



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE  
ECONOMIA, SOCIEDADE E POLÍTICA  
(ILAESP)**

**SERVIÇO SOCIAL**

## **O PERFIL DAS CRIANÇAS USUÁRIAS DO CAPSI DE FOZ DO IGUAÇU**

**ALINE RAIANA FERREIRA**

Foz do Iguaçu  
2019



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE  
ECONOMIA, SOCIEDADE E POLÍTICA  
(ILAESP)**

**SERVIÇO SOCIAL**

## **O PERFIL DAS CRIANÇAS USUÁRIAS DO CAPSI DE FOZ DO IGUAÇU**

**ALINE RAIANA FERREIRA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Economia, Sociedade e Política (ILAESP) da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientador: Dra. Juliana Domingues  
(Doutora em Serviço Social)

Foz do Iguaçu

2019

ALINE RAIANA FERREIRA

## **O PERFIL DAS CRIANÇAS USUÁRIAS DO CAPSI DE FOZ DO IGUAÇU**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Economia, Sociedade e Política (ILAESP) da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

### **BANCA EXAMINADORA**

---

Orientador: Prof. Dra. Juliana Domingues  
UNILA

---

Prof. Dra. Maria Geusina da Silva  
UNILA

---

Prof. Me. Elmides Maria Araldi  
UNILA

Foz do Iguaçu, 17 de novembro de 2019.

**TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS**

Nome completo da autora: ALINE RAIANA FERREIRA

Curso: Serviço Social

		Tipo de Documento
<input checked="" type="checkbox"/> graduação	<input type="checkbox"/> artigo	
<input type="checkbox"/> especialização	<input checked="" type="checkbox"/> trabalho de conclusão de curso	
<input type="checkbox"/> mestrado	<input type="checkbox"/> monografia	
<input type="checkbox"/> doutorado	<input type="checkbox"/> dissertação	
	<input type="checkbox"/> tese	
	<input type="checkbox"/> CD/DVD – obras audiovisuais	
	<input type="checkbox"/> _____	

**TÍTULO DO TRABALHO ACADÊMICO: O PERFIL DAS CRIANÇAS USUÁRIAS DO CAPSI DE FOZ DO IGUAÇU**

Nome da orientadora: Dra. Juliana Domingues (Doutora em Serviço Social)

Data da Defesa: 03/10/2019

**Licença não-exclusiva de Distribuição**

O referido autor(a):

a) Declara que o documento entregue é seu trabalho original, e que o detém o direito de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade.

b) Se o documento entregue contém material do qual não detém os direitos de autor, declara que obteve autorização do detentor dos direitos de autor para conceder à UNILA – Universidade Federal da Integração Latino-Americana os direitos requeridos por esta licença, e que esse material cujos direitos são de terceiros está claramente identificado e reconhecido no texto ou conteúdo do documento entregue.

Se o documento entregue é baseado em trabalho financiado ou apoiado por outra instituição que não a Universidade Federal da Integração Latino-Americana, declara que cumpriu quaisquer obrigações exigidas pelo respectivo contrato ou acordo.

Na qualidade de titular dos direitos do conteúdo supracitado, o autor autoriza a Biblioteca Latino-Americana – BIUNILA a disponibilizar a obra, gratuitamente e de acordo com a licença pública *Creative Commons Licença 3.0 Unported*.

Foz do Iguaçu, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Assinatura do Responsável

Dedico esse trabalho ao meu filho amado, Jonathas Yuri de Britto, que sempre compreendeu meu esforço apesar da pouca idade. O amor que carrego por ti é a força para alcançar todos meus objetivos, registro aqui todo meu amor.

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a minha vó, ela que esteve comigo não só nesse momento, mas em toda minha vida, que me encoraja e é exemplo de força. A minha irmã Pâmela que sempre acreditou em mim e se orgulha a cada passo que dou, ao meu filho amado que conviveu com minha ausência e nervosismo durante a graduação e nunca questionou ou me cobrou nada.

Ao meu marido James Desiderio que me segurou quando eu já não conseguia caminhar, e dedicou seu tempo e conhecimento em me ajudar, e fez do meu trabalho seu próprio projeto.

A minha professora orientadora Dra. Juliana Domingues não só por toda a orientação, mas por acreditar no meu melhor quando eu mesma duvidava, sempre exigindo o máximo e considerando minhas dificuldades.

Aos demais professores que fizeram parte do meu processo de formação, em especial aquelas que aceitaram o convite para compor a minha banca professora Me. Elmides Maria e Dra. Maria Geusina.

Agradeço ainda a todos meus colegas que caminharam ao meu lado esses cinco anos, momentos felizes e momentos de angústias ali estavam vocês. Ao meu amigo que ganhei durante a formação Kenedy Gabriel, que levo sempre no meu coração.

Agradeço a todos os profissionais do Centro de Atenção Psicossocial, que sempre confiaram em mim e agregaram conhecimento a minha formação, em especial Rosemari Taborda Weindauer minha supervisora de estágio que mesmo com todas minhas dificuldades pessoais se mostrou sensível e amorosa, e Luzia Firmino a melhor recepcionista e amiga que conheço, obrigada a todos!

FERREIRA, Aline Raiana. **O Perfil das Crianças Usuárias do CAPSi de Foz do Iguaçu.** 2019. 56 p. Trabalho de Conclusão de Curso Serviço Social – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2019.

## RESUMO

Após a Reforma Psiquiátrica no Brasil, o tratamento em saúde mental que era caracterizado na institucionalização dos atendidos foi substituído por um sistema mais humanitário, voltado à ressocialização destes. Um dos advenços dessa mudança foi a institucionalização das Redes de Atenção Psicossocial – RAPS, estruturadas para prestar atendimento especializado e contínuo aos necessitados. Um dos pontos estratégicos de atendimento dessas são os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, entre eles, o CAPSi, que tem suas ações voltadas para o tratamento de crianças e adolescentes que sofrem algum tipo de sofrimento psíquico. Ainda assim, percebe-se certa dificuldade em traçar um perfil que possibilite uma atenção adequada as crianças e adolescentes atendidas nesses centros. Assim, esse trabalho tem por objetivo produzir um perfil dos usuários atendidos pelo CAPSi de Foz do Iguaçu – PR. Ele foi realizado através de revisão bibliográfica de referencial teórico e pesquisa documental, no qual foram selecionados 128 prontuários que correspondem à usuários ativos do CAPSi de Foz do Iguaçu, das crianças com faixa etária de 0 até 12 anos de idade, dentre os 1700 prontuários existentes no local de estudo, para traçar o perfil deste público. Os dados foram coletados em novembro de 2019 e após essa coleta, foi utilizado o *software* Excel para tabular os dados e gerar gráficos para os resultados. Assim, foi possível concluir que 77% do grupo estudado é do sexo masculino, com idade média de nove anos, sendo que 27% desta amostra começou a evidenciar algum sofrimento psíquico a partir dos 7anos de idade e apenas 3% desses infantes não fazem uso de algum tipo de medicação. O CID mais comum encontrado foi o de distúrbios da atividade e da atenção, totalizando 42% da amostra.

**Palavras-chave:** Saúde Mental Infanto-Juvenil. CAPSi Foz do Iguaçu. Perfil das Crianças.



FERREIRA, Aline Raiana. **The Profile of the CAPSi User Children of Foz do Iguaçu.** 2019. 56 p. Undergraduate thesis of Social Service - Federal University of Latin American Integration, Foz do Iguaçu, 2019.

### **ABSTRACT**

After the Psychiatric Reform in Brazil, the mental health treatment that was characterized in the institutionalization of the tended was replaced by a more humanitarian system aimed at their resocialization. One of the advent of this change was the institutionalization of Psychosocial Care Networks, structured to provide specialized and continuous care to those in need. One of the strategic points of care of these are the Psychosocial Care Centers, among them, CAPSi, whose actions are aimed at treating children and adolescents who suffer some kind of psychological distress. Even so, it is perceived some difficulty in drawing a profile that allows adequate attention to children and adolescents attended at these centers. Thus, this work aims to produce a profile of users served by CAPSi of Foz do Iguaçu - PR. It was carried out through a bibliographic review of the theoretical framework and documentary research, in which 128 medical records were selected that correspond to active users of CAPSi of Foz do Iguaçu, from children aged 0 to 12 years, among the 1700 records in the study site, to draw the profile of this public, as a form of sampling. Data were collected in november 2019 and after that, Excel software was used to tabulate the data and generate graphs for the results. Thus, it was concluded that 77% of the study group is male, with an average age of nine years, and 27% of this sample began to show some psychological distress from the age of 7 and only 3% of these infants do not use of some kind of medication. The most common ICD found was activity and attention disorders, totaling 42% of the sample. The profile outlined in this study contributes to a treatment that goes beyond medication, focused on the characteristics of the patients and that enables their healthy insertion in society.

**Keywords: Child and Youth Mental Health; Children's Profile; CAPSi Foz do Iguaçu**

FERREIRA, Aline Raiana. **El Perfil de los niños usuarios del CAPSi de Foz do Iguaçu**. 2019. 56 p. Trabajo de fin de Curso Servicio Social – Universidad Federal de la Integración Latinoamericana, Foz do Iguaçu, 2019.

## **RESUMEN**

Después de la Reforma Psiquiátrica en Brasil, el tratamiento de salud mental que se centró en la institucionalización de los atendidos fue reemplazado por un sistema más humanitario destinado a su resocialización. Uno de los eventos de este cambio fue la aparición de Redes de Atención Psicosocial - RAPS, estructuradas para proporcionar atención especializada y continua a quienes la necesitan. Uno de los puntos estratégicos de atención de estos son los Centros de Atención Psicosocial - CAPS, entre ellos, CAPSi, cuyas acciones están dirigidas a tratar a niños y adolescentes que sufren algún tipo de angustia psicológica. Aun así, se percibe cierta dificultad para dibujar un perfil que permita una atención adecuada a los niños y adolescentes atendidos en estos centros. Por lo tanto, este trabajo tiene como objetivo producir un perfil de usuarios atendidos por CAPSi de Foz do Iguaçu - PR. Se realizó a través de una revisión bibliográfica del marco teórico y la investigación documental, que seleccionó 128 registros médicos que corresponden a usuarios activos de CAPSi de Foz do Iguaçu, de niños de 0 a 12 años, entre los 1700 registros en el sitio de estudio, para dibujar el perfil de este público, como una forma de muestreo. Los datos se recopilieron en noviembre de 2019 y después de esta recopilación, se utilizó el software Excel para tabular los datos y generar gráficos para los resultados. Por lo tanto, se concluyó que el 77% del grupo de estudio es hombre, con una edad promedio de nueve años, y el 27% de esta muestra comenzó a mostrar cierta angustia psicológica a partir de los 7 años y solo el 3% de estos bebés no uso de algún tipo de medicamento. El CIE más común encontrado fue la actividad y los trastornos de atención, totalizando el 42% de la muestra. El perfil descrito en este estudio contribuye a un tratamiento que va más allá de la medicación, enfocado en las características de los pacientes y que permite su inserción saludable en la sociedad.

**Palabras clave:** Salud mental infantil y juvenil; Perfil de niños; CAPSi Foz do Iguaçu

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2 SOFRIMENTO PSÍQUICO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES.....</b>	<b>14</b>
2.1 ASPECTOS GERAIS DO SOFRIMENTO PSÍQUICO INFANTO JUVENIL.....	14
2.2 A ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL A CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO BRASIL.....	21
<b>3. POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL E O ATENDIMENTO PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SOFRIMENTO PSÍQUICO.....</b>	<b>24</b>
3.1 ANTECEDENTES E PRECEDENTES DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL.....	24
3.2 POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL VOLTADA PARA O SEGMENTO INFANTO JUVENIL.....	28
<b>4. O PERFIL DAS CRIANÇAS USUÁRIAS DO CAPSI DE FOZ DO IGUAÇU.....</b>	<b>35</b>
4.1 CAPSI DE FOZ DO IGUAÇU.....	35
4.2 PERFIL DAS CRIANÇAS USUÁRIAS DO CAPSI DE FOZ DO IGUAÇU: ACHADOS DA PESQUISA.....	38
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>44</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>46</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>55</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Até parte dos anos 1970, os modelos de tratamento de saúde mental aplicados no Brasil eram focados em institucionalização dos atendidos em lugares como os manicômios. Com a Reforma Psiquiátrica, este modelo foi substituído por tratamento mais humanitário, voltado à reintegração social, desinstitucionalização progressiva, respeito aos direitos humanos e a criação de serviços comunitários para tratamento e reabilitação.

Entre as mudanças ocorridas está a criação da Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001, que ficou conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, advinda da entrada do Brasil como um dos signatários da Declaração de Caracas, possibilitando a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que são organizados em modalidades de atendimento para a saúde mental e abuso de substância psicoativa de adultos, crianças e jovens.

No Brasil, a atenção em saúde mental infanto juvenil foi reconhecida tardiamente na agenda governamental, ficando muito tempo relegada a instituições de cunho filantrópico. Com a institucionalização da Política de Saúde Mental são criados os Centros de Atenção Psicossocial infanto-juvenil (CAPSi), que tem suas ações voltadas para o tratamento de crianças e adolescentes que sofrem algum tipo de sofrimento psíquico.

Durante o processo de formação profissional, na realização de Estágio Obrigatório em Serviço Social na dependência do CAPSi de Foz do Iguaçu, identificou-se que atualmente, mesmo com uma legislação sobre o tratamento para essa parcela da população, ainda há dificuldades em se traçar um perfil que possibilite uma atenção adequada as crianças e adolescentes, já que estes são uma parte peculiar da sociedade, ainda em desenvolvimento e que apresentam necessidades diferentes dos adultos. Esse é um dos principais desafios no tocante à saúde mental existente no sistema brasileiro, uma dificuldade vivenciada diariamente por pessoas que convivem com essa realidade, sejam eles profissionais, familiares ou os próprios jovens que necessitam de tratamento.

Nesse contexto, esse estudo se tem como objetivo produzir um perfil dos usuários atendidos por este CAPSi no período do ano de 2019. Em termos gerais a presente pesquisa trata-se de um estudo descritivo, realizado com dados obtidos nos prontuários do CAPSi de Foz do Iguaçu-PR, tendo como objetivos

específicos de: Identificar os principais problemas de saúde mental no segmento infanto-juvenil; apresentar a Política de Saúde Mental no Brasil; caracterizar o CAPSi de Foz do Iguaçu e o perfil das crianças atendidas por ele.

O estudo se coloca na importância de se ter um perfil das crianças atendidas no CAPSi de Foz do Iguaçu para subsidiar a criação de ações específicas e estratégias de intervenção voltadas especificamente à saúde mental desses infantes, para que possam se desenvolver de maneira saudável e se tornarem cidadãos autônomos e integrantes da sociedade.

