



UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS  
APLICADAS  
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL



Maria Gabriela Ferreira Pedrosa

**A CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO USUÁRIA DO CENTRO DE  
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL (CAPS IJ) DO MUNICÍPIO DE  
OURO PRETO/MG**

MARIANA  
Outubro 2024

Maria Gabriela Ferreira Pedrosa

**A CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO USUÁRIA DO CENTRO DE  
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL (CAPS IJ) DO MUNICÍPIO DE  
OURO PRETO/MG**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Graduação em  
Serviço Social da Universidade Federal de  
Ouro Preto, como requisito parcial à  
obtenção do título de Bacharel em Serviço  
Social.

Orientadora: Dr.<sup>a</sup> Cristiane Silva Tomaz

MARIANA

2024

## SISBIN - SISTEMA DE BIBLIOTECAS E INFORMAÇÃO

P372c Pedrosa, Maria Gabriela Ferreira.  
A Caracterização da População Usuária do Centro de Atenção  
Psicossocial Infantojuvenil (CAPS IJ) do Município de Ouro Preto/ MG.  
[manuscrito] / Maria Gabriela Ferreira Pedrosa. - 2024.  
103 f.

Orientadora: Profa. Dra. Cristiane Silva Tomaz.  
Monografia (Bacharelado). Universidade Federal de Ouro Preto.  
Instituto de Ciências Sociais Aplicadas. Graduação em Serviço Social .

1. Adolescentes. 2. Crianças. 3. Pessoal da área de saúde mental e  
pacientes. 4. Saúde mental. 5. Centro de Atenção Psicossocial - Ouro  
Preto (MG). I. Tomaz, Cristiane Silva. II. Universidade Federal de Ouro  
Preto. III. Título.

CDU 616.89(815.1)

Bibliotecário(a) Responsável: Essevalter De Sousa - Bibliotecário Coordenador  
CBICSA/SISBIN/UFOP-CRB6a1407



## FOLHA DE APROVAÇÃO

**Maria Gabriela Ferreira Pedrosa**

### **Caracterização da População usuária do Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil do município de Ouro Preto**

Monografia apresentada ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Ouro Preto como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social

Aprovada em 10 de outubro de 2024

#### Membros da banca

Dr<sup>a</sup> Cristiane Tomaz - Orientadora (Universidade Federal de Ouro Preto)

Dr<sup>a</sup> Adriana de Andrade Mesquita (Universidade Federal de Ouro Preto)

Dr<sup>a</sup> Sheila Dias (Universidade Federal de Ouro Preto)

Cristiane Tomaz, orientadora do trabalho, aprovou a versão final e autorizou seu depósito na Biblioteca Digital de Trabalhos de Conclusão de Curso da UFOP em 18/10/2024



Documento assinado eletronicamente por **Cristiane Silva Tomaz, PROFESSOR DE MAGISTERIO SUPERIOR**, em 18/10/2024, às 12:59, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.ufop.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.ufop.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **0797348** e o código CRC **B6C337E6**.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço puramente à proteção de algo que eu não vejo, mas sinto que sempre está próximo de mim.

A UFOP foi um lugar de muito crescimento pessoal, acadêmico e profissional. Agradeço a todos que fizeram parte dessa jornada comigo, dentro e fora da universidade, família, amigos, professores e profissionais do CAPS II/OP.

À minha mãe, Lúcia, que é a justificativa de eu ter escolhido essa temática, senti a necessidade de entender e chegar um pouquinho mais perto da sua vivência. Obrigada por ser meu guia, mãe. Agradeço também ao meu pai, Adalberto, que do seu jeitinho, sempre esteve presente nos momentos mais difíceis e felizes da minha trajetória de vida. O mesmo foi com a minha tia Dora, é uma pessoa incrível, não atoa considerada a minha segunda mãe.

Uma curiosidade sobre o meu avô (pai do meu pai e da minha tia), é que em 1958, após o falecimento de sua mãe Amélia, queria muito que seus filhos tivessem a oportunidade de uma bolsa de estudos, e assim ele partiu da roça no distrito de Ouro Preto, em Santo Antônio do Leite, para ir ao encontro do então Presidente da República, JK. Pegou uma “muda de roupa” e andou a cavalo até a estação de trem mais próxima, que o levaria à BH e, posteriormente, à Brasília. Voltou no meio do caminho, mas esse episódio marcou a vida de quem conviveu com Candinho, e representa suas duras dificuldades passadas para que a sua família tivesse as oportunidades que ele infelizmente não teve. Me formei em Serviço Social, vô, que alegria eu estou sentindo!

