de usuários de CAPSi, não há uma padronização que possibilite metodologia única, o que dificulta a comparação de dados. Outra limitação é a inexistência de prontuários eletrônicos, que dificulta a coleta de informações e não permite o cruzamento de dados com outros bancos de registros como a rede de assistência do município. O estudo identificou incompletude de informações nos prontuários que apontam para necessidade de melhorias de registro no serviço.

## **CONCLUSÃO**

Grande parte dos usuários do CAPSi de Barbacena apresentam demandas que refletem suas condições sociais desfavoráveis o que poderia explicar, em parte, o movimento de busca por psicologização e medicalização dessas questões. Portanto há necessidade de abordagem integrada e em rede dos diferentes setores como saúde, assistência social, conselho tutelar, escolas e demais dispositivos em situação de corresponsabilização. São necessárias políticas públicas em todas as esferas de governo que visem assegurar os direitos fundamentais da população como renda suficiente para questões básicas, alimentação adequada, condições de moradia, educação inclusiva e que contemple necessidades específicas, acesso e garantia de assistência em saúde, promoção de esporte, lazer e cultura além de fortalecimento do vínculo com a família e com a comunidade. Em razão de entender e responder a essas questões, toda a rede deve conhecer o perfil e as necessidades da população e trabalhar em conjunto para prevenir o adoecimento e ofertar cuidado adequado.

## REFERÊNCIAS

- ARBEX, D. 33 crianças viveram horrores da Colônia. **Tribuna de Minas**, Barbacena, 23 de nov. de 2011. Disponível em: <<https://tribunademinas.com.br/noticias/cidade/23-11-2011/33-criancas-viveram-horrores-da-colonia.html>>. Acessado em 9 de ago. de 2021.
- ASSIS, S. G.; AVANCI, J. Q.; & OLIVEIRA, R. D. V. C. D. Desigualdades socioeconômicas e saúde mental infantil. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, p. 92-100, 2009.
- BELTRAME, M. M.; & BOARINI, M. L. Saúde mental e infância: reflexões sobre a demanda escolar de um CAPSi. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 3, n. 2, p. 336-49, 2013.
- BERNARDES, S. M. **Tornar-se (in) visível: um estudo na rede de atenção psicossocial de adolescentes que se automutilam**. 2015. 123f. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental e Atenção Psicossocial). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.
- BOLSONI-SILVA, A. T.; VILAS BOAS, A. C. V. B. A relação excônjuge e entre pais e filhos após a separação conjugal. *In*: Valle, T. G. M. **Aprendizagem e desenvolvimento humano: avaliações e intervenções**. São Paulo: Ed. UNESP, 2009. p. 155-175.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2002). Relatório final da III Conferência de Saúde Mental, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde.
- Brasil. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Bol Epidemiol.* 2017;48(30): 1-14.
- CASTRO, M. Mais de 60 mil pessoas morreram no maior manicômio do Brasil. **Agência Brasil – Direitos humanos**, Barbacena, 22 de ago. de 2015. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2015-08/mais-de-60-mil-pessoas-morreram-no-maior-manicomio-do-brasil>. Acesso em 20 de set. de 2021.
- COUTO, M. C. V.; & DELGADO, P. G. G. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. **Psicologia Clínica**, v. 27, p. 17-40, 2015.
- DALTRO, M. C.; MORAES, J.; & MARSIGLIA, R. G. Caregivers of children and adolescents with mental disorders: social, family and sexual changes. **Saúde e Sociedade**, v. 27, n. 2, p. 544-555, 2018.
- DELFINI, P. S.; DOMBI-BARBOSA, C.; DA FONSECA, F. L.; TAVARES, C. M.; & REIS, A. O. A. Perfil dos usuários de um centro de atenção psicossocial infantojuvenil da grande São Paulo, Brasil. **Journal of Human Growth and Development**, v. 19, n. 2, p. 226-236, 2009.
- FATORI, D.; GRAEFF-MARTINS, A. S. Epidemiologia dos transtornos mentais de crianças e adolescentes. *In*: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; LYKOUROPOULOS, C. B. **O Capsi e o desafio da gestão em rede**. São Paulo: Ed Hucitec, 2016. p. 39-53.

FERNANDES, A. D.; & MATSUKURA, T. S. Adolescentes no CAPSi: relações sociais e contextos de inserção. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 2, n. 2, p. 216-224, 2015.

FLEITLICH, B. A saúde nos jovens brasileiros: quais são os principais problemas e como podemos ajudar? **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 54, n. 3, p. 168-169, 2005.

GARCIA, G. Y. C.; SANTOS, D. N.; & MACHADO, D. B. Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil no Brasil: distribuição geográfica e perfil dos usuários. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, p. 2649-2654, 2015.

HOFFMANN, M. C. C. L.; SANTOS, D. N.; MOTA, E. L. A. Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 633-642, 2008.

LEITÃO, I. B.; DIAS, A. B.; TRISTÃO, K. G.; RONCHI, J. P.; & AVELLAR, L. Z. Dez anos de um CAPSi: comparação da caracterização de usuários atendidos. **Psicologia USP**, v. 31, 2020.

MARÇAL, V. P.; & SILVA, S. M. A queixa escolar nos ambulatórios públicos de saúde mental: práticas e concepções. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 10, n. 1, p. 121-31, 2006.

NASCIMENTO, Y. C. M. L.; ROSA, L. S.; SOUZA, J. C.; VÉRAS, Y. A. R.; BRÊDA, M. Z.; & TRINDADE, R. F. C. Perfil de crianças e adolescentes acompanhados por um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil. **Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE**, v. 8, n. 5, p. 1261-1272, 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Saúde mental dos adolescentes. 2020. Disponível em <<https://www.paho.org/pt/topicos/saude-mental-dos-adolescentes>>. Acesso em: 30 de abril de 2021.

PAULA, C. T. Perfil epidemiológico dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial na cidade de Recife. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**. v. 2, n. 4, p. 94-106, 2010.

RONCHI, J. P.; & AVELLAR, L. Z. Saúde mental da criança e do adolescente: a experiência do CAPSi da cidade de Vitória-ES. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 12, n. 1, p. 71-84, 2010.

SILVA, L. Suicídio entre crianças e adolescentes: um alerta para o cumprimento do imperativo global. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 32, n. 3, p. 3-4, 2019.