Em relação a metodologia, optou-se primeiramente pela revisão bibliográfica de referencial teórico, com uma pesquisa literária identificando as contribuições científicas de autores pesquisadores reconhecidos no campo de e do tema abordado, para se apresentar definições sobre conceitos-chaves para a elaboração deste estudo (SANTOS e CANDELARO 2006).

Utilizou-se uma abordagem quali-quantitativa, ou seja, que utiliza tanto o método qualitativo quanto o quantitativo, no qual a pesquisa qualitativa tem foco na compreensão de determinado grupo social, no caso, as crianças e adolescentes com sofrimento psíquico que são usuários do CAPSi de Foz do Iguaçu, buscando explicar os aspectos inerentes a essa realidade, e seus motivos através de análises profundas vindas do envolvimento do pesquisador com as experiências do grupo estudado, sendo ela realizada a partir de interpretações pessoais em um cenário sócio-político e histórico específico (MINAYO, 2014).

Já uma pesquisa quantitativa trata de resultados que podem ser quantificados e usados para se constituir uma imagem real da situação da população-alvo do estudo, através do uso da matemática, raciocínio lógico, percentual estatístico, busca resultados exatos (MICHEL, 2005).

Desta forma, os procedimentos adotados para esse estudo foram pesquisa documental nos prontuários das crianças cadastradas no CAPSi, destacando-se que esse tipo de pesquisa é considerada para esse estudo em razão de que os dados não sofreram processo analítico ainda, o pesquisador necessita selecionar, tratar e ainda interpretar as informações coletadas (MINAYO, 2014).

Dando continuidade a pesquisa, optou-se por selecionar dentre o universo de 1700 prontuários existentes no CAPSi de Foz do Iguaçu em 2019, apenas os prontuários ativos dos usuários do CAPSi, das crianças com faixa etária de 0 até 12 anos de idade que equivale ao número de 128 prontuários, para traçar o perfil

deste público, como forma de amostragem. Isso ocorreu mediante autorização do coordenador do serviço com assinatura do TERMO DE LIVRE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO, que se encontra no anexo I desse estudo.

Os prontuários classificados pela equipe local de maneira a facilitar na busca e manuseio desses documentos, de forma numérica, com a inclusão da letra A ao final da numeração, para prontuários recentes, e letra C para prontuários ativos, sendo aqueles com assiduidade de no mínimo quatro semanas ao tratamento.

Neste estudo, em termos de parâmetro para escolha da amostra, a definição de criança é dada no Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), que considera criança esse segmento entre a faixa etária compreendida entre 0 até 12 anos, critério esse escolhido na seleção dos prontuários, considerando ainda a escolha a partir daquelas crianças que estão frequentando o tratamento com assiduidade, por pelo menos 2 meses seguidos.

Para a realização da coleta de dados se utilizou a construção de protocolo de pesquisa , em que constam as seguintes informações, relevantes para a realização do perfil: Sexo, idade, local de moradia dos usuários, Classificação Internacional de Doenças (CID), origem dos encaminhamentos, uso de medicação, e qual a queixa que os trouxe até o serviço.

Na etapa posterior à de coleta de dados, foi utilizado o *software* Excel para registro e tabulação das informações obtidas, organizando a apresentação por meio de gráficos.

De forma a responder os objetivos do estudo, esse trabalho se divide em três capítulos, divididos em duas sessões cada um. O primeiro apresenta um panorama sobre o sofrimento psíquico em crianças e adolescentes, abordando seus aspectos gerais e sua história no Brasil. O segundo capítulo trata sobre a Política de Saúde Mental no Brasil, abordando seus antecedentes e precedentes e terceiro capítulo é focado no CAPSi de Foz do Iguaçu, detalhando sua história e traçando o perfil das crianças e adolescentes por ele atendidas.

## 2 SOFRIMENTO PSÍQUICO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

O presente capítulo objetiva apresentar a trajetória da atenção ao sofrimento psíquico de crianças e adolescentes no contexto, mundial, latino-americano, sobretudo o brasileiro.

### 2.1 ASPECTOS GERAIS DO SOFRIMENTO PSÍQUICO INFANTO JUVENIL

O aumento da prevalência de sofrimentos psíquicos em crianças e adolescentes tem recebido grande atenção desde meados da década de 80, quando começaram a surgir algumas mudanças na psiquiatria, buscando uma nova forma de cuidar das pessoas com transtornos<sup>1</sup> (MONTEIRO *et al.*, 2012). Entre estas mudanças, cabe citar o reconhecimento da importância da família no tratamento da criança e do adolescente, sendo ela o ponto central de todo o processo de crescimento e transformação que os jovens enfrentam (MACEDO e MONTEIRO, 2006).

Por anos não houve diretrizes políticas que instituíam o cuidado com pessoas acometidas por sofrimento psíquico e esse vazio foi aos poucos preenchido por instituições de pesquisa, em sua maioria privadas ou filantrópicas, preocupadas em promover o desenvolvimento saudável destes portadores/indivíduos nesse período de suas vidas (infância e adolescência) para que lhes seja assegurado seu devido tratamento, educação, proteção e convívio social (SANTOS *et al.*, 2011).

O diagnóstico do sofrimento psíquico é realizado por protocolo padrão, como os da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e/ou pelo Manual Estatístico e Diagnóstico de Transtornos Mentais. Os referidos documentos são reconhecidos e aceitos em nível mundial e incluem critérios para diagnósticos de vários tipos de sofrimento psíquico/transtornos, por meio da associação dos sintomas. A realização de um diagnóstico precoce possibilita a organização e o planejamento do tratamento, a alocação de recursos, treinamentos e prioridades de pesquisa no ramo psiquiátrico da atenção em saúde mental, contribuindo com projetos futuros (LAURENTI *et al.*, 2013).

---

<sup>1</sup>O termo *transtorno* só será adotado para que não se repitam as expressões relacionadas ao adoecimento psíquico. O termo incorporado neste trabalho entende a enfermidade mental da criança/adolescente como sofrimento psíquico, tal qual sugere a Organização Mundial de Saúde – OMS.

Os métodos inovadores de tratamento e desenvolvimento de princípios norteadores da área, começam a surgir no século passado na psiquiatria infantil, e acarretaram em uma acelerada evolução de estudos sobre o tema, tornando este período como determinante para o desenvolvimento social e psíquico dos indivíduos, principalmente em crianças e adolescentes.

Esses estudos resultaram na elaboração do Manual Estatístico e Diagnóstico de Transtornos Mentais – DSM, instrumento criado em 1952, pela Associação Americana de Psiquiatria – APA para facilitar no diagnóstico de transtornos mentais através da padronização em nível mundial das características comuns e principais sintomas destes, tornando assim mais preciso e eficaz o diagnóstico e tratamento, e evitando equívocos em procedimentos desnecessários aos pacientes (ALVARENGA *et al.*, 2009).

Desde a elaboração do DSM houve uma evolução nos estudos, como resultado do amadurecimento da psiquiatria infantil e como consequência gerou atualizações deste manual, assim, foram publicados o DSM-II, em 1968, com o intuito de ajustar os critérios diagnósticos e o DSM-III, em 1980, onde foram introduzidos novos critérios de diagnósticos, incluindo os chamados transtornos de infância, permitindo o desenvolvimento de entrevistas psiquiátricas padronizadas e estimulando pesquisas epidemiológicas no campo psiquiátrico (SADOCK, 2016; LOPES *et al.*, 2016).

Os sofrimentos psíquicos (transtornos psiquiátricos) são processos que envolvem alterações comportamentais e neurológicas, e possuem uma elevada prevalência no público infantil e de adolescentes, sendo estes responsáveis por uma grande parte da incapacitação de indivíduos (SADOCK, 2016; LOPES *et al.*, 2016). Em 1994 foi publicado o DSM-IV, que forneceu elementos descritivos para se diagnosticá-los. Este tratado foi revisado em 2002 e alguns dos principais sintomas descritos são:

Sintomas emocionais: Medos, ansiedade, sentimentos de desesperança, desânimo, anedonia, alterações do sono e apetite; Problemas de conduta: Agressividade, comportamento desafiador ou provocativo, uso de álcool e drogas, atos antissociais; Alterações do desenvolvimento: Distúrbios da linguagem, motricidade, socialização, atraso escolar, enurese e encoprese; Problemas de relacionamento: Com a família, com seus pares ou com outros adultos de seu círculo social, timidez exagerada, dificuldade de estabelecer vínculos ou desinibição. (DSM-IV, 2002, p.287)



No início do século XXI, houve uma maior relevância em nível mundial nos serviços de saúde mental voltados para o atendimento da criança e do adolescente, destacando-se nas pautas das agendas governamentais. Este avanço foi marcado pela publicação do Relatório Mundial de Saúde, em 2001, na Organização Mundial da Saúde - OMS, cujo foco foi despertar a consciência do público para os problemas psíquicos.

A partir deste Relatório considera-se que a psiquiatria infantil não se reduz apenas a uma condição psiquiátrica, mas é influenciada por fatores econômicos, sociais, biológicos e culturais. Portanto, a compreensão da psicopatologia na infância e adolescência deve incorporar as diversas causas explicativas sobre o sofrimento psíquico infanto-juvenil. (SADOCK, 2016; LOPES *et al.*, 2016).

Ainda em nível mundial, em 2013, foi lançado o Plano de Ação da Saúde Mental de 2013-2020 (OMS), sendo um importante estímulo para a evolução dos serviços de saúde mental infantil em muitas partes do mundo, e tem sido a Convenção das Nações Unidas sobre o Direito das Crianças, um instrumento respeitado e utilizado em muitos países para defender a promoção de serviços de saúde mental para crianças, adolescentes e os seus familiares. Neste contexto, que houve o amadurecimento do entendimento de que o tratamento deve ocorrer focado na saúde mental e não somente na doença psíquicas detectada.

Neste mesmo ano, em decorrência desta evolução na psiquiatria infantil, a APA publicou o DSM-V. Esse documento enfatiza que existem duas categorias específicas para classificar o sofrimento psíquico na infância e adolescência, entre eles, transtornos de comportamento e emocionais, nestes estão incluídos os distúrbios de atividade, de atenção e os de conduta.

As enfermidades mentais desta modalidade surgem precocemente, especialmente nos primeiros cinco anos de vida, sendo acompanhadas de déficit cognitivo<sup>2</sup> e de atrasos específicos na linguagem e motricidade<sup>3</sup>. Os transtornos do desenvolvimento psicológico iniciam na primeira ou segunda infância, e geralmente apresentam retardos no desenvolvimento e atingem funções ligadas a maturidade biológica do sistema nervoso central.

---

2 De acordo com o DSM-IV, o déficit cognitivo é classificado como um transtorno que infere na capacidade de concentração e aprendizado, associado geralmente ao sofrimento ou incapacitação (OMS, 2000).

3 Conjunto de funções nervosas e musculares que permite os movimentos voluntários ou automáticos do corpo (OMS, 2019).

Em uma revisão de literatura internacional, Thiengo (2014) pesquisou dados da Organização das Nações Unidas que dizem que as crianças e adolescentes representam cerca de 30% e 14,2% da população mundial, respectivamente. O autor ainda estimou que a taxa média global de prevalência de transtornos mentais nas crianças e adolescentes é de 15,8%, um número elevado, que tende a aumentar com a idade. Segundo Patel (2007), estima-se que em nível global, uma entre cinco crianças e adolescentes apresenta algum comportamento associado a problemas psíquicos. No Brasil, a prevalência destes problemas nas crianças e adolescentes pode variar entre 7% e 20% (MACHADO et al.,2014).

Ao analisar os dados da Organização de Saúde Mental de 2018, observa-se os transtornos psiquiátricos mais frequentes em crianças e adolescentes no mundo pode ser entendido conforme demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1: Transtornos psiquiátricos mais frequentes no mundo em jovens e adolescentes

<b>Transtorno psiquiátrico</b>	<b>Incidência</b>
Depressão	25%
Transtornos de ansiedade	30%
Transtornos do déficit de atenção e hiperatividade	14%
Transtornos por uso de substâncias	16%
Transtorno de conduta	14%

Fonte: OMS, 2018

Na Tabela 1 se observa que os transtornos de ansiedades prevalecem entre os psiquiátricos na infância e adolescência, seguidos pela depressão. Com a terceira maior taxa de incidência está o uso de substâncias psicoativas. E por último, empatados, os de conduta e de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH<sup>4</sup>) aparecem como as menores taxas.

Rosimeire e Miyazaki (2007) em suas pesquisas observaram que a prevalência de TDAH é a responsável por altos custos em serviços de saúde em nível mundial, e se trata de problema crônico que acaba persistindo muitas vezes além da infância. As autoras observaram que TDAH pode estar associado a casos como transtorno de conduta, retardo mental, episódios depressivos e também transtorno de ansiedade.

<sup>4</sup> Transtorno neurológico, de causas genéticas, que aparece na infância e frequentemente acompanha o indivíduo por toda a sua vida. Ele se caracteriza por sintomas de desatenção, inquietude e impulsividade (ABDA, 2010).

Em nível global, o TDAH se mostra mais prevalente nos indivíduos do sexo masculino e o mesmo é considerado o problema neurocomportamental mais comum na infância e que pode afetar intensamente o rendimento acadêmico, as interações sociais do indivíduo e entre outros casos. (ERSKINE *et al.* 2014).

Segundo Hassler e Thome (2012), os casos de TDAH com retardo mental podem estar associados aos tratamentos farmacológicos utilizados, enfatizam que os sintomas do transtorno de conduta possuem também grande chance de se desenvolver nas crianças afetadas com TDAH. Quanto ao tratamento farmacológico, ele possibilita uma grande melhoria para o TDAH, porém, estes farmacológicos não afetam os comportamentos agressivos, as habilidades sociais e o relacionamento com pais e demais. Por este motivo, acredita-se que as intervenções psicossociais são muito eficientes para o tratamento do TDAH associado com outros sofrimentos, como complemento aos farmacológicos (ROSIMEIRE e MIYAZAKI, 2007).

O sofrimento psíquico em qualquer faixa etária pode ocasionar graves prejuízos sociais e emocionais. Na vida social, sobretudo entre crianças e jovens em processo de desenvolvimento psíquico, a condição que por si só coloca os indivíduos nessa etapa da vida mais vulneráveis por questões que envolvem a inadequação ao grupo; ausência de informações no círculo social; preconceito e outras que podem causar um profundo sofrimento psíquico. Essa situação é potencializada quando não é identificada e tratada, tendendo a persistir e aumentar o risco de surgir outros problemas, como abuso de substâncias psicoativas ilícitas, mortalidade, morbidade baixa na qualidade de vida, dificuldade na educação e maiores/aumento de casos de suicídio nessa etapa de vida (VALVERDE *et al.*, 2012).