Minha família é grande, igualmente agradeço a todos eles. Obrigada demais aos meus irmãos Marco, Rodrigo e Pedro, vocês sempre foram os meus pilares... Aos meus sobrinhos João Lucas, João Pedro e Mimin, cunhadas Vanessa e Teca, primos Luiza, Xandi, Aline, assim como o restante dos primos, tias e tios, saibam que tenho um amor imenso por todos vocês!

Agradeço muito aos meus professores da UFOP, em especial a minha orientadora Cristiane, que esteve do meu lado desde o início, na construção do projeto de intervenção do estágio, até a finalização desse trabalho. Como eu já te disse, te admiro muito!

Sou muito grata à Sheila, que além de professora é uma grande amiga e membra da banca, juntamente com a Adriana, a minha supervisora acadêmica do estágio e também muito querida! Um agradecimento especial também às professoras e professor: Kathiuça, Daniele, Vivian e Cláudio.

Ao CAPS II/OP, obrigada pelos ensinamentos e pela confiança! Obrigada, Luciana, com você do meu lado foi tudo mais fácil! Aos familiares e usuários do serviço, meu sincero

agradecimento pela troca.

Às minhas amigas Alana e Ana Caroline (ordem alfabética para não dar briga), obrigada pela amizade sincera, pelo apoio incondicional e pelas palavras de encorajamento que tantas vezes me ajudam a seguir em frente, no processo de construção da monografia e na vida, meu coração transborda de gratidão por tê-las sempre por perto, amo de paixão!

Obrigada ao meu grupinho de fofocas, firme e forte desde o ensino fundamental, minhas queridas Maria Ana, Ceci, Júlia e Maria Clara e nossa pequena Soso.

Aos meus amigos que a UFOP me deu, Alice, Niddy, Marília, Bruna, Laura, Luiza, Amanda's, Jéssica... Vocês são muito especiais pra mim! Na alegria, na tristeza e nos surtos de fim de período...

À minha companheira silenciosa, minha gatinha Candy (e sumida Pandinha), por terem estabilizado o meu estado emocional quando não estava conseguindo fazer isso sozinha... Por último, mas não menos importante, à minha psicóloga Gilmara, gratidão por ter me feito perceber que sou capaz!

*“Se ves un monte de espumas, es mi verso lo que ves  
Mi verso es un monte y es un abanico de plumas”  
(Tierra Sagrada - Muerdo)*

## RESUMO

O estudo aqui descrito teve como objetivo geral: caracterizar a população assistida pelo Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPS IJ) do município de Ouro Preto, em Minas Gerais. Essa pesquisa foi realizada no ano de 2024, e conseguiu abranger 101 usuários e usuárias ativos do serviço de saúde mental. Trata-se de um estudo documental, com abordagem quali-quantitativa, em que foram investigadas as fichas de acolhimento, contida nos prontuários dos usuários (as), além da realização de uma pesquisa bibliográfica, realizada em livros, artigos científicos e sites, para construir embasamento teórico sobre a população usuária da saúde mental, em especial, crianças e adolescentes. Constatou-se, em resumo, os seguintes dados: a população do CAPS IJ/OP é majoritariamente masculina (62,4%), negras (pretas e pardas – 51,4%), com média de idade de 10,5 anos, que estão matriculados na escola formal e em escola pública (96,5%). Em geral, os usuários (as) residem em ambiente urbano, na sede de Ouro Preto e distrito de Cachoeira do Campo e Antônio Pereira. Conseguem acessar o CAPS IJ/OP, majoritariamente, por demanda espontânea e PSF. Sobretudo, o tipo de família natural (83,2%) foi prevalente e os pais ou responsáveis tem empregação precarizada (34,7%), renda familiar aproximada de 1 até 2 salários mínimos (34,7%) e recebem benefícios socioassistenciais e/ou previdenciários. Sobre o saneamento básico, 49,5 % tem acesso à rede de distribuição de água paga e rede coletora de esgoto sanitário (não tratado). O acesso à limpeza urbana foi equivalente a 59,4%. 52,9% residem em casa própria e 13,9% estão em risco habitacional, na maior parte das vezes, por serem famílias atingidas pela mineração. Por fim, em relação às demandas sobre a saúde mental dos usuários (as), encontramos dados que indicaram em maior quantitativo a agitação, que aparece em 61 vezes dos casos. O 6A05 - Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (28 vezes) aparece com mais frequência, quanto às hipóteses diagnósticas.