SILVA, N. G.; BARROS, S.; AZEVEDO, F. C. D.; BATISTA, L. E.; & POLICARPO, V. C. O quesito raça/cor nos estudos de caracterização de usuários de Centro de Atenção Psicossocial1. **Saúde e Sociedade**, v. 26, p. 100-114, 2017

World Health Organization. (2003). Caring for children and adolescents with mental disorders: Setting WHO Directions. Geneva: WHO.

## ARTIGO 2 - DEMANDA ESCOLAR EM SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES: EXPERIÊNCIA DE UM CAPSi

### RESUMO

Estima-se que no Brasil até 60% das demandas que levam usuários aos serviços de saúde mental de crianças e adolescentes envolvem problemas escolares. Os CAPSi são dispositivos de atenção a crise e voltados para transtornos mentais graves e/ou persistentes, o que pode levar a incongruência entre queixa e local de tratamento. O objetivo deste estudo foi analisar a experiência de um CAPSi em relação às demandas escolares por saúde mental, incluindo o perfil dos usuários, os principais motivos para encaminhamento e o impacto sobre a educação dos seus usuários. Foram analisados 182 prontuários referentes aos usuários do CAPSi cuja procedência foram as escolas, em Barbacena, cidade de médio porte no interior de Minas Gerais, Brasil, no período de 26/02/2019 a 26/02/2020. Foram analisadas variáveis sociodemográficas, educacionais e relacionadas à assistência em saúde mental. A idade média dos usuários do CAPSi procedentes das escolas foi 9,92 anos, a maioria era crianças (64,29%), do sexo masculino (67,5%), declaradas pardas (51,85%) e católicas (87,91%), estava cursando o ensino fundamental, anos iniciais (51,65%), e era proveniente de escolas estaduais (41,21%). Em relação às demandas em saúde mental, os principais motivos que levaram os usuários a serem levados ao CAPSi foram relacionados ao comportamento (41,47%) e problemas relacionados ao aprendizado (21,66%). Entre mulheres e adolescentes houve um aumento na proporção de queixas depressivas/ansiosas. Sessenta e dois (34,06%) usuários faziam uso de algum psicofármaco, sendo os mais prescritos antipsicóticos e antidepressivos. A patologização do fracasso escolar, sem a reflexão sobre seus reais motivos, distorce as demandas dos CAPSi, gerando desdobramentos na saúde mental e educação dos seus usuários.

**Palavras-chave:** Serviços de saúde mental; Criança; Adolescência; Epidemiologia; Perfil de saúde; Educação; CAPSi

## **INTRODUÇÃO**

Segundo o Ministério da Saúde, os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) são um serviço de “atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes gravemente comprometidos psiquicamente, incluindo portadores de autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais” (Brasil, 2004).

Estima-se que até 60% da demanda por serviços de saúde mental de crianças e adolescentes no país envolvem problemas escolares; demandas que, em geral, não correspondem àquelas definidas pelo Ministério da Saúde (Beltrame, 2013; Fernandes, 2015). O encaminhamento pelas escolas de crianças supostamente indisciplinadas e/ou desinteressadas constitui uma das principais demandas dos serviços dos CAPSi.

Na medida em que não se reflete sobre os reais motivos para o fracasso escolar, os CAPSi constituem via para a obtenção de diagnóstico em saúde mental daquelas crianças tidas como inadequadas o que, muitas vezes, resulta em medicalização (Marçal, 2016; Beltrame, 2013).

Considerando a insuficiência da rede de assistência à saúde mental infantojuvenil no país, em parte devido à carência da infraestrutura atual da rede pública, torna-se fundamental compreender os motivos para esta distorção.

O objetivo deste estudo foi analisar a experiência de um CAPSi em relação às demandas escolares por serviço de saúde mental entre crianças e adolescentes, incluindo o perfil dos usuários, os principais motivos para encaminhamento e o impacto sobre a educação dos mesmos.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo e descritivo, realizado a partir da análise de prontuários de 182 usuários, cuja procedência foram as escolas. Tais sujeitos foram selecionados entre os 522 usuários do CAPSi da cidade de Barbacena (Minas Gerais, Brasil) atendidos no período de 26/02/2019 a 26/02/2020.

O recrutamento dos casos foi realizado a partir de prontuários físicos multiprofissionais (o CAPSi não conta com sistema informatizado de prontuários), que incluem registros feitos por médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros e técnicos de enfermagem. A coleta das informações dos usuários foi efetuada por meio de busca ativa com utilização de ficha padronizada, previamente testada. Dos prontuários analisados, aqueles que não continham pelo menos 50% das informações buscadas (sete prontuários) foram excluídos por incompletude.

As variáveis do estudo foram divididas em três grupos: sociodemográficas, educacionais e relacionadas à assistência em saúde mental. Foram consideradas as seguintes variáveis sociodemográficas: idade (posteriormente categorizada em infância - 0 a 11; e adolescência 12 a 18 anos); sexo; cor da pele, que por se tratar de menores de idade essa variável é declarada pela família; renda familiar; e religião.

As variáveis educacionais foram: ano escolar (posteriormente agrupado em 1-4º ano; 5-9º ano; ensino médio); número de alunos com atraso escolar; anos de atraso escolar; evasão escolar; tipo de escola (estadual; municipal; federal; filantrópica; particular); modalidade da escola (regular; especial; técnica); turno escolar (manhã; tarde; noite; integral); presença ou não de professor de apoio e Sala Recurso; administração de medicação na escola; relatório escolar para encaminhamento ao CAPSi.

Em relação ao campo da saúde mental, foram consideradas a queixa principal (posteriormente categorizadas em grupos de demanda afins: comportamentais; relacionadas ao aprendizado e demandas escolares; hiperatividade e desatenção; depressão e ansiedade; e outros) e tratamento medicamentoso no ano do estudo. A análise descritiva das variáveis foi realizada utilizando o programa Microsoft Excel.

## **RESULTADOS**

Com relação ao perfil dos usuários do CAPSi procedentes das escolas, a média de idade dos prontuários analisados foi de 9,92 anos, com presença de crianças de 3 até adolescente de 17 anos. A maioria dos encaminhados eram crianças (62,29%), sendo 67,5% do sexo masculino e 32,5% do sexo feminino. Mais da metade é considerado pardo (51,85%), seguido por brancos (31,85%) e pretos (16,29%). Com relação a média de salários, a maioria das famílias recebe entre um e dois salários (1,91 salários), sendo essa média maior entre as crianças declaradas brancas (2,33 salários). Os resultados em detalhes estão representados na tabela 1.