No contexto mundial, o grupo dos transtornos ansiosos é o de maior prevalência entre os psiquiátricos da infância e da adolescência com índices estimados em 30%. São poucos os dados conhecidos relacionados ao impacto econômico na população infanto-juvenil, porém, existem dados estadunidenses, de 1990, que mostram que 31,5% do custo total de saúde mental foram gastos com condições relacionadas à ansiedade em todas as faixas etárias, incluindo a morbidade e a mortalidade relacionadas ao sofrimento psíquico, deixando claro o ônus da ansiedade patológica para os serviços de saúde (APA, 2014; SILVA, 2014).

Atualmente, na psiquiatria o sofrimento psíquico é categorizado, especificamente, os que apresentam grandes probabilidades de se iniciar na infância e na adolescência. Na Tabela 2, há apresentação destes em nível mundial.

Tabela 2: Transtornos psiquiátricos que iniciam na infância e/ou adolescência em nível mundial.

<b>Transtornos psiquiátricos</b>
Retardo mental
Autismo e transtornos globais do desenvolvimento.
Enurese
Transtornos de aprendizagem e de comunicação.
Transtornos de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH)
Transtorno desafiador de oposição e de conduta.
Tiques e síndrome de <i>Tourette</i>
Depressão
Transtorno de ansiedade.

Fonte: OMS, 1994.

Os demais diagnósticos conhecidos como transtornos de humor<sup>5</sup>, psicóticos, depressão, de ansiedade e abuso de substâncias psicoativas quando não observados na infância ou/e na adolescência, podem se converter na fase adulta em um transtorno crônico e se apresentar com crises mais frequentes (THIENGO, 2014).

No diagnóstico do transtorno, inicialmente são os pais ou responsáveis que procuram atendimento para os seus filhos. Já em adolescentes, a demanda inicial pode ser do próprio paciente, mas isto corresponde na minoria dos casos. Geralmente, também são os pais que apresentam as queixas, além de serem os responsáveis pela procura do profissional ou da instituição, assim como por pagamentos, agendamentos e contratos terapêuticos (DUMAS, 2018; SOUZA, 2011).

A família é o primeiro ambiente de socialização do bebê e durante grande parte da infância, os vínculos e a convivência predominantes estão nas relações familiares. Na idade escolar, outras relações se estabelecem (com outras crianças e professores), mantendo-se grande dependência em relação à família. Já

<sup>5</sup> São transtornos de saúde mental nos quais as alterações emocionais consistem de períodos prolongados de tristeza excessiva (depressão), de exaltação excessiva ou de euforia (mania), ou ambos (MANUAL MSD, 2018).

na adolescência os vínculos não-familiares se tornam mais significativos (com amigos da escola, grupos e relacionamentos), porém, as relações de dependência com a família se mantêm presentes, não apenas em seus aspectos legal e financeiro, mas também afetivo (SOUZA, 2011; NCPI, 2016).

A avaliação da criança e do adolescente envolve necessariamente a participação da família, na maioria das vezes representada por ambos ou um dos pais, no caso de crianças órfãs ou abrigadas, este papel é representado por cuidadores ou representantes da instituição. Também é necessária a avaliação de outros ambientes frequentados pela criança, através do contato com escola, creche e profissionais de saúde envolvidos em seus cuidados (MIRANDA, 2012). Segundo Angold e Costello (2000), vários fatores podem estar ligados as características sócio demográficas, ambientais e sociais de violências e estresse, os fatores genéticos familiares e entre outros. Contudo, segundo a OMS em seu ATLAS de 2013, os fatores que mais influenciam nestas incidências são os: fatores biológicos, o histórico familiar de transtornos mentais, a presença de violência no ambiente social e familiar e fatores psicossociais como a falta de resiliência e a baixa autoestima.

A OMS lançou em 2010 o Programa de Ação para as Intervenções na Saúde Mental (MI-GAP), buscando ampliar os serviços para sofrimentos mentais, neurológicos e de uso de substâncias em países especialmente de baixa e média renda. O programa afirma que com cuidados adequados, assistência psicossocial e medicação, dezenas de milhões poderiam ser tratados para depressão, esquizofrenia e epilepsia, impedidos de se suicidar e começar a levar uma vida normal, mesmo onde os recursos são escassos. O MI-GAP tem a finalidade de expandir os serviços para a saúde mental em ambientes com poucos recursos, sendo considerado um plano global, projetado para fornecer orientação para planos de ação nacionais e também aborda configurações de recursos, bem como estratégias de promoção e prevenção na saúde mental para qualquer paciente, inclusive crianças e adolescentes (KEYNEJAD, 2018).

Em 2012, ocorreu a sexagésima quinta Assembleia Mundial da Saúde que aprovou a resolução WHA65 (sigla em inglês), sobre o ônus global dos sofrimentos mentais e a necessidade de uma resposta abrangente e coordenada sobre como os setores de saúde e sociais conseguiriam melhorias nas questões de saúde mental a nível global de ação (OMS ATLAS, 2013).

O Plano WHA65 foi elaborado através de consulta com os membros,

a sociedade civil e as organizações internacionais parceiras, foram precisas abordagens multidisciplinares por meio dos serviços, também da área da saúde com ênfase na promoção, prevenção, tratamento, reabilitação, cuidados e recuperação dos pacientes acometidos. Este plano de ação manteve seu princípio de que “não há saúde sem saúde mental”, para qualquer indivíduo, independentemente de sua idade.

Dados da OMS (2017) apontam que no continente americano, aproximadamente 50 milhões de pessoas apresentavam transtornos psiquiátricos, principalmente depressão, sendo que pouco se faz por essas pessoas, já que, na América Latina e no Caribe, apenas 2% do orçamento em média é investido em saúde mental.

## 2.2 A ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL A CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO BRASIL

No Brasil, é histórica a omissão da saúde pública no direcionamento das políticas de saúde mental para a infância e adolescência. Este fato possibilitou, ao longo dos anos, a criação de uma rede de assistência à infância e adolescência fundada em instituições filantrópicas e privadas, com forte componente tutelar, como educandários, abrigos, escolas especiais, institutos para deficientes mentais e clínicas para autistas (BRASIL, 2005). Não há dúvidas de que todas estas instituições desempenharam e desempenham ainda um relevante papel na assistência às crianças e adolescentes com transtornos mentais. É a partir de 2003, no entanto, que o Ministério da Saúde passa a orientar a construção coletiva e intersetorial das diretrizes de uma rede de assistência de base comunitária e em acordo com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

De acordo com Duarte (2002), o uso simultâneo de serviços de diferentes setores ocorre com frequência. Muitas vezes, o cuidado, especializado ou não, de problemas mentais em crianças e adolescentes ocorre num único setor, vocacionado ou não a exercer este trabalho específico. Por exemplo, não é incomum que crianças ou adolescentes com problemas de conduta sejam *atendidos* exclusivamente pelo setor da justiça, sem participação da saúde mental.

Da mesma forma, não é raro que problemáticas ligadas à depressão, hiperatividade e outras fiquem restritas ao contexto escolar e não

obtenham avaliação e cuidado mais qualificado pela saúde mental. Esta forma de uso dos serviços revela ausência de racionalidade na oferta dos recursos e, na maioria das vezes, resulta em impropriedade ou subutilização do cuidado (DUARTE, 2002). Concorre ainda para agravar a situação, o fato de setores tão distintos terem limitada capacidade de produzir informações para instrumentalizar os gestores da área de saúde mental na construção de estratégias para melhoria da qualidade da assistência.

Para a efetiva melhoria do atendimento e do cuidado à infância e adolescência é necessário o conhecimento consubstanciado das particularidades dos diferentes contextos, das ações concretas realizadas pela atenção especializada, e da distribuição de serviços nos diferentes setores pelo território nacional. Somente assim, haverá construção de uma política pública que proporcione efetiva melhoria do atendimento.

O sofrimento psíquico geralmente inicia na infância, ou seja, condições que são detectadas na vida adulta, necessariamente iniciaram no período de desenvolvimento do cognitivo. Por isso, a importância de conhecer estas condições, possibilita que possam ser feitas/realizadas intervenções precoces, para melhores mudanças e melhor prognóstico (OMS 2013; MACHADO *et al.*, 2014).

Neste cenário, é importante reconhecer que ainda existe um grande preconceito por parte da sociedade brasileira em relação aos tratamentos psiquiátricos e psicológicos, o que pode dificultar ou impedir os pais e professores a acreditar que a criança necessita de algum tratamento adequado (ARAÚJO, 2005).

Concomitante, no Brasil, a situação da atenção à saúde mental de crianças e adolescentes se agrava frente a fatores sociais, culturais e biológicos. Existe também a dificuldade de acesso a profissionais capacitados para a identificação, tratamento e acompanhamento de situações que envolvam o sofrimento psíquico, como o que ocorre, por exemplo, nas unidades básicas de saúde, onde a disponibilidade de um profissional é sempre escassa ou os pacientes apresentam dificuldade no agendamento das consultas e instituições de auxílio. Desta forma, evidencia-se a necessidade do aprimoramento no planejamento de atendimento à saúde mental, principalmente ao voltado para a saúde mental da criança e do adolescente.

De modo geral, as políticas de saúde mental existentes estão direcionadas aos problemas da população adulta. No segmento infanto-juvenil, os

tipos de transtorno, principais fatores de risco e de proteção, estratégias de intervenção e organização do sistema de serviços têm especificidades que não podem ser contempladas pela simples extensão das estratégias de cuidado da população adulta à população infantil e juvenil. É necessário que as questões envolvendo a atenção em saúde mental sejam pautadas nas agendas de política com urgência, de forma a prevenir os possíveis transtornos e/ou detectar o mais cedo possível a existência dos mesmos, de modo que possam ser tratados corretamente, impedindo assim, maiores consequências na fase adulta.

No entanto, a inexistência de políticas de saúde mental infantil em quase todas as partes do mundo torna o desenvolvimento de políticas nacionais de saúde mental para infância e adolescência um empreendimento não apenas necessário, como urgente. Uma política de saúde mental específica para este segmento auxiliaria a ampliação do sistema de serviços, dando suporte à construção de dados e de informações culturalmente relevantes acerca das questões que lhe são próprias, e contribuiria para o avanço das pesquisas nesta área.

De acordo com Duarte (2002, p. 23): "A inclusão tardia da saúde mental infantil e juvenil na agenda das políticas de saúde mental, nacional e internacionalmente, pode ser atribuída a diversos fatores". Essa situação remete à extensa e variada gama de problemas relacionados à saúde mental da infância e adolescência, que incluem desde transtornos globais do desenvolvimento (como o autismo) até outros ligados a fenômenos de externalização como transtornos de conduta, hiperatividade, e, internalização, como depressão, transtornos de ansiedade, uso abusivo de substâncias, e outros. Além da sintomatologia, há considerável variação no período de incidência, ou seja, alguns transtornos eclodem na infância e outros apenas na adolescência, adicionando complexidade à avaliação diagnóstica e situacional. Nesta população, a formulação de um diagnóstico de qualidade exige procedimentos de avaliação específicos que incluem, além das próprias crianças e adolescentes, o recurso a fontes de informação diversas, como familiares, responsáveis, professores e outros.

Um segundo fator, relacionado às dificuldades acima, ainda segundo o mesmo autor, diz respeito ao caráter recente do conhecimento sistematizado sobre frequência, persistência, prejuízo funcional e consequências na vida adulta associadas aos transtornos mentais da infância e adolescência.

Um terceiro aspecto é a inexistência até bem pouco tempo atrás, em



todos os países, de evidências empíricas de qualidade sobre a eficácia e a efetividade de tratamentos para transtornos mentais infantis. Na última década, a ação de intervenções terapêuticas vem sendo comprovada para condições debilitantes na população infantil e juvenil, assim como a efetividade de estratégias comunitárias, psicossociais e familiares, particularmente em situações de risco. Entretanto, há ainda uma significativa lacuna a ser preenchida quanto ao desenvolvimento de modalidades de intervenção para o cuidado à saúde mental de crianças e adolescentes que sejam aplicáveis a diferentes contextos (DUARTE, 2002).

Um quarto fator merece ser destacado na dificuldade de inclusão da saúde mental infantil no campo da saúde pública: a particularidade do sistema de cuidado. Este especificamente no caso de crianças e adolescentes, frequentemente envolve a atividade de vários setores autônomos em relação à saúde mental propriamente dita, como os setores da saúde geral/atenção básica, educação, assistência social, justiça e direitos. Esses setores tradicionalmente operam isolados uns dos outros, mas todos provêm serviços ou agem de alguma forma sobre crianças e adolescentes com problemas mentais (COUTO *et al.*, 2008).

Por fim, o sofrimento psíquico infanto-juvenil, se coloca como uma condição bio-psico-social e identifica-se possibilidades de melhora, principalmente quando o atendimento tem início o mais cedo possível, pois, a probabilidade de sucesso quando a criança ou adolescente é mantida em seu ambiente doméstico e familiar, com ativa participação no tratamento.

### **3. POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL E O ATENDIMENTO PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SOFRIMENTO PSÍQUICO**

O objetivo deste capítulo é apresentar os antecedentes e precedentes da reforma psiquiátrica no Brasil, assim como a atual política de Saúde Mental, sobretudo voltado para o público infanto-juvenil.

#### **3.1 ANTECEDENTES E PRECEDENTES DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL**

Os transtornos mentais em crianças e adolescentes têm

apresentado um aumento significativo. A proporção desta taxa de prevalência cresce de maneira proporcional ao aumento da faixa etária (MONTEIRO *et al.*, 2012).

Porém, até o início do século XXI, pouco se falava no desenvolvimento de uma política de saúde mental que atendesse a demanda destas crianças e adolescentes. Até então, apenas eram realizadas raras ações assistenciais que traziam propostas voltadas mais à reparação e disciplina do que ao tratamento clínico propriamente dito. Apenas quando esta questão começou a ser percebida como um real problema, os caminhos para o surgimento de uma política de saúde mental voltada às crianças e adolescentes começaram a surgir (COUTO e DELGADO, 2015).

Seguindo a tendência mundial, o país tem sua trajetória em atenção à saúde mental marcada pela institucionalização, estigmatização, isolamento, segregação e violação dos direitos humanos (DOMINGUES, 2018). Esse direcionamento na atenção em saúde mental sob essa lógica permaneceu durante longo período, só vindo a ser alterada com alguns modelos propostos por estudiosos que pretendiam mudar este sistema que apresentava tantas falhas.