**Palavras-chaves:** Adolescentes; Crianças; Pessoal da área de saúde mental e pacientes; Saúde mental; Centro de Atenção Psicossocial – Ouro Preto (MG).

## ABSTRACT

The study described here had the general objective of characterizing the population assisted by the Child and Adolescent Psychosocial Care Center (CAPS IJ) in the city of Ouro Preto, Minas Gerais. This research was carried out in 2024 and managed to cover 101 active users of the mental health service. This is a documentary study, with a qualitative and quantitative approach, in which the reception forms contained in the users' medical records were investigated, in addition to a bibliographic research, carried out in books, scientific articles and websites, to build a theoretical basis on the population using mental health, especially children and adolescents. In summary, the following data were found: the population of CAPS IJ/OP is mostly male (62.4%), black (black and brown - 51.4%), with an average age of 10.5 years, who are enrolled in formal school and public school (96.5%). In general, users live in urban areas, in the city center of Ouro Preto and the districts of Cachoeira do Campo and Antônio Pereira. They can access CAPS IJ/OP, mostly through spontaneous demand and PSF. Above all, the natural family type (83.2%) was prevalent and parents or guardians have precarious employment (34.7%), a family income of approximately 1 to 2 minimum wages (34.7%) and receive social assistance and/or social security benefits. Regarding basic sanitation, 49.5% have access to the paid water distribution network and the sewage collection network (untreated). Access to urban cleaning was equivalent to 59.4%. 52.9% live in their own homes and 13.9% are at risk of housing, most of the time, because they are families affected by mining. Finally, regarding the demands on the mental health of users, we found data that indicated agitation in greater quantity, appearing in 61 cases. 6A05 - Attention deficit hyperactivity disorder (28 times) appears most frequently, regarding diagnostic hypotheses.

**Keywords:** Adolescents; Children; Mental health personnel and patients; Mental health; Psychosocial Care Center - Ouro Preto (MG).

## **LISTA DE SIGLAS**

ABP - Associação Brasileira de Psiquiatria  
APAE - Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais  
BPC - Benefício de Prestação Continuada  
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial  
CAPS IJ - Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil  
CAPS IJ/OP - Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil de Ouro Preto  
CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas  
CF/1988 - Constituição Federativa de 1988  
CFESS - Conselho Federal de Serviço Social  
CID - Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde  
CNDE - Campanha Nacional pelo Direito à Educação  
CONANDA - Conselho dos Direitos da Crianças e Adolescentes  
CRAS – Centro de Referência da Assistência Social  
CREAS - Centro de Referência Especializado da Assistência Social  
CT – Conselho Tutelar  
DACT/MDS - Departamento de Apoio a Comunidades Terapêuticas  
DINSAM - Divisão Nacional de Saúde Mental  
ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente  
FAMOP - Federação de Associação de Moradores de Bairros do Município de Ouro Preto  
FEBEM - Fundações Estaduais do Menor  
MLA – Movimento da Luta Antimanicomial  
MTST - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental  
NAPS - Núcleos de Atenção Psicossocial  
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família  
NEE - Necessidades educacionais especiais  
PIB - Produto Interno Bruto  
PSF – Programa de Saúde da Família  
PTS – Projeto Terapêutico Singular  
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial  
SUS - Sistema Único de Saúde  
TAB - Transtorno Afetivo Bipolar  
TEA - Transtorno do Espectro Autista  
TDAH - Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