<b>Variáveis sociodemográficas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Idade</b>		
Criança	117	64,296
Adolescente	65	35,71
<b>Sexo</b>		
Masculino	123	67,58
Feminino	60	32,97
<b>Raça (declarada pela família)</b>		
Branca	43	31,85
Parda	70	51,85
Preta	22	16,29
<b>Número de salários por família</b>		
1	45	34,35
2	59	45,04
3	22	16,79
4 ou mais	5	3,83
<b>Religião</b>		
Católicos	80	87,91
Evangélicos	11	12,09

Tabela 1 - Distribuição das variáveis sociodemográficas dos usuários provenientes das escolas atendidas no CAPSi de Barbacena 2019-2020 (N=182) Fonte: autor (2021).

Sobre o perfil escolar, 51,65% estavam cursando o ensino fundamental, anos iniciais. As escolas estaduais somavam a maioria das procedências, 41,21%, e quase a totalidade frequentava escolas regulares (92,86%). Todos os dados de perfil escolar estão descritos na tabela 2. Dentre todas as crianças e adolescentes encaminhadas ao CAPSi, constou em prontuário que somente 2,2% possuíam assistência por professor de apoio e 2,47% eram contemplados pelo programa Sala de Recursos. Observou-se 1,65% dos encaminhados fazia uso de medicamentos na escola. Com relação ao atraso escolar, 11,64% apresentavam esse problema com média de 1,62 anos de atraso. Outro dado importante é com relação à evasão escolar, pois 2,47% já havia relatado isso em seu histórico escolar.

<b>Variáveis educacionais</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Ano escolar</b>		
Pré-escolar	18	5,43
Ensino fundamental anos iniciais (1º ao 5º ano)	94	51,65
Ensino fundamental anos finais (6º ao 9º ano)	61	33,52
Ensino médio	9	4,95
<b>Tipo de escola</b>		
Estadual	75	41,21
Municipal	4	2,20
Federal	49	26,92
Filantrópica	53	29,12
Particular	1	0,55
<b>Turno</b>		
Manhã	62	34,07
Tarde	79	43,41
Integral	41	22,53
<b>Modalidade escola</b>		
Regular	169	92,86
Especial	10	5,49
Técnica	3	1,65

Tabela 2 - Distribuição das variáveis educacionais dos usuários provenientes das escolas atendidos no CAPSi de Barbacena 2019-2020 (N=182). Fonte: autor (2021).

Das demandas de saúde mental, as principais registradas que levaram aos encaminhamentos foram relacionadas ao comportamento, 41,47%, o que engloba agressividade, desobediência, comportamento opositor, entre outros. Em seguida, 21,66%, eram atribuídas a problemas de aprendizado e demandas escolares, como dificuldade de leitura e escrita ou baixo rendimento escolar. Hiperatividade e desatenção somaram 11,06% e depressão e ansiedade 8,29%, sendo esse último o único com prevalência no sexo feminino (tabela 3).

<b>Variáveis de Saúde Mental</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Queixas agrupadas</b>		
Comportamental	90	41,47
Aprendizado/escolares	47	21,66
Hiperatividade/desatenção	24	11,06
Depressão/ansiedade	18	8,29
Outros	38	17,51
	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>
<b>Queixas agrupadas</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>
Comportamental	27 (33,7)	63 (45,99)
Aprendizado/escolares	15 (18,75)	32 (23,36)
Hiperatividade/desatenção	6 (7,5)	18 (13,14)
Depressão/ansiedade	10 (12,5)	8 (5,84)
Outros	22 (27,5)	16 (11,68)
	<b>Crianças</b>	<b>Adolescentes</b>
<b>Queixas agrupadas</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>
Comportamental	65 (45,14)	25 (34,25)
Aprendizado/escolares	37 (25,69)	10 (13,70)
Hiperatividade/desatenção	17 (11,81)	7 (9,59)
Depressão/ansiedade	10 (6,94)	8 (10,96)
Outros	15 (10,42)	23 (31,51)

Tabela 3 - Distribuição das queixas principais em saúde mental dos usuários provenientes das escolas atendidos no CAPSi de Barbacena 2019-2020, por sexo e idade (N=182). Fonte: autor (2021).

Dentre todos os usuários, 34,06% faziam uso de algum psicofármaco, sendo que em 3 alunos foi relatado que recebiam medicação na própria escola.. A classe de antipsicóticos representou 35,29% das prescrições e os antidepressivos 29,41%. Do total, 19,78% já fazia uso

de antipsicóticos, 16,48% de antidepressivos e 9,34% de psicostimulantes, 17,03% faziam uso de mais de uma medicação e 65,93% faziam uso de nenhum (tabela 4).

<b>Classes de medicamentos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Antipsicóticos	8	4,40
Antidepressivos	11	6,04
Estimulantes	8	4,40
Outros	4	2,20
Mais de um psicofármaco	31	17,03
Nenhum	120	65,93
Total	182	100,00

Tabela 4 - Distribuição dos psicofármacos prescritos entre os usuários provenientes das escolas atendidos no CAPSi de Barbacena 2019-2020 (N=182). Fonte: autor (2021).

## DISCUSSÃO

Sobre o perfil das crianças e adolescentes encaminhadas pela escola, é comum na literatura encontrar predominância do sexo masculino em atendimentos no CAPSi, com média também acima dos 60%, o mesmo se observa para a média de idade e predominância de crianças (HOFFMANN; SANTOS; MOTA, 2008). Essa predominância do sexo masculino é quase unânime nos estudos e é claro entre os autores a atribuição ao fato de meninos se tornarem mais evidentes por sintomas externalizantes que tornam mais difíceis as relações e aumentam as chances de busca por ajuda (MACHADO *et al.*, 2018).

Quando consideramos os indivíduos declarados pelos responsáveis legais como pretos e pardos o número chega a quase 70% de todas as crianças e adolescentes atendidas no centro por demanda escolar. Esse dado é também comumente encontrado na literatura (NASCIMENTO *et al.*, 2014; CARVALHO *et al.*, 2018). Contudo, Silva *et al.* (2017) destacaram que muitas pesquisas não retratam a cor do perfil dos usuários dos centros de atenção psicossocial e os que fazem não discutem esse resultado, ainda que seja uma evidência de cunho social que merece ter a devida importância nas discussões de saúde mental.