Entre eles, cabe citar o modelo colocado por Caplan, em 1996, que propõe a psiquiatria comunitária, se propondo a identificar as necessidades da população com enfoque na prevenção e no envolvimento dos principais atores sociais no planejamento das ações em saúde mental. Este modelo foi muito importante para impulsionar movimentos de outros profissionais que passaram a atuar na área psiquiátrica, como psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais, porém, este movimento não se constituiu como uma Reforma Psiquiátrica em nível global (DOMINGUES, 2018).

O movimento que conseguiu alcançar o *status* internacional de mudança, ocorreu na Itália, quando Franco Basaglia propôs um modelo de tratamento baseado na liberdade e na cidadania dos pacientes, conseguindo extinguir o hospital psiquiátrico, dando lugar a dispositivos territoriais comunitários (LAKI, 2017). Ele questionou as verdades científicas do seu tempo e, tinha como ideal a devolução da liberdade aos internos do hospital psiquiátrico após tantos anos de clausura. Para que essa liberdade fosse possível, esses pacientes deveriam retornar à sociedade, à cidade.

De acordo com Oliveira (2011), uma das contribuições do pensamento de Basaglia era a devolução da liberdade aos internos dos hospitais

psiquiátricos, feita através de seu retorno a sociedade. Para ele, era responsabilidade não só dos profissionais da saúde, mas de toda a sociedade procurar meios para tratar desta questão, que não era apenas de saúde, mas também política. Neste sentido, entendia que Basaglia acreditava que o caminho para realizar seus ideais era o da desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos.

A Reforma Psiquiátrica Italiana ganhou importância em contexto mundial, proporcionando importantes contribuições no início do próprio processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, contribuindo até os dias atuais para que estas continuem acontecendo.

Pode-se dizer que o movimento da reforma psiquiátrica no Brasil teve início nos anos 1970, quando surgiram momentos de efervescência conceitual-filosófica com implicações diretas Colvero e Machado (2000, p. 69) “esses anos foram marcados por debates sobre os direitos humanos dos pacientes psiquiátricos reclusos em manicômios”. Várias denúncias sobre maus-tratos e desassistências começaram a surgir na mídia, criando condições favoráveis para a motivação da opinião pública e de certos políticos sobre as questões da atenção à saúde mental. A reforma psiquiátrica surgiu, então, no sentido de questionar a instituição asilar e a prática médica, e humanizar a assistência, fazendo com que houvesse ênfase na reabilitação ativa em detrimento da custódia e da segregação.

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental – MTSM no Brasil teve início no final da década de 70, impulsionado por trabalhadores da área que buscavam reformas na assistência psiquiátrica no país, uma vez que a proposta vigente na época era eminentemente técnica. Inspirado por iniciativas que já estavam acontecendo em outras partes do mundo ocidental, o MTSM gerou críticas ao saber psiquiátrico e a certa postura diante da doença mental, produzindo novas iniciativas práticas e teóricas de transformação e permitindo o surgimento de novas questões nessa área (BRASIL, 2005b).

Este foi um dos movimentos que, durante a redemocratização do Brasil na década de 80, acabou por culminar na implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no início dos anos 90 e fez com que os ideais da Reforma Psiquiátrica constituíssem um grande movimento social em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde. De acordo com Resende (1994):

Esses ideais foram permeados, então, pelas diretrizes e

pelos princípios do SUS, que podem ser descritos como: descentralização; atendimento integral, envolvendo atividades curativas e, sobretudo, preventivas; participação da comunidade efetuando um controle social; universalidade do acesso aos serviços de saúde em todos os níveis da assistência; igualdade da assistência; preservação da autonomia da pessoa em defesa de sua integridade física e mental; e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão (RESENDE, 1994, p. 46).

É necessário entender esse movimento não como algo original e que começou nesse período, mas como parte de um processo de várias tentativas de reformas psiquiátricas já registradas em outros contextos sociais-históricos, como por exemplo a Psiquiatria de Setor, iniciada logo após a Segunda Guerra Mundial, inspirada nas ideias do psiquiatra francês Lucien Bonnafé, buscava transformar as condições asilares.

O período que compreende o final da década de 70 até o início da década de 90, pode ser considerado de grande importância para a Reforma Psiquiátrica no Brasil, visto que acontecimentos importantes se deram neste intervalo de tempo. O ano de 1978 é considerado como o início dos movimentos sociais em prol dos doentes psiquiátricos que culminaram no surgimento do MTSM. Estes movimentos, baseados na crítica social aos manicômios, foram responsáveis por quebrar antigos paradigmas do tratamento psiquiátrico no país, trazendo propostas para a reorientação da assistência aos necessitados. Em 1987 o MTSM faz seu II Congresso Nacional, focando em uma sociedade sem manicômios e, neste mesmo ano, acontece no Rio de Janeiro a I Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2015).

Ao apresentarmos o resgate histórico sobre as legislações anteriores relacionadas à Saúde Mental no Brasil, observamos que elas se preocupavam mais em excluir as pessoas com transtornos mentais (então denominados “alienados” e “psicopatas”) do convívio em sociedade para evitar a “perturbação da ordem”, do que em oferecer tratamento adequado para a melhora do usuário. Os decretos traziam dezenas de artigos, cuja maioria apenas regulamentava o ambiente terapêutico que se dava dentro do hospital psiquiátrico (BRITO e VENTURA, 2012).

A denominação também evoluiu com a reforma, as leis não mais regulamentam a assistência a alienados e psicopatas e sim a proteção, o atendimento médico e o modelo assistencial às pessoas com transtornos mentais.

Na América Latina, em 1990, a OMS em conjunto com a

Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), publicou um importante documento intitulado “A Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina: Uma nova política para os serviços de Saúde Mental”, que ficou conhecido como a Declaração de Caracas (MACHADO, 2004). Ela marcou uma grande mudança no tratamento psiquiátrico na América Latina, focada na mudança dos hospitais psiquiátricos da época, por serviços que se destacavam por uma abertura nas relações e práticas de cuidados, visando a inclusão da família neste tratamento e práticas mais humanitárias (COIMBRA *et al.*, 2005).

A Declaração de Caracas pode ser considerada um marco na Reforma Psiquiátrica da América Latina, tendo sido assinada pela grande maioria dos países da América Latina, inclusive o Brasil, que se tornou signatário em 2001, se propondo então a implementar leis que proporcionassem o surgimento de redes comunitárias de serviços de assistência em saúde mental, voltadas a garantia dos direitos humanos e a reintegração dos atendidos à sociedade (DOMINGUES, 2018).

### 3.2 POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL VOLTADA PARA O SEGMENTO INFANTO JUVENIL

Como resultado deste acontecimento, surgiu no Brasil a Lei de Reforma Psiquiátrica (Lei 10.216 de 2001), que reconhece pela primeira vez a pessoa com sofrimento psíquico como cidadão, buscando regulamentar suas relações com outros portadores de doença mental, profissionais de saúde, profissionais do direito, a sociedade e o Estado, uma vez que atribui a cada um o seu papel no tratamento. Ela orienta que o tratamento visará como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio, oferecendo assistência integral à pessoa com sofrimento psíquico, por meio de uma equipe multidisciplinar.

Esta Lei também garantiu direitos às Pessoas com Transtornos Mentais, sendo eles:

Art. 1º da Lei de Reforma Psiquiátrica afirma que os direitos e a proteção das pessoas com transtorno mental são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outro.

O parágrafo único do Art. 2º da Lei ressalta os direitos das pessoas com transtornos mentais:

I – Ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

- II – Ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III – ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV – Ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V – Ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI – Ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII – receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII – ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX – Ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. (BRASIL, 2001)

Baseada na Declaração de Caracas, a Lei 10.216 de 2001, possibilitou a criação de uma rede de assistência em saúde mental de base comunitária para substituir o antigo modelo de manicômios, proibindo a construção de novos hospitais psiquiátricos e promovendo a reintegração dos usuários internados em longa permanência ao convívio familiar e comunitário (DOMINGUES, 2018). Assim, com o intuito de desinstitucionalizar a pessoa com sofrimento psíquico/ transtorno mental, foram criados projetos de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), residências terapêuticas e leitos psiquiátricos em hospitais gerais.

Os CAPS são instituições que objetivam tratar pacientes com transtornos mentais, oferecendo-lhes atendimento médico e psicológico, estimulando sua integração social e familiar. Os CAPS foram instituídos pela Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, do Ministério da Saúde, advinda dos direitos garantidos pela Lei 10.216 de 2001 (BRASIL, 2002).

De acordo com a Portaria nº336, os CAPS deverão funcionar em forma de serviço ambulatorial diário, atendendo a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas e divididos em modalidades, sendo elas: CAPS I, atende cidades e/ou regiões com população entre 20 e 70 mil habitantes, de todas as faixas etárias; CAPS II, atende cidades e/ou regiões com população entre 70 e 200 mil habitantes, de todas as faixas etárias; CAPS III, atende cidades e/ou regiões com população acima de 200 mil habitantes, com acolhimento noturno para até 5 vagas, em todas as faixas etárias; CAPSi, atendimento à crianças e adolescentes com idade entre 0 a 17 anos e 11meses, constituindo-se em referência para uma população de cerca

de 200 mil habitantes; e o CAPS *ad* Álcool e Drogas, atendimento a todas faixas etárias, especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, em cidades e/ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.

Até o ano de 2010, o atendimento em saúde mental foi realizado nos CAPS, em parceria com Unidades Básicas de Saúde, Serviços Hospitalares, Núcleos de Apoio a Saúde da Família, entre outros que compõem os serviços do SUS. Essa situação se alterou, quando a OPAS propõe a todos os países da América Latina mudanças no atendimento à saúde, implementando as Redes de Atenção à Saúde – RAS, transformando os serviços sob a lógica de Redes de Atendimento (DOMINGUES, 2018).

Ante esse direcionamento, o Brasil atende a sugestão e inicia o processo de implementação das RAS, regulamentadas pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que conceitua as RAS como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010).

As RAS se caracterizam por ligar os pontos de atenção através de relações horizontais, centradas na Atenção Básica. O foco nas necessidades de saúde da população, a atenção contínua e integral, o compromisso com resultados e o compartilhamento de objetivos são alguns dos norteadores das RAS (BRASIL, 2014).

Segundo Oliveira (2016), as RAS podem ser definidas como organizações de conjuntos de serviços de saúde que possuem uma mesma missão, mesmos objetivos e trabalham em cooperação interdependente, o que possibilita a atenção contínua a determinada população, de forma humanizada e igualitária.

No Brasil, as RAS são divididas por temáticas de atenção, instituídas também pela Portaria 4.279/2010, sendo elas: Rede Cegonha, pré-natal, parto, nascimento; Rede de Urgência e Emergência, serviços de funcionamento 24 horas, Samu, atenção primária, promoção e prevenção; Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência, atenção básica e especializada em reabilitar deficientes; Rede de Atenção à Saúde de Pessoas com Doenças Crônicas, atenção básica e especializada, urgência e emergência; e a Rede de Atenção Psicossocial, conhecida como RAPS (BRASIL, 2014).

As RAPS foram instituídas pela Portaria nº 3.088, de 23 de

dezembro de 2011, do Ministério da Saúde, com a finalidade de “criar, ampliar e articular os pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas” (BRASIL, 2011).

As RAPS destacam-se por oferecer um serviço de Atenção Básica, buscando efetivar os princípios da Reforma Psiquiátrica em relação à inclusão social, servindo com entrada de todos os usuários do SUS. Por esse meio, são criados vínculos de responsabilidade e compromisso com a sociedade. O modelo das RAPS possibilitou o atendimento ampliado, que envolve a participação de várias equipes diferentes para um trabalho articulado e contínuo, onde as ações são guiadas pelas necessidades da população (MOREIRA e ONOCKO-CAMPOS, 2017).

A atenção psicossocial é um componente básico e obrigatório aos serviços de saúde. Os principais componentes das RAPS são: A atenção Básica em Saúde, que trata de saúde preventiva, atenção básica às populações específicas, consultórios nas ruas, apoio domiciliar e centros de convivência; Atenção Psicossocial Especializada, em suas diferentes modalidades; Atenção de Urgência e Emergência, atendimentos 24 horas, salas de estabilização, entre outros; Atenção Residencial de Caráter Transitório, unidades de recolhimento, serviços em regime residencial; Atenção Hospitalar, enfermaria especializada em pessoas com sofrimento ou transtorno mental; e Reabilitação Psicossocial. (GARCIA e REIS, 2018)

Quadro 1 - Rede de Atenção Psicossocial – Raps (estrutura organizacional)

<b>Atenção Básica em Saúde</b>	Unidade Básica de Saúde; Núcleo de Apoio a Saúde da Família; Consultório na Rua; Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; Centros de Convivência e Cultura.
<b>Atenção Psicossocial Estratégica</b>	Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades
<b>Atenção de Urgência e Emergência</b>	SAMU 192 Sala de Estabilização; UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção a urgências e emergências/ pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde.
<b>Atenção Residencial de Caráter Transitório</b>	Unidades de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de



	crack, álcool e outras drogas; Serviço de Atenção em Regime Residencial (Comunidades Terapêuticas).
<b>Atenção Hospitalar</b>	Enfermaria especializada em Hospital Geral; Serviço Hospitalar de Referência para Atenção as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.
<b>Estratégia de Desinstitucionalização</b>	Serviços Residenciais Terapêuticos; Programa Volta para Casa.

Fonte: DOMINGUES, 2018.

A orientação das RAPS para o atendimento do segmento Infanto-juvenil, permanece com os CAPSi, e se amplia uma modalidade de atendimento, as Unidades de Acolhimento, destinadas às crianças e aos adolescentes com faixa etária entre 10 e 18 anos incompletos, de ambos os sexos, que apresentam quadro de sofrimento psíquico ou outras situações que dificultam ou impossibilitam o estabelecimento de laços sociais e a realização de projetos de vida, demonstrando necessidade de cuidado integral de caráter residencial transitório. Estas instituições são indicadas para municípios ou regiões de saúde com população acima de 200 mil habitantes (BRASIL, 2015).

No que se refere aos serviços de saúde mental infanto-juvenis, dentro da perspectiva que atualmente norteia as Políticas de Saúde Mental, devem assumir uma função social que extrapola o fazer meramente técnico do tratar, o que inclui ações como acolher, escutar, cuidar, possibilitar ações emancipatórias, enfrentar estigmas e determinismos e melhorar a qualidade de vida das pessoas, tendo-as como seres integrais com direito à plena participação e inclusão em sua comunidade, partindo de uma rede de cuidados que leve em conta as singularidades de cada um e as construções que cada sujeito faz a partir de suas condições (BRASIL, 2005a).

Constituiu-se ainda em um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes gravemente comprometidos psiquicamente. Estão incluídos nessa categoria os portadores de autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais.