TOC - Transtorno Obsessivo-compulsivo

TOD - Transtorno de Oposição Desafiante

TR – Técnico de Referência

UBS - Unidade Básica de Saúde

UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

UPA - Unidade de Pronto Socorro

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2 A LOUCURA ENQUANTO UMA EXPRESSÃO DA “QUESTÃO SOCIAL” .....	20
2.1 Formação sócio-histórica brasileira e a loucura .....	20
2.2 A constituição da Política de Saúde Mental brasileira e ouropretana.....	30
2.3 (Neo)conservadorismo e contra-reforma psiquiátrica no Brasil.....	37
3 AS CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SOFRIMENTO PSICOSSOCIAL .....	43
3.1 As refrações de classe, raça, gênero e etnia na saúde mental infantojuvenil.....	43
3.2 A população assistida pelos CAPS IJ no Brasil.....	47
3.3 A caracterização dos usuários (as) do CAPS IJ de Ouro Preto/MG.....	53
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	77
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	80
6. ANEXOS .....	87

## 1. INTRODUÇÃO

Naquele tempo, costumávamos ver nossa avó falar sozinha, pedir coisas estranhas como alguém, que – que não víamos – se afastasse de Carmelita, a tia que não havíamos conhecido. Pedia que o mesmo fantasma que habitava suas lembranças se afastasse das meninas. Era uma profusão de falas desconexas. Falava sobre pessoas que não víamos – os espíritos – ou de pessoas sobre as quais nunca ouvimos, parentes e comadres distantes. Nos habituamos a ouvir Donana falar pela casa, falar na porta da rua, no caminho para a roça falar no quintal, como se conversasse com as galinhas ou com as árvores secas. Eu e Belonísia nos olhávamos, ríamos sem alarde, e nos aproximávamos sem que percebesse. Fingíamos brincar com algo por perto para escutar e, depois, com as bonecas, os bichos e as plantas, repetíamos o que Donana havia dito como coisa séria. Repetíamos o que minha mãe dizia baixo para o pai na cozinha. “Hoje ela está falando muito, a cada dia fala sozinha”. O pai relutava em admitir que minha avó estivesse com sinais de demência, dizia que a vida toda a mãe havia falado consigo mesma, a vida toda havia repetido rezas e encantos com a mesma distração com que revirava os pensamentos. (Junior, 2019, p. 14)

Quando li esse trecho do primeiro capítulo do livro “Torto Arado”, de Itamar Vieira Júnior, em que o autor retrata a vida de uma família no campo, repleta de memórias coletivas sobre as desigualdades raciais, sociais e de gênero, à minha mãe, Lúcia Silva, imediatamente ela disse: “eu ouvi falar sobre a minha história”. Nesse momento, havíamos acabado de acordar de uma noite na Unidade de Pronto Socorro (UPA) de Ouro Preto. Um dia antes, minha mãe havia sido levada para lá, depois de uma crise psicótica, e ainda estava sonolenta, sob o efeito dos remédios. Não pude deixar de pensar o quanto aquela fala era potente, pois sei que a vida da minha mãe, enquadrada no chamado “CID 10”, também foi árdua, e de certo que ela foi a minha central motivação para a construção deste trabalho.

Esse trabalho, para além de tudo, tem pedacinhos da minha caminhada até aqui, do meu processo de crescimento e de amadurecimento, durante a minha infância, adolescência e juventude, sobre o que é o autoconhecimento e o olhar para a saúde mental. A graduação em Serviço Social da UFOP me abriu portas para estas questões, ainda mais quando tive a oportunidade de estagiar no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPS IJ) do município de Ouro Preto/MG, cidade onde nasci e cresci.

Durante três semestres letivos foram vislumbradas algumas inquietações quanto ao conhecimento adquirido sobre a condição sócio-histórica das crianças e adolescentes acompanhadas por seus familiares e/ou responsáveis, que são assistidas pelo referido serviço de saúde mental. Acredito que este trabalho poderá servir como uma maneira de dar voz àqueles que deveriam ser o público prioritário da atenção à saúde: as crianças e os adolescentes.

Esta pesquisa não tratará diretamente do Serviço Social ou da atuação profissional na saúde mental, mas problematizará o público atendido pelo CAPS ij como expressão da questão social e, portanto, objeto da intervenção profissional.

Objetiva-se centrar no objeto de trabalho da/do assistente social, a “questão social” expressa, que tanto contribui com os agravos à saúde mental do usuário (a) e de sua situação econômico-familiar. De acordo com Iamamoto e Carvalho (2006, p.77),

A questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão.