A maioria dos atendimentos foram realizados com crianças e adolescentes provenientes de famílias da classe econômica C e D, principalmente entre aquelas declaradas pretas e pardas. Essa associação entre classe social e saúde mental foi feita por Assis, Avanci e Oliveira (2009), onde relataram que estar em uma família de relações socioeconômicas precárias é, sim, um fator relacionado à competência social precária e problemas de comportamento em crianças. A mesma relação foi observada por Rosa e Campos (2013) na população adulta. Isso pode justificar também a maior incidência de crianças pretas e pardas, estas que são a maioria da população pobre.

O perfil escolar dos prontuários analisados neste estudo também está de acordo em sua maioria com a literatura publicada. Ronchi e Avellar (2010) também observaram maior ocorrência de crianças nos primeiros anos do ensino fundamental, o que está de acordo também com a média da faixa etária encontrada no presente estudo. Estes dados podem estar associados ao fato de os transtornos do comportamento e emocionais aparecerem com maior frequência durante a infância e adolescência.

A maioria das demandas eram de escolas estaduais e praticamente nenhuma era de escolas particulares, esse dado também pode estar atrelado ao fator socioeconômico relacionado a saúde mental infantojuvenil. Outro dado que chama atenção é com relação a presença de professor de apoio e salas de recursos nessas escolas, onde pouco mais de 2% somente contavam com esses recursos, pois é sabido que estes são essenciais para o desenvolvimento e inclusão de crianças com transtornos (BARBOSA; PERES; PRZYLEPA, 2020; LOPES; MARQUEZINE, 2012), isso pode estar associado, também, com os índices de atraso e evasão escolar desses jovens.

O mal desempenho escolar pode estar associado com problemas de saúde mental de crianças e adolescentes. Marturano (2011) investigou crianças que apresentavam queixa escolar e concluiu que, na verdade, 82% possuíam problemas emocionais e comportamentais, como transtornos de ansiedade e sintomas do TDAH, sendo consideradas crianças de risco. Conhecer esses sintomas pode ser muito importante para os professores que têm a oportunidade de identifica-los precocemente e tomar as medidas cabíveis.

Sobre a demanda de saúde mental, quase metade dos encaminhamentos eram relacionados ao comportamento, como agressividade e sintomas do TDAH, assim como de diversos estudos da área, principalmente relacionados ao sexo masculino, como observado por Leitão *et al.* (2020), Machado *et al.* (2014) e Ronchi e Avellar (2010). Leitão *et al.* (2020) também notaram nos prontuários das crianças encaminhadas ao CAPSi que a principal queixa

relacionada as meninas eram sobre automutilação, o que está diretamente relacionada com quadros de depressão.

No que diz respeito ao uso e prescrição de medicamentos, muitos encaminhamentos a esses centros são de escolas motivadas por alunos que apresentam problemas relacionados, de alguma forma, com o aprendizado e seu comportamento no âmbito escolar. Logo, os fármacos são alternativas para o tratamento dessas crianças, pois acredita-se que ajudando-as a se concentrarem e acalmarem o objetivo escolar no ensino-aprendizagem é alcançado. Dessa forma, responsabilizando o aluno pelas falhas nesse processo, ignorando as práticas escolares (BELTRAMI; BOARINI, 2013).

De acordo com Braghini (2016), existem diversos encaminhamentos a partir de escolas por queixas comportamentais onde não há a real necessidade de utilização de fármacos em seus tratamentos, sendo solucionados muitas vezes somente com terapias. Silva e Silveira (2019) constataram que há o uso indiscriminado de psicofármacos, em especial antipsicóticos e estimulantes, em crianças e adolescentes em atendimento em CAPSi, prescritos, muitas vezes a partir de hipóteses ou até mesmo sem diagnóstico, no intuito de atender as demandas escolares.

Outro ponto importante a se destacar é que três crianças estavam recebendo medicação dentro da própria escola, administrado por algum funcionário. O cuidado e responsabilidade de administração das medicações deve ser integralmente dos responsáveis legais ou profissionais de saúde autorizados. Doses erradas, abusos e efeitos colaterais devem ser levados em consideração, assim como a separação dos papéis da educação, saúde e família que são distintos, porém devem estar integrados. Monteschi, Vedana e Miasso (2010) relatam a dificuldade que os próprios familiares muitas vezes têm pela sobrecarga nos excessos de cuidados na administração de medicamentos para pessoas com transtornos. Dificuldades essas que pode ser encontrada até mesmo por profissionais competentes quando se trata de crianças (CHAVES, 2017), o que ainda assim não justificaria a prática encontrada. A singularidade de cada um desses casos deve ser avaliada para a busca de outras alternativas.

## **CONCLUSÃO**

Observou-se que a utilização de psicofármacos para sanar problemas educacionais que podem estar relacionados mais ao fracasso escolar das instituições do que somente aos problemas de saúde mental dos alunos. Ressalta-se a necessidade de criar condições para que

as escolas lidem com estes problemas, como capacitação de profissionais, reestruturação do modelo educacional e atenção às necessidades individuais dos alunos.

A não articulação entre Educação e Saúde Mental favorece a fragmentação e a não responsabilização do cuidado. O comportamento problemático de um aluno na escola deve ser responsabilidade de toda a rede de dispositivos na qual ele está inserido. A partir de um diagnóstico situacional e clínico ações conjuntas devem ser executadas visando resolução da questão. Medidas preventivas e de intervenção precoce também se fazem necessárias para não comprometer o desempenho escolar e o desenvolvimento destas crianças e adolescentes.

A patologização do fracasso escolar, sem a reflexão dos seus reais motivos, distorce as atribuições dos CAPSi, podendo gerar impactos desfavoráveis na saúde mental e na educação desses indivíduos.