Em geral, as atividades desenvolvidas nos CAPSi são as mesmas oferecidas nos CAPS, como atendimento individual, atendimento grupal,

atendimento familiar, visitas domiciliares, atividades de inserção social, oficinas terapêuticas, atividades socioculturais e esportivas, atividades externas. Elas devem ser dirigidas para a faixa etária a quem se destina atender. Assim, por exemplo, as atividades de inserção social devem privilegiar aquelas relacionadas à escola.

Compostos por equipes multiprofissionais – contendo no mínimo um psiquiatra, neurologista ou pediatra com formação em saúde mental infantil, um enfermeiro, quatro profissionais de nível superior (entre: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo) e cinco profissionais de nível médio - os CAPSi devem se responsabilizar pelo atendimento regular de um número limitado de pacientes e de suas famílias, em regimes diferenciados de tratamento, segundo as necessidades de cada caso (intensivo, semi-intensivo e não intensivo), desenvolvendo um elenco diversificado de atividades terapêuticas.

São prioritários os atendimentos para autistas, psicóticos e para todos aqueles cuja problemática incida diretamente em prejuízos psicossociais severos, como na socialização, inclusão escolar, familiar/comunitária, entre outros (BRASIL, 2005).

Neste sentido, Couto *et al.* (2008, p. 393) diz que “os CAPSi são também encarregados de desenvolver ações para conhecimento e ordenação das diferentes demandas que concernem à saúde mental da infância e adolescência no território sob sua responsabilidade”. Isso acontece através de dois fatores: terapêutico e gestor, sendo que, este último deve ser realizado por meio do levantamento das necessidades reais em saúde mental em um contexto social específico onde está inserido e nas entidades públicas locais como escolas, conselhos tutelares, abrigos e postos de saúde, através de reuniões regulares e/ou outras estratégias pertinentes. Trabalhando em conjunto com a concordância de fluxos pelos diferentes setores, objetivando a melhor cobertura das demandas que, mesmo não requerendo tratamento diário e intensivo, exigem cuidado e tratamento.

E Couto conclui que:

As diretrizes das políticas públicas de atenção à saúde mental infantil sofreram grandes mudanças na passagem do século XX para o XXI, porém a implementação dos equipamentos e das equipes qualificadas para o exercício clínico delas depende não somente das diretrizes do Ministério da Saúde, mas da articulação com governos estaduais e municipais. A gestão do Sistema Único de Saúde é descentralizada. Por isso observamos uma disparidade regional importante

no número de CAPSi implantados no território nacional. Pode-se dizer também que o número total destes serviços ainda é insuficiente para dar conta da demanda de problemas psíquicos que afetam a infância. (COUTO, 2008, p. 30)

Um dos desafios do CAPSi foi instaurar uma nova postura, uma outra ética de cuidados, e uma nova forma de lidar com a criança e o adolescente acometido de transtorno mental, frente a trabalhadores de saúde mental que não compartilhavam da Reforma Psiquiátrica e ainda estão impregnados pelo modelo biomédico (COUTO et al., 2008).

No CAPSi, o acolhimento prestado pela equipe acontece por meio de um atendimento de qualidade, de um tratamento pautado na ética, no respeito, no diálogo, na escuta qualificada, no estabelecimento do elo de confiança e de amizade entre trabalhadores de saúde e usuários/família, diferenciando assim, do tratamento dispensado a outros tipos de portadores de transtorno mental.

Essas características constituem tecnologias leves ou relacionais, que exigem valorização e possibilitam a forma efetiva de manifestação da subjetividade e de resgate do direito da criança e do adolescente como cidadãos. Assim, a interação da equipe com usuários e familiares constitui uma importante estratégia de cuidado no âmbito da saúde mental, surgindo a necessidade de sensibilizar o complexo processo a partir de uma crítica constante das práticas cotidianas desenvolvidas no CAPSi, evitando a cristalização e a massificação ao mesmo tempo em que se propõe um movimento constante de repensar as ações realizadas, buscando a singularização e transformação dos processos de trabalho (COUTO et al., 2008).

O profissional do CAPSi entende sua formação como uma maneira de subsidiar melhorias do atendimento e construção de conhecimento com a finalidade de estabelecer uma relação de proximidade, escuta, reflexão, comprometimento e respeito, tratando o paciente com humanidade. Um dos desafios à reforma psiquiátrica refere-se à exigência de formação de profissionais capazes de exercitarem sua visão crítica, sendo esse aspecto indispensável para superação inerente ao trabalho e para sustentação de uma prática de cuidado transformadora (RIBEIRO, 2010).

Apesar da necessidade de se implementar uma política de formação continuada para os profissionais de saúde do CAPSi, ainda não surgiram ações

governamentais concretas, muitas vezes, essa formação se dá a partir de uma motivação intrínseca e de investimento pessoal.

Uma importante estratégia do CAPSi é o estabelecimento de parcerias intersetoriais com diversos órgãos da sociedade, as quais devem ser cada vez mais consolidadas, como forma de oferecer um atendimento integral aos sujeitos em sofrimento psíquico. Logo, pode-se considerar a intersetorialidade como um importante pilar da saúde mental pública para crianças e adolescentes, mas como tarefa a ser efetivamente realizada (RIBEIRO, 2010).

Até meados da década de 80, o Brasil ainda possuía o costume de institucionalizar as crianças e adolescentes, em locais que não ofereciam o tratamento devido às necessidades destes. Com a democratização do país e as mudanças trazidas pela Reforma Psiquiátrica, esse quadro começou a mudar (BRASIL, 2005a).

Para alcançar resultados efetivos, é preciso a implantação de equipamentos e equipes qualificadas para o exercício clínico delas, e, isso, não depende somente das diretrizes do Ministério da Saúde, mas da articulação com governos estaduais e municipais. A gestão do Sistema Único de Saúde é descentralizada, resultando na disparidade regional importante no número de CAPSi implantados no território nacional. Pode-se dizer também que o número total destes serviços ainda é insuficiente para dar conta da demanda de problemas psíquicos que afetam a infância. Neste contexto, um levantamento do Ministério da Saúde feito em 2017 mostrou que existiam 229 CAPSi espalhados entre as regiões do país, sendo que a população estimada era aproximadamente 205 milhões de habitantes (BRASIL, 2017).

#### **4. O PERFIL DAS CRIANÇAS USUÁRIAS DO CAPSI DE FOZ DO IGUAÇU**

O presente capítulo pretende caracterizar o serviço CAPSi de Foz do Iguaçu, e traçar um perfil das crianças de 0 até 12 anos de idade atendidas no local.

##### **4.1 CAPSI DE FOZ DO IGUAÇU**

Foz do Iguaçu é uma cidade situada no oeste do Paraná, faz fronteira com Paraguai e Argentina, sua população atual é de cerca de 258.500

habitantes, com uma variedade muito grande nas etnias que vivem na cidade. É considerada umas das cidades mais multiculturais do Brasil pela sua mistura étnica com mais de 72 grupos. (IBGE, 2019).

Por ser uma região de fronteira Foz do Iguaçu possui particularidades específicas, a economia da região é baseada no turismo, comércio local gastronômico, recebendo muitos visitantes para seus principais pontos turísticos, Itaipu e Cataratas ambas situadas em Foz do Iguaçu e o comércio de rua em Ciudad del Este no Paraguai, para os moradores da região é um dos principais vetores econômicos (CAVATORTA, 2017).

Dentre todas essas especificidades Foz do Iguaçu é ainda uma cidade com um forte número de trabalhadores informais, o contrabando é um importante fator econômico na cidade, que por falta, muitas vezes, de alfabetização ou condições de trabalho, os indivíduos se sujeitam a exercer funções na informalidade.

Diante das mudanças no mundo do trabalho e a situação de informalidade em maior grau nas cidades fronteiriças as expressões da questão social como perda de direitos trabalhistas, desemprego, tráfico de drogas, crianças tanto de nacionalidade brasileira quanto dos outros dois países em situação de rua, e o grande risco de viver do contrabando aumentam cada vez mais (CARDIN, 2013, pg.12).

A tríplice fronteira carrega consigo precariedades que ocorrem entre os 3 países fronteiriços, estas questões envolvem consigo as migrações, pobreza, trabalho informal e questões políticas e sociais, todos estes problemas acabam desencadeando outros problemas, entre os mais vistos, o problema de saúde mental (CATAVORTA, 2017).

Em Foz do Iguaçu, a Política Nacional de Saúde Mental caminhou lentamente, principalmente no que diz respeito a criança e adolescente, em 2010 houve a criação da rede RAS e RAPS, constituída por um ambulatório de saúde mental, dois centros de atenção psicossocial um destinado ao atendimento de transtorno psíquico e outro para dependência química (DOMNGUES, 2017). Apesar dos CAPS estarem na agenda governamental em 2002, o CAPSi de Foz do Iguaçu só foi implantado dez anos depois.

A implementação das ações e serviços de saúde estão a cargo da Secretaria Municipal de Saúde, que atua na cidade desde 1999 incorporando os princípios da descentralização do SUS, dividindo a cidade em cinco distritos sanitários: Norte (Distrito Sanitário de Itaipu), Nordeste

(Distrito Sanitário Três Lagoas), Oeste (Distrito Sanitário Central), Leste (Distrito Sanitário São Francisco), Sul (Distrito Sanitário Porto Meira) para que a assistência de saúde do município possa ser organizada (DOMINGUES, 2018. Pg.198).

A abertura do serviço se deu pela necessidade de um local específico para atendimento aos infantes em sofrimento psíquico, já que esse atendimento era realizado no Ambulatório de Saúde Mental para sofrimento psíquico, e CAPS AD, crianças e adolescentes com uso de álcool e drogas, o que fugia das normas legais. Em janeiro de 2012, o CAPSi foi inaugurado, atendendo a princípio apenas infantes com uso de álcool e drogas, apenas dois anos depois por haver uma enorme demanda passou atender os vários tipos de transtornos mentais.

O CAPSi até os dias de hoje ainda não está legalmente credenciado devido a estrutura estar fora das normas legais de funcionamento, é importante ressaltar a contradição existente nesse serviço, já que a obra foi construída para prestar esse serviço, isso dificulta os repasses de verbas destinadas ao CAPSi. Esse impedimento legal acaba prejudicando diretamente a execução das atividades atribuídas a estes locais, que só obtém recursos através do município e não estadual ou federal.

O CAPSi de Foz do Iguaçu, está localizado na rua João Holler, nº 580 - Jardim Guarapuava, no município de Foz do Iguaçu-PR, com horário de atendimento das 08:00h da manhã às 17:00h de segunda à sexta-feira. A estrutura física do local obtém oito salas para atendimento, banheiros femininos e masculinos sendo dois para uso exclusivo dos funcionários, recepção, refeitório e cozinha.

Ele conta com uma equipe multidisciplinar, constituída por duas assistentes sociais, três enfermeiro(a)s, duas psicólogas, um coordenador, e uma terapeuta ocupacional. Além dessa equipe o CAPSi conta ainda com médico psiquiatra e um clínico geral, que atendem em horários diferenciados.

O tratamento dado é de acordo com a especificidade de cada caso nos quais são realizados estudos de caso individual, devido a peculiaridade de cada usuários. Os encaminhamentos se originam de distintos centros, advinda de toda a rede que envolve a criança e adolescente na sociedade, podendo ser encaminhado da área de educação, da assistência, de instituições não governamentais e todas as outras instituições necessárias.

Dentre as atividades desempenhadas no CAPSi, são realizadas visitas domiciliares semanalmente; contato com usuários e família via telefone; há oficinas de música; atividades esportivas e culturais; formações de grupos terapêuticos, familiares e de apoio; além de atendimento médico e psicológico no próprio serviço. Deve esclarecer que não foi possível apresentar no presente estudo a quantidade e temas dos grupos existente, visto que eles estão em constante mudança, de acordo com a necessidade dos usuários e profissionais envolvidos.

O primeiro contato do paciente com o CAPS é através do acolhimento, nesse processo é aberto um prontuário individual, nele serão inseridas todas as informações do tratamento do usuário, desde núcleo familiar, desenvolvimento do tratamento, medicação e demais informações. Estes prontuários são confidenciais e apenas os profissionais do CAPSi possuem autoridade de acesso.

O usuário será desligado do serviço em casos de alta médica, não frequência após esgotadas todas as formas de intervenção profissional, ou transferido ao CAPSII ou CAPSAD ao cessar sua menoridade<sup>6</sup>.

#### 4.2 PERFIL DAS CRIANÇAS USUÁRIAS DO CAPSI DE FOZ DO IGUAÇU: ACHADOS DA PESQUISA

No serviço CAPSi, a amostra utilizada para coleta de dados foram os prontuários ativos de crianças usuárias, com idade de 0 até 12 anos, lembrando que são considerados ativos prontuários com frequência de dois meses ao tratamento no serviço. Sobre critérios de exclusão, não foram incluídos prontuários recentes, com menos de dois meses de tratamento, ou prontuários de crianças que frequentam equipamento na modalidade Álcool e drogas (AD).

O período utilizado para amostra e coleta de dados dos usuários foi de 10 de novembro até 14 de novembro de 2019, onde se constatou haver um total de 128 prontuários ativos, com os critérios adotados nesta pesquisa.

Para padronizar a coleta de dados se optou por criar um protocolo de pesquisa com informações não sigilosas, sendo os seguintes dados coletados dos usuários: sexo, idade, local de moradia, quantidade de membros na moradia,

---

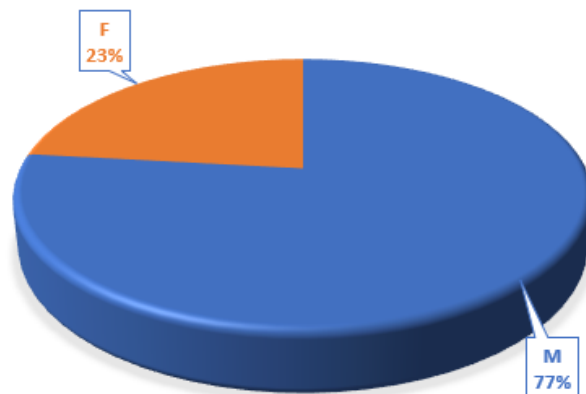
<sup>6</sup> O artigo 5º do Código Civil diz que: "A menoridade cessa aos 18anos completos, quando a pessoa fica habilitada à prática de todos os atos da vida civil"

CID, queixa, origem do encaminhamento. O protocolo de pesquisa que norteou se encontra anexo nessa pesquisa.