O Serviço Social atua com o sujeito que vive as expressões da questão social, nas suas mais diversas manifestações, primordialmente por meio de políticas sociais, a partir das quais entende o usuário (a) como um sujeito social e, para além disso, pretende colocar o mesmo e sua família no foco do atendimento, o que é favorável à lógica antimanicomial cunhada pela Reforma Psiquiátrica Brasileira.

As relações sociais no modo de produção e reprodução capitalista são expressas na totalidade da vida social, no que tange tanto à reprodução da vida material quanto a espiritual. Logo, a fase da infância e juventude são atravessadas pelas condições objetivas e subjetivas que influenciam o âmbito da saúde, enquanto uma condição física, mental e social. Sua vivência dentro da sociedade, em outras palavras, é permeada pela desigualdade social, econômica e cultural que é intrínseca ao sistema capitalista, caracterizada pela contradição entre o capital e o trabalho, chamada de “questão social”. Isso inclui as refrações de raça, gênero e etnia, que são manifestadas pela falta de acesso ou acesso reduzido aos bens e serviços disponíveis e a violação de direitos historicamente conquistados.

A discriminação, a pobreza, a fome, a violência, a baixa escolaridade, o abuso de álcool e outras drogas, são algumas das principais refrações da “questão social” vivenciadas pelas crianças e adolescentes no Brasil contemporâneo. Em seu estudo sobre essas expressões, Badaró (2013, p. 174-175) ressalta:

Com isso, na concorrência com outros segmentos sociais de classes mais elevadas, jovens pobres se encontram em situação desfavorável devido à distribuição desigual de capital econômico, social e cultural. Com um cenário de precariedade decorrente das desigualdades, sentimentos de descrença e baixa expectativa são comuns, pois com o acúmulo histórico de experiências de êxito e de fracasso, em um processo não deliberado, indivíduos e grupos sociais acabam constituindo um conhecimento prático relativo ao que pode ser alcançado dentro da realidade concreta em que vivem.

Vítima de preconceitos de classe, gênero ou cor, por causa de mecanismo de opacidade e de naturalização da inferioridade, o indivíduo pode creditar o seu fracasso como pessoal, merecido justificável. Assim, um perverso ciclo de exclusão social passa a ser reproduzido. E jovens marcados pela baixa autoestima e por um senso de derrota antecipada podem desistir da disputa antes mesmo de tentar concorrer.

A saúde mental e bem-estar infantojuvenil, dessa maneira, dependem do acesso à direitos instituídos no Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990), como: a habitação e saneamento básico; a alimentação saudável (como cereais, frutas, verduras, legumes); os tipos formação educacional; a relação com a condição de aprendiz e/ou trabalho infantil; o esporte, a cultura e o lazer; o acesso às interações sociais comunitárias e à convivência com a rede territorial; e se os mesmos estão seguros de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

As crianças e os adolescentes que possuem algum tipo de sofrimento psíquico, podendo ser resultado de toda conjuntura desfavorável à este segmento, são propensos, se garantido o acesso, a serem usuários (as) dos serviços do Centros de Atenção Psicossociais Infantojuvenis (CAPS IJ). Os CAPS IJ são serviços da saúde mental, incluídos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) pela Portaria nº 3088/2001, e criados pela Lei nº 10216/2001, principal lei destinada às pessoas com transtornos mentais e que consolida as bases constituintes da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

O que sustenta a atual Política de Saúde Mental no país são Leis, Portarias e Diretrizes específicas em saúde mental, que durante as últimas duas décadas – após a aprovação da Lei nº 10.216 - têm sido responsáveis, por meio da constante luta e organização da classe trabalhadora, usuários e familiares das pessoas com transtorno mental que tiveram início nos anos de 1970, pelo enfrentamento a todo o histórico de violência e maus tratos destinados as pessoas com transtornos mentais.