## REFERÊNCIAS

- ASSIS, S. G.; AVANCI, J. Q.; & OLIVEIRA, R. D. V. C. D. Desigualdades socioeconômicas e saúde mental infantil. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, p. 92-100, 2009.
- BARBOSA, K. P.; PERES, C. P., & PRZYLEPA, M. O trabalho pedagógico do professor de apoio na inclusão de alunos com transtorno do espectro autista. **Revista Educação Especial em Debate**, v. 5, n. 9, 2020.
- BELTRAME, M. M., & BOARINI, M. L. Saúde mental e infância: reflexões sobre a demanda escolar de um CAPSi. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 33, p. 336-349, 2013.
- BRAGHINI S. **Medicalização da infância: uma análise bibliográfica**. 2016. 98f. Dissertação. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2002). Relatório final da III Conferência de Saúde Mental, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde.
- CARVALHO, C. M. S. M.; DOS SANTOS, L. F. D. M.; SHUBERT, C. O.; RAFAEL, R. D. M. R.; NUNES, A. S. A.; & DE AZEVEDO FORTES, F. D. S. **Ciência Atual–Revista Científica Multidisciplinar do Centro Universitário São José**, v. 12, n. 2, 2018.
- CHAVES, C. M. P. **Administração de medicamentos orais à criança em unidade de acolhimento institucional: avaliação da prática de enfermagem**. 2017. 105f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2017.
- FERNANDES, A. D.; & MATSUKURA, T. S. Adolescentes no CAPSi: relações sociais e contextos de inserção. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 26, n. 2, p. 216-224, 2015.
- FLEITLICH, B. A saúde nos jovens brasileiros: quais são os principais problemas e como podemos ajudar? **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 54, n. 3, p. 168-169, 2005.
- HOFFMANN, M. C. C. L.; SANTOS, D. N.; MOTA, E. L. A. Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 633-642, 2008.
- LEITÃO, I. B.; DIAS, A. B.; TRISTÃO, K. G.; RONCHI, J. P.; & AVELLAR, L. Z. Dez anos de um CAPSi: comparação da caracterização de usuários atendidos. **Psicologia USP**, v. 31, 2020.



LOPES, E.; & MARQUEZINE, M. C. Sala de recursos no processo de inclusão do aluno com deficiência intelectual na percepção dos professores. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 18, n. 3, p. 487-506, 2012.

MARÇAL V. P., SILVA, S. M. A queixa escolar nos ambulatórios públicos de saúde mental: práticas e concepções. **Psicologia Escolar e Educacional**, v.10, n. 1, p. 121-31, 2006.

MARTINS, J.; & BICUDO, M. A. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos**. São Paulo: Ed. Moraes; 1989.

MARTURANO, E. M. Identificação de problemas de saúde mental associados à queixa escolar segundo o DAWBA. **Psico**, v. 42, n. 2, p. 152-158, 2011.

MONTESCHI, M.; VEDANA, K. G. G.; & MIASSO, A. I. Terapêutica medicamentosa: conhecimento e dificuldades de familiares de pessoas idosas com transtorno afetivo bipolar. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 19, p. 709-718, 2010.

NASCIMENTO, Y. C. M. L.; ROSA, L. S.; SOUZA, J. C.; VÉRAS, Y. A. R.; BRÊDA, M. Z.; & TRINDADE, R. F. C. Perfil de crianças e adolescentes acompanhados por um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil. **Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE**, v. 8, n. 5, p. 1261-1272, 2014.

RONCHI, J. P.; & AVELLAR, L. Z. Saúde mental da criança e do adolescente: a experiência do CAPSi da cidade de Vitória-ES. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 12, n. 1, p. 71-84, 2010.

ROSA, L. C. D. S.; & CAMPOS, R. T. O. Saúde mental e classe social: CAPS, um serviço de classe e interclasses. **Serviço Social & Sociedade**, v. 114, p. 311-331, 2013.

SANTOS, P. L. Problemas de salud mental de niños y adolescentes atendidos en un servicio público de sicología infantil. **Psicologia em Estudo**. v. 11, n. 2, p. 315-321, 2006.

SILVA, N. G.; BARROS, S.; AZEVEDO, F. C. D.; BATISTA, L. E.; & POLICARPO, V. C. O quesito raça/cor nos estudos de caracterização de usuários de Centro de Atenção Psicossocial1. **Saúde e Sociedade**, v. 26, p. 100-114, 2017.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As particularidades de uma população que acessa um CAPSi são fundamentais para a execução do trabalho. Esse dispositivo deve acolher a todos que o procuram pela lógica da porta aberta. Procurei entender quem são aqueles que chegam, o que os levou, muito além de CID. Os determinantes sociais tornam -se imperativos nesse trajeto de casa, escola ou onde for, até o CAPSi.

Traçar o perfil dos usuários de um CAPSi foi um trabalho árduo. Entrar em contato com mais de 500 histórias de vida e transforma-las em números foi tarefa desconfortável. Sinto que cada uma merecia ter sua história estudada a fundo, como ocorre em nossa prática cotidiana com a elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares, pois apenas no respeito as individualidades os problemas poderiam ser abordados. Entretanto, ao pensar em saúde pública reconheço a necessidade da escrita dessa dissertação. Ao olhar para o coletivo podemos exigir os instrumentos que apoiam o exercício da profissão, a garantia dos direitos e a possibilidade de atenção às singularidades.

A negligência à saúde mental de crianças e adolescentes é fenômeno histórico não solucionado nas bases da Reforma Psiquiátrica e perdura nos dias de hoje com o subfinanciamento dos CAPSi, a inexistência de mais dispositivos e a marginalização do tema nos debates de saúde pública.

Enquanto criança na raiz da palavra remete ao que não fala, as crianças reais gritam, choram, batem e morrem, expressam seu sofrimento e são sujeitos plenos de direitos. Felizmente encontro no trabalho, na banca dessa dissertação e em alguns pares na vida, os porta vozes e agentes mobilizadores da transformação enquanto os espaços de protagonismo não são conquistados pelos próprios portadores do sofrimento. Acredito que fazemos isso porque também sofremos com eles.

Ao longo dos estudos para essa dissertação e pelos resultados encontrados, ficou ainda mais claro que o CAPSi é um dispositivo fundamental, que tem a potência do olhar integral. A formação multidisciplinar da equipe e as articulações de rede trazem essa possibilidade que reflete em atenção de qualidade ao seu público. Fazer parte desse serviço é um privilégio de aprendizado e trocas constantes, muito distante do isolamento enfrentado em ambulatórios e consultórios. É indispensável a luta em defesa do SUS, com toda sua legislação e dispositivos, para conserva-lo, amplia-lo, melhora-lo e até modifica-lo para que a Saúde seja de fato um direito de todos os cidadãos.