As informações após coletadas foram tabeladas, utilizando o *software* Excel, e analisados de maneira quantitativa e qualitativa, resultando em dados gráficos que serão apresentados, com as informações de cada item tabulado. Importante esclarecer, que algumas informações, devido a sua complexidade de cada usuário, não houve possibilidade de quantificá-las em gráficos, e tabela-los de forma a gerar informações relevantes para a definição do perfil esperado.

Ao analisar prontuários ativos das crianças se constatou uma maior prevalência do público masculino conforme demonstrado no gráfico abaixo:

**Gráfico 1 – SEXO**

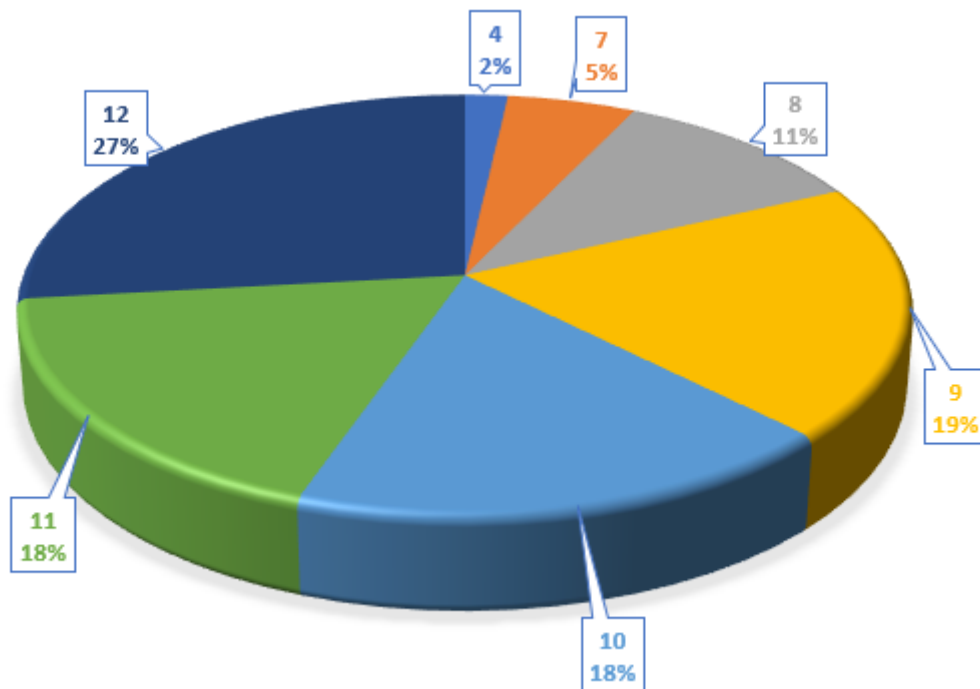


Esse maior número do sexo masculino entra em conformidade com outras regiões dentro e fora do país segundo estudos. Conforme a pesquisa de Thiengo (2014), já referida nesse estudo, sobre prevalência dos sofrimentos psíquicos em crianças, os estudos evidenciaram uma maior prevalência do sexo masculino para transtornos de conduta e TDH. Ainda segundo o autor isso provavelmente se deve ao fato de meninas apresentarem menos sintomas de impulsividade e agressividade durante a infância, o que diminui a busca por atendimento.

No que se refere a idade dos usuários, o gráfico aponta que infantes com algum tipo de sofrimento psíquico, são evidenciados após os 7 (sete) anos de idade, tendo casos isolados abaixo desta idade, com os maiores índices aos 12 (doze) anos, e uma a média relativa entre os 9 anos até os 11 anos de idade, como se observa no gráfico:



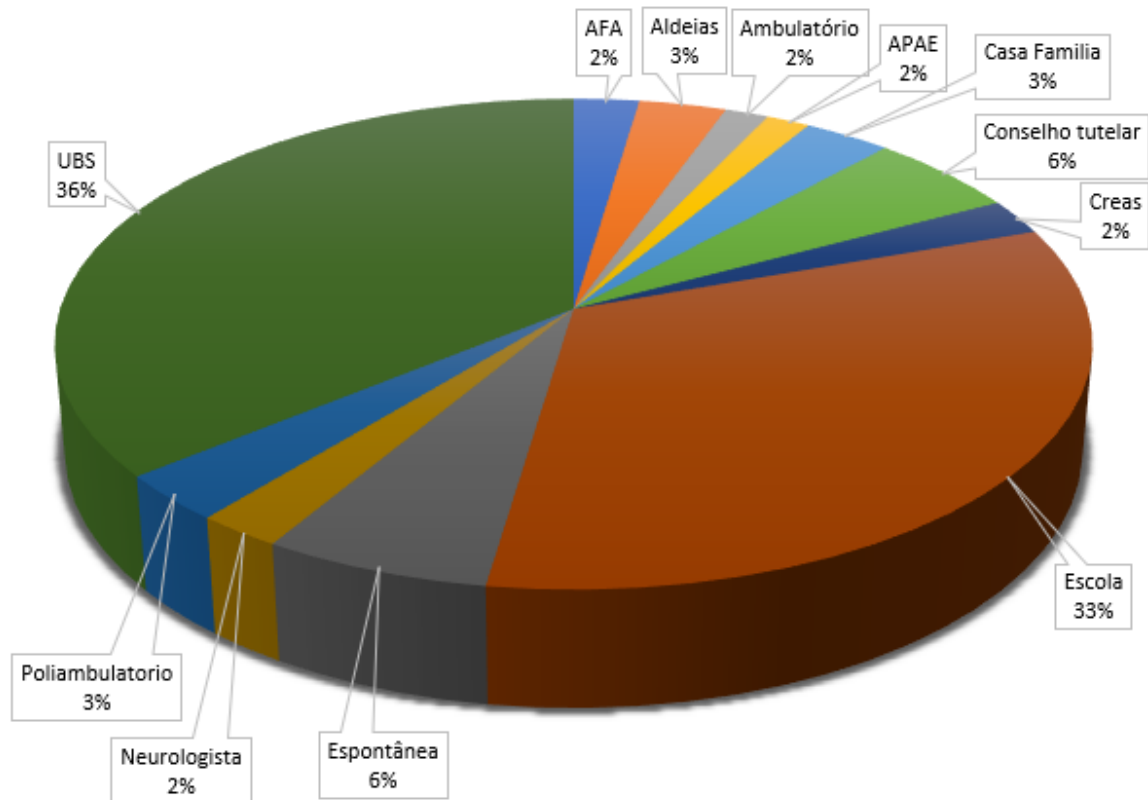
Gráfico 2 – IDADE



Durante a vivência de estágio no CAPSi de Foz do Iguaçu foi possível identificar que após o início escolar por volta dos sete anos em diante é que se tornam mais evidente os transtornos de aprendizagem e conduta, aqueles que atrapalham, de alguma maneira, o desenvolvimento intelectual e social dessas crianças.

Já, em relação a forma que essas crianças chegam até o serviço CAPSi, foi possível identificar doze instituições responsáveis por esses encaminhamentos, sendo elas: Casa Família, Associação Fraternidade e Aliança(AFA), Poliambulatório, Ambulatório de Saúde Mental, Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), médico neurologista particular, Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas), Conselho Tutelar, Unidade Básica de Saúde (UBS), Aldeias Infantis e escola. Além dessas fontes, pode ocorrer a busca espontânea, que é caracterizada quando a família vai por contra própria, sem nenhum encaminhamento. As informações sobre encaminhamentos se encontram no gráfico 3.

Gráfico 3 – ORIGEM ENCAMINHAMENTO



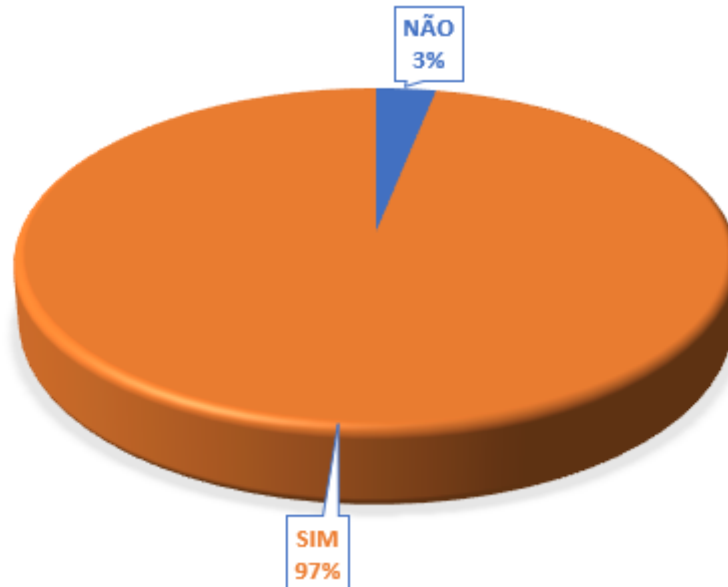
O maior fluxo de encaminhamento é via UBS, o que se explica pelo fato de ser a porta de entrada da área da saúde. Se analisa que a escola possui um papel fundamental nos encaminhamentos para o CAPSi, estando em segundo lugar na escala de encaminhamentos desses infantes. Isso se explica na medida que a escola se tornou um dos principais locais de olhares para o que é “normal” ou “anormal” na nossa sociedade, ela é um agente de inclusão ou exclusão desses infantes (KAMERS,2013).

Em termos de diagnóstico e medicação já existe hoje uma forte preocupação por parte dos profissionais da área da saúde mental, já que cada vez é maior o número de crianças que usam algum tipo de medicação, essas medicações provocam efeitos adversos: problemas do sono, e redução do apetite são alguns deles (OPAS,2018).

Dos dados coletados e analisados se evidenciou que apenas 3% desses infantes não estão em uso de algum tipo de medicação, ou seja, de 128 crianças analisadas, apenas 4 delas não está medicada. Isso se torna um dado preocupante, pois a cada dia a medicalização está mais influente e banalizada. Camargo (2013) situa a forma como situações comuns do cotidiano humano infantil como: agitação, vigor para brincadeiras, desobediência entre outras estão alvos de

medicação. Abaixo, no gráfico 4, se apresenta a porcentagem de usuários medicados.

**Gráfico 4 – USO DE MEDICAÇÃO**



As principais queixas dos encaminhamentos são de agressividade, inquietação falta de disciplina, dificuldade de aprendizagem. Os sofrimentos psíquicos estão identificados na Classificação Internacional de Doenças (CID-10), e abaixo estão apresentados os encontrados nos prontuários analisados:

Tabela 3 - Tipos de diagnósticos encontrados nos prontuários do CAPSi

CID	Significado	CID	Significado
F32	Episódios depressivos.	F70	Retardo mental leve
F33	Transtorno, depressivo recorrente	F79	Retardo mental não especificado
F39	Transtorno de humor[afetivo] não especificado.	F90	Transtornos de comportamento e emocionais.
F41	Transtornos ansiosos.	F90.0	Distúrbios da atividade e da atenção.
F41.1	Ansiedade generalizada	F91	Distúrbios de conduta, conduta dissocial, agressiva, desafiante
F41.2	Transtorno, misto ansioso depressivo.	F98	Outros transtornos, emocionais e comportamentais.

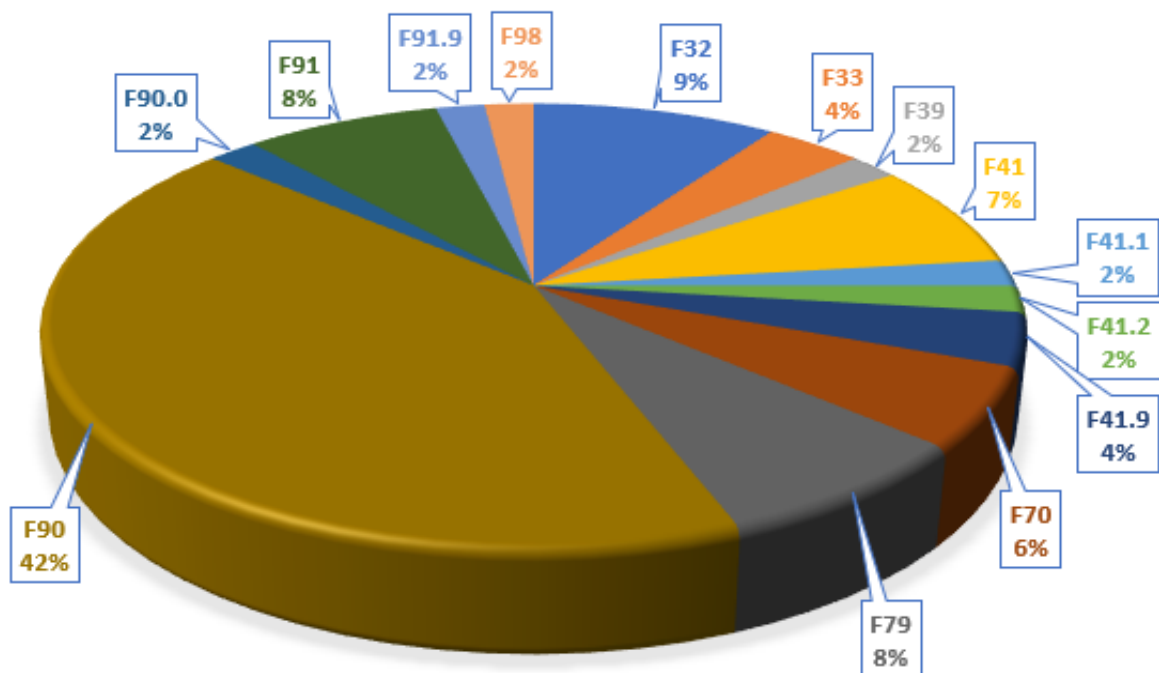
Fonte: Arquivos dos usuários do CAPSi de Foz do Iguaçu

Nota: Dados trabalhados pela autora

Em porcentagem o CID F90 equivale um total de 42% dos usuários do CAPSi de Foz do Iguaçu, levando em consideração que em vários prontuários

analisados foi detectado mais de um CID por usuário, porém na maior parte em conjunto com este CID. Se considerarmos os dados da pesquisa de Thiengo (2014) é possível identificar algumas paridades entre os transtornos prevalentes na infância, depressão, ansiedade, conduta, TDHA. No gráfico 5 se apresenta a porcentagem de CID dos usuários.