Cria-se, então, uma Política de Saúde Mental que busca ser integral, consistente, igualitária, inclusiva e antimanicomial, com os usuários (as) protagonistas do seu tratamento, agora humanizado e buscando entender suas verdadeiras necessidades para proporcionar as condições mínimas para viabilizar acesso ao tratamento da sua saúde mental. Mesmo porque, soma-se a todas as questões citadas que esses usuários (as) vivenciam todo o estigma que lhes é atribuído, sob a égide do pensamento de que as mesmas não sabem/podem conviver em sociedade e são uma ameaça de periculosidade, por exemplo. Importa ressaltar a importância da luta contra tais estereótipos, pois estes acabam fortalecendo o preconceito, a exclusão, violência e a marginalização, conforme demonstrado por Appel (2017, P.2):

[...] As expressões da Questão Social na Saúde Mental são vivenciadas na exclusão social dos usuários com transtorno mental, inviabilização dos direitos sociais, privação de seu convívio social e do sistema sócio-ocupacional no mercado de trabalho e a não inserção dos mesmos nas redes intersetoriais, sendo essa uma realidade que coloca o usuário como se fosse uma pessoa incapaz e estigmatizando-o, para o mundo do trabalho em uma sociedade capitalista preconceituosa e conservadora.

Essas questões citadas pela autora são mais acentuadas, quando se considera as inflexões que permeiam o campo ideológico do sistema capitalista atual: o neoconservadorismo. Essa característica, conforme Barroco (2022, p. 13), “consiste na junção entre os valores do conservadorismo moderno e os princípios do neoliberalismo”. Ou seja, diz respeito à valorização das tradições, preconceitos e/ou hierarquia do antigo conservadorismo clássico, juntamente com questões relacionadas ao neoliberalismo, como a não intervenção do Estado na economia, a meritocracia, a privatização e/ou o combate aos movimentos sociais e direitos sociais.

O neoconservadorismo se desenvolve de formas particulares em cada país. Em se tratando do Brasil, o aprofundamento das contradições vivenciadas no capitalismo atual desencadeou em maiores problemas subjetivos, de acordo com (Molano, 2021, s/p):

Durante a pandemia de Covid-19, a depressão e a ansiedade na juventude dobraram em comparação aos níveis pré-pandêmicos [...]. Um em cada 4 adolescentes em todo o mundo está ‘experimentando sintomas de depressão clinicamente elevados, enquanto 1 em cada 5 jovens está experimentando sintomas de ansiedade clinicamente elevados.

Essas premissas apontam para uma maior demanda aos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis, pois consistem em elementos chave para a infância saudável os seguintes quesitos: o convívio com a família e/ou responsáveis, os amigos, a sala de aula, as brincadeiras, o lazer e outros estímulos que foram prejudicados durante os três anos recentes da pandemia da COVID-19. Por isso, torna-se mais que imprescindível a existência e permanência da oferta acolhimento de portas abertas para usuários (crianças e adolescentes) com transtornos mentais “graves e persistentes”, como também para aqueles que sintam esporadicamente a necessidade desse tipo de atendimento. Esses transtornos incluem:

Transtornos mentais diagnosticados – incluindo transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (TDAH), ansiedade, autismo, transtorno bipolar, transtorno de conduta, depressão, transtornos alimentares, deficiência intelectual e esquizofrenia – podem prejudicar significativamente a saúde, a educação, as conquistas e a capacidade financeira de crianças, adolescentes e jovens no futuro. (UNICEF, 2021, s/p)

Entretanto, apesar de ser importante a identificação da “hipótese diagnóstica”<sup>1</sup> nas crianças e adolescentes assistidas pelos CAPS II, entendemos que também se faz necessário a condução de uma perspectiva diferente da dimensão fenomênica através manifestações sintomáticas do sujeito com transtorno mental. Isso significa conhecer a objetividade da vida material dos usuários e de suas famílias, ou seja, a conhecer a dimensão sócio-econômica desses sujeitos, as questões relacionadas à sua vida comunitária e escolar, às necessidades materiais e os direitos que possuem, ou seja, à sua existência. Essa questão nos chama a atenção e é um aspecto que foi muito discutido durante as oficinas de supervisão de estágio em Serviço Social.

Como dito, esse estágio foi cumprido durante três períodos letivos da graduação, na cidade de Ouro Preto/MG. Com o afim de explicar melhor os procedimentos do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) em questão, tem-se que o funcionamento do CAPS II é incluído e organizado pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da cidade e realiza atividades que incluem o acolhimento, acompanhamento contínuo por meio do Projeto Terapêutico Singular (PTS) e atenção às urgências psiquiátricas.