Dentre os entraves do processo destaco aqui a inexperiência do pesquisador, questão que remete a muito antes do CAPSi e perpassa pela formação acadêmica em medicina, o contato com o método científico e o preparo psicológico para a tarefa. Os outros problemas como incompletude de informações dos prontuários, tempo para execução, falta de padronização desses estudos, entre outros, deixo para as instancias responsáveis os discutirem. Saio do processo me sentindo mais preparado e desejoso da próxima pesquisa.

A pressão, auto-imposta, para que esses resultados em algum momento fosse publicados na literatura médica, a qual estou mais familiarizado, não permitiu que eu desenvolvesse a discussão em caminho mais colérico o qual acredito que o assunto demande. Farei esse debate em outros lugares, por enquanto.

Após a coleta dos dados o mundo foi acometido pela pandemia de COVID-19, crianças e adolescentes foram privados do contato social e deixaram de frequentar as escolas, viveram grandes perdas reais e simbólicas. As demandas do serviço mudaram, a apresentação dos transtornos mudou e assim o CAPSi mudou. Esse trabalho fica como registro histórico de um tempo pré pandemia e deverá continuar a ser escrito nessa nova fase.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, M. P. Ascensão e consolidação da psiquiatria biológica norte-americana: uma análise histórica. **Mnemosine**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 227-257, 2015.
- AMARAL, N. C. PEC 241/55: a “morte” do PNE (2014-2024) e o poder de diminuição dos recursos educacionais. **Revista Brasileira de Política e Administração da Educação**, Brasília, v. 32, n. 3, p. 653-673, 2016.
- ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Ed Livros Técnicos e Científicos, 1981.
- BAKHTIN, M. **Marxismo e filosofia da linguagem**. São Paulo: Ed Hucitec, 2006.
- BELTRAME, M. M; BOARINI, M. L. Saúde mental e infância: reflexões sobre a demanda escolar de um CAPSi. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v. 33, n. 2, p. 336-349, 2013.
- BRASIL. **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil**, de 24 de fevereiro de 1891. Rio de Janeiro, 1891.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 5 de outubro de 1988. Brasília, 1988.
- BRASIL. **Constituição dos Estados Unidos do Brasil**, de 10 de novembro de 1937. Rio de Janeiro, 1937.
- BRASIL. **Constituição dos Estados Unidos do Brasil**, de 18 de setembro de 1946. Rio de Janeiro, 1946.
- BRASIL. **Decreto nº 19.402**, de 14 de novembro de 1930. Cria uma Secretaria de Estado com a denominação de Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública. Rio de Janeiro, 1930.
- BRASIL. **Decreto nº 5.626**, de 22 de dezembro de 2005. Regulamenta a Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002, que dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - Libras, e o art. 18 da Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Brasília, 2005b.
- BRASIL. **Lei nº 12.796**, de 4 de abril de 2013. Altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, para dispor sobre a formação dos profissionais da educação e dar outras providências. Brasília, 2013.
- BRASIL. **Lei nº 13.010**, de 26 de junho de 2014. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para estabelecer o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante, e altera a Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Brasília, 2014.
- BRASIL. **Lei nº 8.069**, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. **Lei nº 9.394**, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, 1996.

BRASIL. **Lei nº 9.394**, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, 2005a.

BRASIL. Ministério da Educação. **Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva**. Brasília: MEC, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre as normas e diretrizes para organização dos CAPS. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 2002b.

BRASIL. **Resolução nº 4**, de 2 de outubro de 2009. Institui Diretrizes Operacionais para o Atendimento Educacional Especializado na Educação Básica, modalidade Educação Especial. Brasília, 2009.

CANIVEZ, P. **Educar o cidadão?** Campinas: Ed Papirus, 1991.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013.

CASTRO, C. M. **A culpa é do tataravô**. 2005. São Paulo, 22 de agosto de 2005. Disponível em: <http://arquivoetc.blogspot.com/2005/06/claudio-de-moura-castroa-culpa-do.html>. Acesso em: 24 abr. 2021.

COLLY, V. B. **Descentralização e Diversidade de Resultados na Educação Pública Brasileira**. 2010. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas, Estratégia e Desenvolvimento) - Instituto de Economia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

CONNER, J. O.; POPE, D. C. Not just robo-students: why full engagement matters and how schools can promote it. **Journal of Youth Adolescence**, v. 42, n. 9, 1426-1442, 2013.

COSTA, J. F. **Ordem Médica e Norma Familiar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1983.

COUTO, M. C. V. **Política de saúde mental para crianças e adolescentes: especificidades e desafios da experiência brasileira (2001-2010)**. Tese (Doutorado em Saúde Mental) - Programa de Pós-graduação em Psiquiatria e saúde mental, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

COUTO, M. C. V. Por uma Política Pública de Saúde Mental para crianças e adolescentes. *In*: FERREIRA, T. (Org). **A criança e a saúde mental**: enlaces entre a clínica e a política. Belo Horizonte: Ed. Autêntica, p. 61-74, 2004.

COUTO, M. C. V.; DUARTE, C. S.; DELGADO, P. G. G. A saúde mental infantil na saúde pública brasileira: situação atual e desafios. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 384-389, 2008.

DUARTE, K. L.; SOUZA, E. M.; RODRIGUES, L. Importância e desafios do trabalho em rede entre a escola e um serviço de saúde mental infantojuvenil brasileiro. **Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente**, Lisboa, v. 8, n. 1, 2017.

FERNANDES, A. D.; MATSUKURA, T. S. Adolescentes no CAPSi: relações sociais e contextos de inserção. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 216-224, 2015.

FERRARI, Márcio. **Michel Foucault, um crítico da instituição escolar.**, Rio de Janeiro, 1 de out. de 2008. Disponível em: <https://novaescola.org.br/conteudo/1522/michel-foucault-um-critico-da-instituicao-escolar>. Acesso em: 22 abr. 2021.

FERREIRA, P. V. C. Uma revisão teórica sobre o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e estratégias educacionais de atendimento ao aluno com TDAH. **Revista De Psicologia**, Fortaleza, v. 2, n. 2, p. 57-75, 2011.