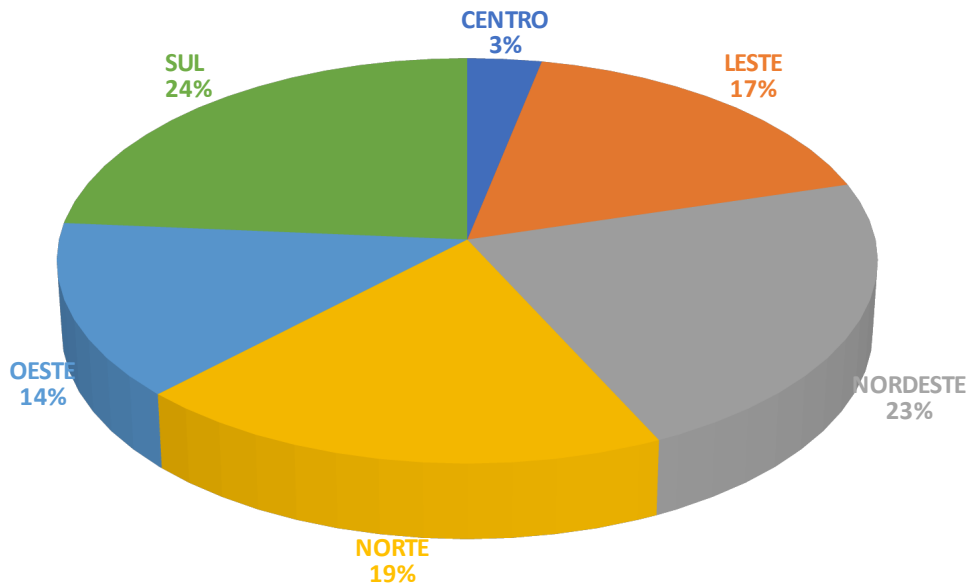
**Gráfico 5 – CID**



Ao distribuir a região de Foz do Iguaçu por distritos e analisar os locais de moradia dos usuários se identificou uma paridade entre as regiões, com excepcionalidade da região central que possui uma demanda significativamente menor.

Essa paridade pode ser explicada pelo fato de só haver o CAPSi como serviço para essa demanda em Foz do Iguaçu, assim os usuários que buscam atendimento são moradores de todas as regiões da cidade.

Gráfico 6 – MORADIA DOS USUÁRIO



Ao traçar o perfil das crianças de 0 até 12 anos do CAPSi de Foz do Iguaçu se identificou uma prevalência de 77% do sexo masculino, com uma média de idade de nove anos, encaminhada na maior parte pela Unidade Básica de Saúde (UBS) ou pela escola. Ainda foi possível se detectar que em termos de diagnóstico essas crianças na maior parte o que equivale em 42% sofrem de problemas relacionados ao comportamento social e afetivo, e apenas 3% não faz uso de medicação.

No que diz respeito a localização não se realizou análise aprofundada do motivo da disparidade entre os centros das demais localidades, ainda assim é possível realizar reflexões no campo do serviço social, e colocar as questões de vulnerabilidade e as diversas expressões da questão social contidas nos bairros mais carentes de Foz do Iguaçu, o que acontece com menor frequência na região central.

Ao analisar os prontuários se pode observar, além dessas informações tabuladas, várias outras informações nos remete à importância do trabalho multidisciplinar que acontece no CAPSi de Foz do Iguaçu. Para o trabalho do Serviço Social esses dados estão em conjunto com outros fatores como: socioeconômicos, sociais, culturais e biológicos, ou seja bio-psico-social.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde mental obteve uma mudança importante no mundo todo, com reformas e movimentos significativos, principalmente no que diz respeito à criança e adolescente, no qual avanços foram ainda mais importantes, já que antes esses infantes não eram vistos como sujeitos de direitos ou de importância para a sociedade.

No Brasil os avanços estão marcados por movimentos, reformas e denúncias de como essa população era excluída, para isso, o foco deixou de ser a doença e passou ser a saúde, a pessoa em sofrimento psíquico passa a ser visto a como sujeito de direito, confluindo com o fim das institucionalizações, resultando em um avanço na luta por esse público. O Brasil além de uma política de saúde que se instaurou na Lei Nº 10.216, houve a solidificação dos direitos aos portadores de sofrimentos psíquicos, nesse sentido, o país se torna exemplo para os outros.

Apesar de todos esses avanços ainda é possível encontrar muitas falhas aos tratamentos no que diz respeito à crianças e adolescentes, um público com situações mais vulneráveis na sociedade, pois são dependentes, não só da família, mas da sociedade em geral. Desta forma, ainda se encontram presentes na sociedade estigmas à essa população, com abandono e falta de acesso aos direitos básicos.

O presente estudo possibilitou identificar o perfil das crianças usuárias do CAPSi de Foz do Iguaçu, observando-se na pesquisa que em sua maioria são do sexo masculino, com idade entre 7 e 12 anos, com uma média de 9 anos de idade.

O principal serviço de encaminhamento é a Unidade Básica de Saúde (UBS), demonstrando que este local está cumprindo o seu papel como primeiro espaço público da população, para procurar tratamento de saúde. Tendo como segunda fonte a escola, apresentando a importância de ações no ambiente escolar para identificar possíveis necessidades de tratamentos nas crianças e adolescentes, que frequentam este espaço educacional, em que se pode identificar comportamentos humanos, que florescem nesse ambiente, como agressividade, inquietação, indisciplina, dentre outros.

O uso de algum tipo de medicação demonstrou um percentual elevado, apresentando que um grupo cem pacientes, apenas duas crianças não

estão sob tratamento medicamentoso, levantando um questionamento sobre como está banalizada a questão medicamentosa na nossa sociedade. Conforme análise se demonstra uma necessidade de incluir esses infantes em um padrão, desrespeitando totalmente suas particularidades.

No que diz respeito a identificação das doenças, observa-se que CID 90 se trata de transtorno comportamental está em 42% dos usuários, e que esse fator está ligado nas relações escolares, familiares.

O perfil da localização de moradia desses usuários demonstrou uma divisão equilibrada já que o serviço é único na região sendo referência para todas as partes da cidade, ainda assim se obteve uma diferença expressiva por parte da região central. Não se obteve com a pesquisa informações socioeconômicas por não haver esse dado no serviço, porém durante o processo de estágio pode se constatar que se trata de famílias na sua maioria em situação de vulnerabilidade, e com históricos de agressão e alcoolismo.

Muito se evoluiu no que se diz respeito a política de Saúde Mental para esse público, mas ainda existe muito a ser feito, os próprios responsáveis dessas crianças desconhecem como está colocada a política e quais são os direitos desses infantes garantidos por Lei, é necessário a conscientização dessa população para uma postura mais crítica, um olhar para os usuários como agentes de mudanças na nossa sociedade.

A atual conjuntura do Brasil traz enormes preocupações no que diz respeito a saúde mental, vivemos um momento de retrocesso nas políticas. Com fortalecimento do antigo modelo asilar e manicomial, repasses financeiros significativos para as casas terapêuticas e diminuição de verbas para os diversos tipos de CAPS. Esse é um momento que coloca o serviço social para um olhar mais atento a saúde mental e a luta pela sua sobrevivência.

## REFERÊNCIAS

\_\_\_\_\_. **Loucos Pela Vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

ALVARENGA, M. A. S., MENDOZA, C. E. F., GONTIJO, D. F. **Evolução do DSM quanto ao critério de diagnóstico para o distúrbio de personalidade antissocial**. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. v. 58. n. 4. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852009000400007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852009000400007). Acesso em 21/8/19.

AMARANTE, Paulo. **O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

ANDRADE, L. H., VIANA, M. C. **Lifetime prevalence, age and gender distribution and age-of-onset of psychiatric disorders in the São Paulo Metropolitan Area, Brazil: Results from the São Paulo Megacity Mental Health Survey**. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. v. 34. n. 3. São Paulo, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462012000300004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462012000300004). Acesso em 22/8/19.

ANGOLD, M. R. C., COSTELLO, J. **The Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA)**. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. v. 39. p. 39-48. 2000. Disponível em: [https://www.jaacap.org/article/S0890-8567\(09\)66099-8/pdf](https://www.jaacap.org/article/S0890-8567(09)66099-8/pdf). Acesso em 21/8/19.

ARAÚJO, T. M., PINHO, P. S., ALMEIDA, M. M. G. **Prevalência de Transtornos Mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico**. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. v. 5. n. 3. Recife, 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292005000300010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292005000300010). Acesso em 20/8/19.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA – APA. **DSM-IV-TR-TM: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 1 Ed. Artmed, Porto Alegre, 2002.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA – APA. **DSM-V-TR-TM: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 4 Ed. Artmed, Porto Alegre, 2014.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO DÉFICIT DE ATENÇÃO – ABDA. **O que é TDAH?** 2010. Disponível em: <https://tdah.org.br/o-que-e-o-tdah/>. Acesso em 27/8/19.

BIDDLE, S. J., ASARE, M. **Physical activity and mental health in children and adolescents: a review of reviews**. *British journal of sports medicine*. v. 45, n. 11, p. 886-895, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21807669>. Acesso em 27/8/19.

BRASIL, Lei Federal 8.069 de 13 de julho de 1990. **Estatuto da Criança e do**



**Adolescente.** Brasília, 1990. Disponível em: <https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/91764/estatuto-da-crianca-e-do-adolescente-lei-8069-90>. Acesso em 21/8/19.

BRASIL, Lei nº 10.216, de 3 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.** Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm). Acesso em: 30 nov. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como Lugares de Atenção Psicossocial nos Territórios:** Orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA. Brasília, 2015. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros\\_atencao\\_psicossocial\\_unidades\\_acolhimento.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_atencao_psicossocial_unidades_acolhimento.pdf). Acesso em: 01 nov. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e Outras Estratégias da SAS.** Brasília, 2014. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao\\_redes\\_atencao\\_saude\\_sas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf). Acesso em: 05 out. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde Mental: 1990-2004.** Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Memória da Reforma Psiquiátrica no Brasil – Lei Basaglia.** Disponível em: <http://laps.enasp.fiocruz.br/linha-do-tempo/37>. Acessado em 30 set. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Panorama e Diagnóstico da Política Nacional de Saúde Mental.** Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/04/2a-Apresentacao-CIT-Final.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011.** Brasília, 2011. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em: 08 out. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010.** Brasília, 2010. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2011/img/07\\_jan\\_portaria4279\\_301210.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf). Acesso em: 05 out. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil.** Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, 2015. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf). Acesso em: 06 out. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção**

**psicossocial.** Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério Da Saúde. Secretaria De Atenção À Saúde Departamento De Ações Programáticas. **Estratégicas Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil.** Brasília, Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL, Ministério Da Saúde. **Parecer 6769. Ementa: A internação psiquiátrica de crianças e adolescentes é juridicamente possível, desde que algumas condições especiais sejam respeitadas.** Brasília, DF. 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria 336, de 19 de fevereiro de 2002.** Brasília, DF. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil.** Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde.** Brasília, 2005a.

BRITO, Emanuele Seicenti de; VENTURA, Carla Aparecida Arena. **Evolução dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais: uma análise da legislação brasileira.** Revista de Direito Sanitário, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 47-63, 2012.

CAMARGO JR, Kenneth Rochel. **Medicalização, farmacologização e imperialismo sanitário.** Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n5/02.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2019.

CASTEL, Robert. **A Ordem Psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

CAVATORTA, Mateus Galvão; DA SILVA CALDANA, Nathan Felipe. **Relações Fronteiriças entre Foz Do Iguaçu, Ciudad del Este e Puerto Iguazu: Aspectos Políticos, Econômicos e Sociais que Promovem a Integração.** Geographia Opportuno Tempore, v. 3, n. 1, p. 220-233, 2017;

COIMBRA, V. C. C., GUIMARÃES, J. SILVA, M. C. F., KANTORSKI, L. P., SCATENA, M. C. M. **Reabilitação Psicossocial e Família: Considerações sobre a reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil.** Revista Eletrônica de Enfermagem. v. 7. n. 1. 2005. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/849/1024>. Acesso em 20/8/19.

COLVERO, L.; MACHADO, A. **Cuidado da enfermagem em saúde mental: desafio da modernidade.** In: JORGE, M.; SILVA, W.; OLIVEIRA, F. (Eds.). Saúde mental: da prática psiquiátrica asilar ao 3º milênio. São Paulo: Lemos, 2000. p. 67-71.

COSTA, Jurandir Freire. **História da Psiquiatria no Brasil: Um Corte Ideológico**. 5. ed. rev. Rio de Janeiro. Garamond Universitária, 2007.

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

COUTO, M. C. V., DELGADO, P. G. G. **Crianças e Adolescentes na Agenda Política da Saúde Mental Brasileira: Inclusão Tardia, Desafios Atuais**. Revista Psicologia Clínica. v. 27. n. 1. p. 17-40. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pc/v27n1/0103-5665-pc-27-01-00017.pdf>. Acesso em: 27 out. 2019.

DOMINGUES, J. **A implementação da Política de Saúde Mental nas cidades gêmeas de Foz do Iguaçu (BR) e Ciudad del Este (PY)**. Tese (doutorado) – Universidade Católica de Pelotas, Programa de Pós-Graduação em Política Social e Direitos Humanos, Pelotas, 2018.

DOMINGUES, Juliana; JUNIOR, João Alberto Gonçalves; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **A institucionalização da Política de Saúde Mental no Paraguai: antecedentes, conteúdos e desafios atuais**. Revista de Políticas Públicas, 2017.

DUARTE CS, Bird H. **Dados epidemiológicos em psiquiatria infantil: orientando políticas de Saúde Mental**. *Revista Brasileira Psiquiatria*. 2002;24(4):162-3.

DUMAS, J E. **Psicopatologia da Infância e da Adolescência**. 3. Ed. Artmed, Porto Alegre, 2018.

ERSKINE, H. E., FERRARI, A. J., POLANCZYK, G. V., MOFFITT, T. E., MURRAY, C. J., VOS, T. WHITEFORD, H. A., SCOTT, J. G. **The global burden of conduct disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder in 2010**. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, v. 55. p. 328-336, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24447211>. Acesso em 20 ago. 2019.

FONTE, E. M. M. **Da institucionalização da loucura à reforma psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil**. Revista Estudos de Sociologia. v. 1. n. 18. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revsocio/article/view/235235/28258>. Acesso em: 30 out. 2019.

FORTES, H.M. **Tratamento compulsório e internações psiquiátricas**. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife, v. 10, p. 321-330, dez. 2010. Suplemento 2.

GARCIA, P. T., REIS, R. S. **Redes de Atenção à Saúde: Rede de Atenção Psicossocial – RAPS**. São Luís, 2018. Disponível em: [http://www.unasus.ufma.br/site/files/livros\\_isbn/isbn\\_redes06.pdf](http://www.unasus.ufma.br/site/files/livros_isbn/isbn_redes06.pdf). Acesso em: 08 out. 2019.

HÄSSLER, F., THOME, J. **Mental retardation and ADHD**. *Zeitschrift für Kinder-und*

*Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* v. 40. p.83-93. 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22354492>. Acesso em 18/8/19.