Aqui, cabe a nós chamar a atenção para o acolhimento, essa atribuição caracteriza-se pelo “cadastro” e o primeiro atendimento oferecido para novos usuários, incluindo as situações de crise no território. Ele é realizado por meio do preenchimento da “Ficha de Acolhimento” pelo trabalhador da saúde mental, seja para atender usuários (as), familiares e/ou responsáveis que vão pela primeira vez no serviço, ou que, por ventura, sejam atendidos depois de um tempo suficiente para a atualização de seu cadastro. É dessa forma que são identificadas as demandas dos (as) usuários (as) e, caso seja um sofrimento mental intenso, o usuário (a) terá acesso a continuidade do seu tratamento no CAPS II. O documento central que direciona as bases para os CAPS nacionalmente salienta as explicações acima da seguinte forma:

Quando a pessoa chega deverá ser acolhida e escutada em seu sofrimento. Esse acolhimento poderá ser de diversas formas, de acordo com a organização do serviço. O objetivo nesse primeiro contato é compreender a situação, de forma mais abrangente possível, da pessoa que procura o serviço, e iniciar um vínculo terapêutico e de confiança com os profissionais que lá trabalham. Estabelecer um diagnóstico é importante, mas não deverá ser o único, nem o principal objetivo desse momento de encontro do usuário com o serviço.

A partir daí irá se construindo, conjuntamente, uma estratégia ou um projeto terapêutico para cada usuário. Caso essa pessoa não queira ou não possa ser beneficiada com o trabalho oferecido pelo CAPS, ela deverá ser encaminhada para outro serviço de saúde mais adequado para sua necessidade. Se uma pessoa está isolada, sem condições de acesso ao serviço, ela poderá ser atendida por um profissional da equipe do CAPS em casa, de forma articulada com as equipes de saúde da família do local, quando um familiar ou vizinho solicitar ao CAPS. Por isso, é

---

<sup>1</sup> No caso das crianças e adolescentes, por estarem em fase de desenvolvimento, é mais dificultado o processo de fechamento de um diagnóstico de transtorno mental. Por isso, trabalha-se apenas com hipóteses.

importante que o CAPS procurado seja o mais próximo possível da região de moradia da pessoa (Brasil, 2004, p.15, grifo nosso)

Pudemos verificar que o acolhimento, feito com o direcionamento da Ficha de Acolhimento Psicossocial existente no serviço até determinado momento, é um processo que, de forma alguma, pode ser dispensado e, na visão da estagiária e da assistente social do serviço (supervisora de campo), deveria conter diferentes atualizações conforme as demandas forem se diversificando e ampliando ao longo do tempo. No entanto, durante nosso período de estágio pudemos verificar insuficiência de dados e informações sobre a vida sócio-familiar e comunitária dos usuários. O que nos fez propor um projeto de intervenção que consistiu na revisão dessa ficha de acolhimento, com vistas a garantir que os referidos dados e informações pudessem ser colhidos durante o acolhimento do usuário no serviço. No Anexo 1, podemos verificar a antiga Ficha de Atendimento Psicossocial do CAPS IJ/OP. A primeira proposta para a nova ficha de acolhimento (Anexo 2), que foi criada pela estagiária, buscou auxiliar na ampliação de conhecimentos sobre a totalidade da vida social dos usuários, como os aspectos relacionados à condição sócio-econômica, familiar e comunitárias dos usuários, bem como apurou dados referentes às questões raciais, étnicas e de gênero.

A partir dessa nova ficha de acolhimento foi possível pensar no objeto desta pesquisa: a caracterização dos usuários do CAPS IJ de Ouro Preto.

Entretanto, após discussões durante as reuniões de equipe e apresentação desse projeto de intervenção, o mesmo foi avaliado com ressalvas e consentido pela equipe do CAPS IJ de Ouro Preto. A proposta de nova Ficha de Acolhimento Psicossocial passou a identificar os seguintes dados: nome social, identidade de gênero, auto declaração, origem do encaminhamento, renda familiar, meio de transporte, situação de moradia, necessidades educacionais especiais, acesso ao lazer, acesso ao saneamento básico especificidades sociais/étnicas/culturais, dentre outras questões. Contudo, após apresentação da mesma aos profissionais do CAPS ij/OP, a equipe optou pela retirada de várias questões, para que o instrumento ficasse mais “ enxuto ” e pudesse ser utilizado por todos os profissionais que realizam o acolhimento dos usuários. Com isso, foi necessário rever a proposta inicial e adequá-la as demandas apresentadas pela equipe do serviço.