FLEITLICH-BILYK, B. A saúde nos jovens brasileiros: quais são os principais problemas e como podemos ajudar? **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 3, p. 168-9, 2005.

FLORES, M. L. R. A construção do direito à educação infantil: avanços e desafios no contexto dos 20 anos da LDBEN. **Revista Contemporânea de Educação**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 24, 2017.

FONSECA, F. F.; et al. As vulnerabilidades na infância e adolescência e as políticas públicas brasileiras de intervenção. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 258-264, 2013.

FREIRE, P.; GADOTTI, M.; GUIMARÃES, S. **Pedagogia**: diálogo e conflito. 4. ed. São Paulo: Ed Cortez, 1995.

GAUDENZI, P.; ORTEGA, F. The statute of medicalization and the interpretations of Ivan Illich and Michel Foucault as conceptual tools for studying demedicalization. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 21-34, 2012.

GLEWWE, P.; KASSOUF, A. L. The impact of the Bolsa Escola/Familia conditional cash transfer program on enrollment, dropout rates and grade promotion in Brazil. **Journal of Development Economics**, v. 97, n. 2, p. 505-517, 2012.

GUIMARÃES, A. C. A.; VERAS, A. B.; CARLI, A. D. Cuidado em liberdade, um encontro entre Paulo Freire e a reforma psiquiátrica. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 10, n. 1, p. 91-103, 2018.

HOFFMANN, M. C. C. L.; SANTOS, D. N.; MOTA, E. L. A. Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 633-642, 2008.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2016 - PNAD**. Rio de Janeiro: IBGE, 2017.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2019 - PNAD**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

INEP - INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. **Sinopse Estatística da Educação Básica 2018**. Brasília: INEP, 2019. Disponível em: <<https://www.gov.br/inep/pt-br/acesso-a-informacao/dados-abertos/sinopses-estatisticas/educacao-basica>>. Acesso em: 1º mar. 2020.

INEP - INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. **IDEB - Resultados e metas**. Brasília: INEP, 2020. Disponível em: <<http://ideb.inep.gov.br/resultado/home.seam?cid=4053277>> Acesso em: 1º mar. 2020.

LEO, J.; COHEN, D. Broken brains or flawed studies? A critical review of ADHD neuroimaging studies. **The Journal of Mind and Behavior**, New York, v. 24, n. 1, p. 29-55, 2003.

MARÇAL, V. P. B.; SILVA, S. M. C. A queixa escolar nos ambulatórios públicos de saúde mental: práticas e concepções. **Psicologia Escolar e Educacional**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 121-131, 2006.

MARTINELLI, S. C.; SCHIAVONI, A. Percepção do aluno sobre sua interação com o professor e status sociométrico. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 26, n. 3, p. 327-336, 2009.

MATOS, M. A. S.; TIRADENTES, R. O.; MENEZES, R. O. Acesso e permanência do aprendiz com autismo no Brasil: marcos teóricos legais que subsidiam esse direito. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 9, n. 10, p. 1-21, 2020.

MEIRA, M. E. M. Para uma crítica da medicalização na educação. **Psicologia Escolar Educacional**, Maringá, v. 16, n. 1, p. 136-142, 2012.

MENDONÇA, M. H. M. **O direito à infância e à adolescência**: a trajetória da Política Social dirigida às crianças e adolescentes no Brasil Republicano. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

MOREIRA, J. A. S.; BARROS, F. P. Financiamento e gestão da educação básica: pressupostos históricos e políticos. **Acta Scientiarum: Education**, Maringá, v. 37, n. 4, p. 437-447, 2015.

MOTTA, Débora. **Uma análise da adolescência ao longo da história**. Rio de Janeiro, 12 de fev. de 2010. Disponível em: <http://www.faperj.br/?id=1654.2.5#:~:text=O%20termo%20%22adolesc%C3%Aancia%22%20vem%20do,recente%20na%20hist%C3%B3ria%20da%20humanidade>. Acesso em: 22 abr. 2021.

OLIVEIRA, W. V. A fabricação da loucura: contracultura e antipsiquiatria. **História, Ciência, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 141-154, 2011.

ORTEGA, F. Deficiência, autismo e neurodiversidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1, p. 67-77, 2009.

PAGNI, P. A. Infância, arte de governo pedagógica e cuidado de si. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 35, n. 3, p. 99-123, 2010.

PEIXINHO, A. M. L. A trajetória do Programa Nacional de Alimentação Escolar no período de 2003-2010: relato do gestor nacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 909-916, 2013.

PUZIOL, J. K. P.; SILVA, A. C. T. Políticas educacionais sob a perspectiva da diferença: a potência queer das escolas no contexto da prática. **Colloquium Humanarum**, Presidente Prudente, v. 17, p. 329-345, 2020.

RIZZINI, I. **O século perdido**: raízes históricas das políticas públicas para infância no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Amais, 1997.

RIZZINI, I.; RIZZINI, I. **A institucionalização de crianças no Brasil**: percurso histórico e desafios do presente. São Paulo: Ed. Loyola, 2004.

RODRIGUES, J. M. C.; ARAGÃO, W. H.; RODRIGUES, S. C. Políticas públicas de educação no Brasil: fracasso escolar, culpabilização dos alunos e inocentização da escola. **Revista online de Política e Gestão Educacional**, Araraquara, v. 21, n. 2, p. 979-1015, 2017.

RONCHI, J. P.; AVELLAR, L. Z. Saúde mental da criança e do adolescente: a experiência do Capsi da cidade de Vitória-ES. **Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, n. 12, v. 1, 71-84, 2010.

SANT'ANA, H. L.; BARBOSA, Priscila M. R. Dando voz às crianças: percepções acerca do papel da dimensão afetiva na atividade pedagógica. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**, Brasília, v. 98, n. 249, p. 446-466, 2017.

SANTOS, F. B. Educação no Brasil: avanços e retrocessos. **Revista Thema**, Pelotas, v. 12, n. 2, p. 40-55, 2015.

SANTOS, K. S. Políticas públicas educacionais no Brasil: tecendo fios. *In*: SIMPÓSIO BRASILEIRO E CONGRESSO IBERO-AMERICANO DE POLÍTICA E ADMINISTRAÇÃO DA EDUCAÇÃO, 25., 2011, São Paulo. **Anais eletrônicos** [...]. São Paulo: Simpósio Brasileiro e Congresso Ibero-Americano de Política e Administração da Educação, 2011, p. 1-13.