KAMERS, Michele. **A fabricação da loucura na infância: psiquiatrização do discurso e medicalização da criança**. Estilo da Clínica. São Paulo, v. 18, n. 1. 2005. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-71282013000100010](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282013000100010). Acesso em: 13 nov. 2019.

KESSLER, C., AMMINGER, G. P., AGUILAR-GAXIOLA, S., ALONSO, J. LEE, S. USTÜN, T. B. **Age of onset of mental disorders: a review of recent literature**. *Current Opinion in Psychiatry*, v. 20, p. 359-364, 2007. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17551351>. Acesso em 18/8/19.

KEYNEJAD, R. C., BARBUI, C. THORNICROFT, G. **WHO Mental Health Gap Action Programme Intervention Guide: A systematic review of evidence from low and middle-income countries**. *Evidence-based mental health*. v. 21, n. 1, p. 30-34, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28903977>. Acesso em 16/8/19.

KIELING, C, BAKER-HENNINGHAM, H., BELFER, M., CONTI, G., ERTEM, I., OMIGBODUM, O., RHODE, L. A., SRINATH, S., ULKUER, N. RAHMAN, A. **Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action**. *The Lancet*. v. 378, n. 9801, p. 1515-1525, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22008427>. Acesso em 18/8/19.

LAKI, A. C. M. **A Reforma Psiquiátrica Brasileira e Italiana: Um Relato de Experiência**. Trabalho de Conclusão de Curso (Residência em Saúde Mental e Coletiva), Unicamp, Campinas – SP, 2017. Disponível em: [https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/2017/page/tcc\\_ana\\_carolina\\_de\\_m\\_laki\\_0.pdf](https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/2017/page/tcc_ana_carolina_de_m_laki_0.pdf). Acesso em: 01 nov. 2019.

LAURENTI, R., DI NUBILA, H. B. V., QUADROS, A. A. J., CONDE, M. T. R. P., OLIVEIRA, A. S. B. **A Classificação Internacional de Doenças, a Família de Classificações Internacionais, a CID-11 e a Síndrome Pós-Poliomielite**. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, v. 71, n. 9A, p. 3-10, São Paulo, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-282X2013000900111](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2013000900111); Acesso em 27/8/19.

Lei 10.216/2001, Ministério da Justiça; Associação Brasileira de Psiquiatria. **Cartilha Direito à Saúde Mental**. Ministério Público Federal e da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão; governo do estado de São Paulo.

LENIR SANTOS, Guido Ivan da Carvalho. **Sistema único de Saúde: Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90 e Lei nº 8.142/90)**. 2. ed. rev. e Hans. São Paulo, 1995.

LIMA, L. B., PACHECO, J. T. B. **Sintomas depressivos, autorregularão emocional e suporte familiar: um estudo com crianças e adolescentes**. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*. v. 9, n. 3, p. 132-148, 2018. Disponível em:

<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/eip/article/view/31337>. Acesso em 26/8/19.

LOPES, C. S., ABREU, G. A., SANTOS, D. F., MENEZES, P. R., CARVALHO, K. M. B., CUNHA, C. F., VASCONCELLOS, M. T. L., BLOCH, K. V., SZKLO, M.

**Prevalência de Transtornos Mentais comuns em Adolescentes Brasileiros.**

Revista de Saúde Pública. v. 50, supl. 1, São Paulo, 2016. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102016000200308&script=sci_arttext&tng=pt)

[89102016000200308&script=sci\\_arttext&tng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102016000200308&script=sci_arttext&tng=pt). Acesso em 27/8/19.

MACÊDO, A.; JORGE, M. **Concepções de loucura e sua influência na prática psiquiátrica.** In: JORGE, M.; SILVA, W.; OLIVEIRA, F. (Eds.). Saúde mental: da prática psiquiátrica asilar ao 3º milênio. São Paulo: Lemos, 2000. p. 125-148

MACEDO, V. C. D., MONTEIRO, A. R. M. **Educação e Saúde Mental na Família: Experiência com grupos.** Texto Contexto – Enfermagem. Revista online. v. 15, n. 2, p. 222-230. 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072006000200005&script=sci\\_abstract&tng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072006000200005&script=sci_abstract&tng=pt). Acesso em 29/8/19.

MACHADO, A. L. **Reforma Psiquiátrica e Mídia: Representações sociais na Folha de São Paulo.** Ciência & Saúde Coletiva. v. 9, n. 2, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232004000200024](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000200024). Acessado em 27/8/19.

MACHADO, C. M., LUIZ, A. M. A. G., FILHO, A. B. M., MIYAZAKI, M. C. O. S., DOMINGOS, N. A. M., CABRERA, E. M. S. **Ambulatório de psiquiatria infantil: prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes.** Revista Psicologia: teoria e prática. v. 16, n. 2, p. 53-62. São Paulo, 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v16n2/05.pdf>. Acesso em 29/8/19.

MANUAL MERCK: **Diagnóstico e Tratamento – MSD.** Versão para Profissionais da Saúde. 2018. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional>. Acesso em 27/8/19.

MINAYO, M. C. Apresentação. In: GOMES, R. **Pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Instituto Sírio Libanês, 2014.

MICHEL, M. H. **Metodologia e pesquisa científica em ciências sociais: um guia prático para acompanhamento da disciplina e elaboração de trabalhos monográficos.** São Paulo: Atlas, 2005.

MONTEIRO, A. R. M., TEIXEIRA, L. A., SILVA, R. S. M., RABELO, K. P. S., TAVARES, S. F. V., TÁVORA, R. C. O. **Sofrimento Psíquico em Crianças e Adolescentes – A busca pelo tratamento.** Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. v. 16, n. 3, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452012000300014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000300014). Acesso em 28/8/19.

MOREIRA, M. I. B., ONOCKO-CAMPOS, R. T. **Ações de Saúde Mental na rede de atenção psicossocial pela perspectiva dos usuários.** Revista Saúde e Sociedade. v. 26, n. 2, abr-jun. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?>

[script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902017000200462&tlng=pt](#). Acesso em: 10/11/2019.

MOTRICIDADE. **Disse – Dicionário Online de Português**. 2019. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/motricidade/>. Acesso em 25/9/2019.

NÚCLEO CIÊNCIA PELA INFÂNCIA – NCPI. **Importância dos Vínculos Familiares na Primeira Infância: Estudo II**. 1. Ed. FMCSV, São Paulo, 2016. Disponível em: [https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/crianca\\_feliz/Treinamento\\_Multiplicadores\\_Coordenadores/WP\\_Vinculos%20Familiares.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/crianca_feliz/Treinamento_Multiplicadores_Coordenadores/WP_Vinculos%20Familiares.pdf). Acesso em 25/9/19.

OLIVEIRA, C. L. **O pensamento de Franco Basaglia na área da Saúde Mental**. 16º Encontro Nacional ABRAPSO, Recife – PE, 2011. Disponível em: <https://www.encontro2011.abrapso.org.br/trabalho/view?q=YToyOntzOjY6InBhcmFtcyl7czozNjoiYToxOntzOjExOiJJRF9UUkFCQUxITyI7czo0OilxMDg0ljt9lztzOjE6ImgiO3M6Mzl6lmcwM2RiZTg0OTJINGZkODMzZmVjZWU1YmE1ZGZkOTQ4ljt9>. Acesso em: 29 out. 2019.

OLIVEIRA, N. R. C. **Redes de Atenção à Saúde: A Atenção à Saúde Organizada em Redes**. São Luiz, 2016. Disponível em: [http://www.unasus.ufma.br/site/files/livros\\_isbn/isbn\\_redes01.pdf](http://www.unasus.ufma.br/site/files/livros_isbn/isbn_redes01.pdf). Acesso em: 06 out. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Atlas da Saúde Mental**. 2013. Disponível em: <https://www.msif.org/about-us/who-we-are-and-what-we-do/advocacy/atlas/>. Acesso em 28/9/19.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças com Disquete** - v. 1. Ed. 1994.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Depressão: Vamos falar**. 2017. Disponível em: [https://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/maio/16/18.Depressao\\_Vamos-Falar.pdf](https://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/maio/16/18.Depressao_Vamos-Falar.pdf). Acesso em 28/9/19.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Manual MI-GAP: Intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool**. 2010. Disponível em: [https://www.who.int/mental\\_health/publications/IG\\_portuguese.pdf?ua=1&ua=1](https://www.who.int/mental_health/publications/IG_portuguese.pdf?ua=1&ua=1). Acesso em 29/9/19.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Plano de Ação da Saúde Mental de 2013-2020**. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Relatório Mundial da Saúde – Saúde Mental: Nova Concepção**. Nova Esperança. 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **World Health Statistics**. 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?>

[ua=1&ua=1](#). Acesso em 29/9/19.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE – OPAS. **Folha Informativa: Saúde Mental dos Adolescentes**. Boletim Informativo Online, 2018. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5779:folha-informativa-saude-mental-dos-adolescentes&Itemid=839](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5779:folha-informativa-saude-mental-dos-adolescentes&Itemid=839). Acesso em: 02 nov. 2019.

PATEL V., FLISHER, A. J., HETRICK, S., Mc GORRY, P. **Mental health of young people: A global public health challenge**. The Lancet. V. 369. P. 1302-1313. 2007. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(07\)60368-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(07)60368-7/fulltext). Acesso em 29/9/19.

RESENDE, Heitor. **Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica**. In: TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário (Orgs.). Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil. 4. ed. Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1994. p. 15-74.

ROSEMEIRE, C. S. D., MIYAZAKI, M. C. O. S. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH): Orientações para a família**. Psicologia Escolar e Educacional. v.11, n. 1. Campinas, 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-85572007000100018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572007000100018). Acesso em 23/9/19.

SADOCK, B. **Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. 11 Ed. Artmed, Porto Alegre, 2016.

SANTOS, D. C. M., JORGE, M. S. B., FREITAS, C. H. A., QUEIROZ, M. V. O. **Adolescentes em Sofrimento Psíquico e a Política de Saúde Mental Infanto-juvenil**. Acta Paulista de Enfermagem. v. 24, n. 6, São Paulo, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002011000600020](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000600020). Acesso em 23/9/19.

SANTOS, E. G., SIQUEIRA, M. M. **Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: Uma revisão sistemática de 1997 a 2009**. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v59n3/a11v59n3.pdf>. Acesso em 25/9/19.

SANTOS, V. D.; CANDELORO, R. J. **Trabalhos Acadêmicos: Uma orientação para a pesquisa e normas técnicas**. Porto Alegre/RS: AGE Ltda, 2006.

SILVA, A. **Mentes Inquietas – TDAH: Desatenção, Hiperatividade e Impulsividade**. 1. Ed. Principium, São Paulo, 2014.

SILVEIRA, Instituto Municipal Nise da. **Centro de Documentação e Memória**. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/mostra/retratos06.html>, Acesso em 15/10/19.

SCIVOLETTO, S., BOARATI, M. A., TURKIEWICZ, G. **Emergências psiquiátricas na infância e adolescência**. Revista Brasileira de Psiquiatria. v. 32. São Paulo,

2010.

Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462010000600008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462010000600008). Acesso em 24/9/19.

SOUZA J., ABADE, F., SILVA, P. M. C., FURTADO, E. F. **Avaliação do funcionamento familiar no contexto da saúde mental**. Revista Psiquiatria Clínica. v. 38. n. 6. São Paulo, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832011000600007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832011000600007). Acesso em 24/9/19.

THIENGO, D. L., CAVALCANTE, M. T., LOVISI, G. M. **Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: Uma revisão sistemática**. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, V. 63. N. 4. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852014000400360](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852014000400360). Acesso em 24/9/19.

VALVERDE, B. S. C. L., VITALLE, M. S. S., SAMPAIO, I. P. C., SCHOEN, T. H. **Levantamentos de Problemas Comportamentais/Emocionais em um Ambulatório para Adolescentes**. Revista Paidéia. v. 22. n. 53. Ribeirão Preto, 2012.

Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-863X2012000300003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2012000300003). Acesso em 29/8/19.

VINOCUR, E., PEREIRA, H. V. F. S. **Avaliação dos transtornos de comportamento na infância**. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto. v. 10. p. 26-34. 2011. Disponível em: [http://revista.hupe.uerj.br/detalhe\\_artigo.asp?id=103](http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=103). Acesso em 29/8/19.



## **ANEXOS**

**Anexo 1 - Formulário**



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE ECONOMIA, SOCIEDADE E POLÍTICA (ILAESP)**

**SERVIÇO SOCIAL**

## Formulário

Pesquisa: **Perfil das crianças usuárias do CAPSi de Foz do Iguaçu-Pr**

Local: Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil

Responsável pela pesquisa: Discente Aline Raiana Ferreira

Orientadora: Professora Dra. Juliana Domingues

1. Sexo  
Feminino ( )      Masculino ( )
2. Idade \_\_\_\_\_
3. Encaminhado por \_\_\_\_\_
4. CID \_\_\_\_\_
5. Bairro \_\_\_\_\_
6. Queixas \_\_\_\_\_

Observações:

**Anexo 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO**



UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO LATINO-AMERICANA  
 INSTITUTO LATINO AMERICANO DE ECONOMIA, SOCIEDADE E POLÍTICA- ILAESP  
 CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro, por meio deste termo, que concordei, na condição de coordenador, que seja realizado pesquisa documental nos prontuários do **Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil- CAPSi**, de Foz do Iguaçu para subsidiar a pesquisa intitulada **Saúde Mental No CAPS infantil de Foz do Iguaçu** proposta por **Aline Raiana Ferreira discente do curso de Serviço Social da Universidade Federal da Integração Latino Americana – UNILA**. Fui informado(a) que a pesquisa é orientada pela **Prof. Dra. Juliana Domingues**, a quem poderei contatar a qualquer momento que julgar necessário por meio do telefone (45) 999,4-8594 ou e-mail [juliana.domingues@unila.edu.br](mailto:juliana.domingues@unila.edu.br). Afirmando que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ônus e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado (a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que em linhas gerais é traçar um perfil dos usuários atendidos no CAPSi. Fui informado(a) que não existem riscos reais ou potenciais quanto à minha participação na pesquisa, e que nenhum ônus recairá sobre essa participação. Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio da disponibilização de consulta aos dados cadastrais dos usuários do CAPSi. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pelos pesquisadores e pelo orientador (a). Fui comunicado(a), também, que posso suspender a autorização de pesquisa documental a qualquer momento, sem sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos. Atesto recebimento de uma cópia assinada deste termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Foz do Iguaçu , 12 de Novembro de 2019

*Juliana Domingues*

**Juliana Domingues**  
(45) 999348594

*[Assinatura]*

Assinatura da pesquisado(a)

Prof. Juliana Domingues  
 UNILA - ILAESP  
 SIAPE 2306677



Scanned with  
 CamScanner