SAVELI, E. L.; TENREIRO, M. O. V.; PIRES, M. M. G. B. (Re)Visitando conceitos de infância e educação. **Olhar de professor**, Ponta Grossa, v. 16, n. 1, p. 17-30, 2013.

SCHECHTMAN, A. **Psiquiatria Preventiva: infância e eufrenia**. Dissertação (Mestrado em Medicina Social) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1981.

SIGNOR, R. C. F. **O sentido do diagnóstico de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade para a constituição do sujeito/aprendiz**. 2013. Tese (Doutorado em Linguística) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

SIGNOR, R. C. F.; BERBERIAN, A. P.; SANTANA, A. P. A medicalização da educação: implicações para a constituição do sujeito/aprendiz. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 743-763, 2017.

SIGNOR, R.; SANTANA, A. P. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: implicações para a linguagem escrita. *In*: MOURA, H.; MOTA, M.; SANTANA, A. P. (Orgs.). **Cognição, léxico e gramática**. Florianópolis: Ed Insular, 2013. p. 175-200.

SILVA, L. G. M.; FERREIRA, T. J. F. O papel da escola e suas demandas sociais. **Periódico Científico Projeção e Docência**, Brasília, v. 5, n. 2, p. 6-23, 2014.

THOMAZINHO, G. Efeitos do Bolsa Família nas desigualdades educacionais enfrentadas por seus beneficiários. **Estudos em Avaliação Educacional**, São Paulo, v. 30, n. 73, p. 44-69, 2019.

TRINDADE, A. A.; HOHENDORFF, J. V. Efetivação da Lei Menino Bernardo pelas redes de proteção e de atendimento a crianças e adolescentes. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 10, p. 1-11, 2020.

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Situação das crianças e dos adolescentes no Brasil**. 2018. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/situacao-das-criancas-e-dos-adolescentes-no-brasil>. Acesso em: 23 abr. 2021.

VALLE, J. E.; WILLIAMS, L. C. A. Engajamento Escolar: revisão de literatura abrangendo relação professor-aluno e Bullying. **Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 37, p. 1-13, 2021.

VIEIRA, S. L. A educação nas constituições brasileiras: texto e contexto. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**, Brasília, v. 88, n. 219, p. 291-309, 2007.

VILAÇA, M. M.; PALMA, A. Efeitos colaterais da desmedicalização. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 16, n. 42, p. 863-864, 2012.

ZORZANELLI, R. T.; ORTEGA, F.; BEZERRA JUNIOR, B. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1859-1868, 2014.

## APÊNDICE A

### FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS

#### 1. Sociodemográfico

- DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- IDADE: \_\_\_\_\_

- N de prontuário: \_\_\_\_\_

- BAIRRO: \_\_\_\_\_

UBS: \_\_\_\_\_

- SEXO: (        ) Masculino  
(        ) Feminino

- RAÇA: (    ) BRANCA (    ) PRETA (        ) PARDA  
(        ) AMARELA (    ) INDÍGENA

- ESTRUTURA FAMILIAR (domicílio): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- RENDA FAMILIAR SALÁRIO (domicílio):

(    ) 1 (        ) 4

(    ) 2 (        ) 5

(    ) 3 (        ) Mais. Quanto: \_\_\_\_\_

- SERVIÇOS DE PROTEÇÃO E ASSISTENCIAIS (    ) Sim (    ) Não

(    ) CRAS

(    ) CREAS

(    ) Conselho Tutelar

(    ) Promotoria

(    ) Ministério Público

- OUTROS SERVIÇOS: (    ) Sim (    ) Não

(        ) APAE

(        ) Outros: \_\_\_\_\_

- RECEBE BENEFÍCIOS

(    ) Sim (        ) Não

(    ) LOAS-BPC

(    ) Bolsa Família

(    ) Vale transporte

OUTROS: \_\_\_\_\_

- ESPIRITUALIDADE: (    ) Sim (    ) Não Quais: \_\_\_\_\_

#### 2. Educacional

- RELATÓRIO ESCOLAR: (        ) Sim (    ) Não

- ANO ESCOLAR: \_\_\_\_\_ - ANO ESPERADO: \_\_\_\_\_

- EVADIDO: (    ) Sim (    ) Não

- ESCOLA: \_\_\_\_\_

- (    ) Municipal (        ) Estadual (        ) Federal (    ) Privada (        ) Filantrópica

- MODALIDADE: (        ) Especial (        ) Regular (    ) Regular + Técnico (        ) EJA e outros

- TURNO: (        ) INTEGRAL (    ) MANHÃ (    ) TARDE (        ) NOITE

- PROFESSOR DE APOIO: (    ) Sim (        ) Não

- SALA RECURSO: (        ) Sim (    ) Não

- INTERVENÇÃO PEDAGÓGICA: (        ) Sim (        ) Não

- ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO CONTROLADO NA ESCOLA: (    ) Sim (    ) Não

#### 3. Saúde Mental

**- Encaminhamento:**

- UBS  
 Hospital Regional  
 Ambulatório de Saúde Mental Qual: \_\_\_\_\_ -  
 Escola  
 CRAS  
 CREAS  
 Justiça  
 Demanda Espontânea  
 Conselho Tutelar  
 Outros. Qual: \_\_\_\_\_  
**- Queixa principal:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**- CID 10:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**- MODALIDADES DE ATENDIMENTO**

- Atendimento Individual  
 Atendimento de Grupo  
 Atendimento Familiar  
 Articulação de Rede  
 Visita Familiar  
 Acompanhamento no território  
 Outros: \_\_\_\_\_  
**Total:** \_\_\_\_\_

**- TRATAMENTO MEDICAMENTOSO CONTROLADO:** ( ) Sim ( ) Não

**- INICIADO ANTERIORMENTE AO ACOLHIMENTO:** ( ) Sim ( ) Não

**- ONDE E QUAL:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**- TEMPO DE USO:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**- PASSOU POR TRATAMENTO PRÉVIO**

- Sim ( ) Não  
 Psicólogo  
 Neurologista  
 Psiquiatra  
 Fonoaudiólogo  
 Pediatra:  
 Outros: \_\_\_\_\_

**- REDIRECIONAMENTO PARA OUTRO SERVIÇO:** ( ) Sim ( ) Não

**- QUAL:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_