Apesar das alterações, a Nova Ficha de Acolhimento Psicossocial (Anexo 3), aprovada pela equipe, permite um atendimento mais qualificado, colocando em evidência os determinantes sociais do processo saúde-doença na integração e promoção da saúde do usuário (a). Foi feita uma análise quantitativa e qualitativa dos dados obtidos nas novas Fichas de

Acolhimento Psicossocial, contidas nos prontuários do serviço. Essa análise incluiu a atualização das fichas de acolhimento dos familiares e/ou responsáveis e usuários (as) ativos (as), além de interpretações dadas aos acolhimentos que foram feitos pelo plantonista.

Conseguimos abranger 101 usuários (as) ativos no serviço, incluindo os seguintes dados: idade; identidade de gênero e auto declaração; tipo de escola que frequenta (pública ou particular); série escolar; moradia, incluindo local (sede do município ou no distrito e se é em área urbana ou rural); origem do encaminhamento para o serviço ou busca esporádica; a principal demanda; hipótese diagnóstica de algum transtorno mental; medicações utilizadas; perfil familiar e socioeconômico, incluindo composição familiar (natural, extensa ou substituta); estado civil dos pais ou responsáveis; existência de emprego remunerado; nível de escolaridade; casos de transtorno mental na família; renda aproximada do núcleo familiar; benefício sócio assistencial ou previdenciário recebidos; pensão e contribuição do adolescente com a renda familiar; hábitos alimentares; meio de transporte utilizado; tipo de moradia; acesso aos dispositivos no território; necessidades educacionais especiais; , especificidades sociais/étnicas/culturais e, por fim, acesso à serviços básicos como à água, esgoto, limpeza urbana e, por fim, existência de risco habitacional e/ou no território.

Sabe-se que a pesquisa científica tem o papel de construir um conhecimento “novo”, que atenda, acima de tudo, as necessidades do público alvo e, no caso deste trabalho, a população infantojuvenil da comunidade e do serviço de saúde. O objetivo geral dessa pesquisa foi caracterizar a população assistida pelo Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPS IJ) do município de Ouro Preto, em Minas Gerais.

Tínhamos os seguintes objetivos específicos: refletir sobre a população usuária da saúde mental, em especial, crianças e adolescentes, como expressão da questão social, considerando suas refrações de classe, raça, gênero e etnia; fazer um resgate sócio histórico da política de saúde mental no Brasil e as particularidades dessa política no município de Ouro Preto/MG; refletir sobre o avanço do neoconservadorismo e sua relação com a “contra-reforma psiquiátrica” na política de saúde mental brasileira; apresentar um panorama geral da população assistida pelos CAPS IJ no Brasil; realizar um levantamento de dados sobre a população assistida pelo CAPS IJ de Ouro Preto/MG ,e também; contribuir para que os trabalhadores do CAPS IJ/OP possuam mais um instrumento de conhecimento sobre a realidade dos usuários para a construção do “Projeto Terapêutico Singular” destes.

O método assumido é o materialismo histórico dialético, a partir do qual o pesquisador (a) busca conhecer a realidade objetiva em sua totalidade. É “[...] o método de pesquisa que

propicia o conhecimento teórico, partindo da aparência, [que] visa alcançar a essência do objeto” (Netto, 2011, p. 22). Em outras palavras, se parte da realidade concreta para ir à essência dos fenômenos, compreendendo o significado de sua aparência e relacionando-os com sua essência.

Dessa forma, além da pesquisa empírica descrita acima, esta investigação também está metodologicamente organizada a partir da realização de uma pesquisa bibliográfica dividida em dois capítulos. A mesma foi realizada em livros, artigos científicos e sites, para buscar conhecimento, constituir referencial e embasamento teórico sobre a população usuária da saúde mental, em especial, crianças e adolescentes. Vale dizer que, esse público pode ser atravessado pelas expressões da “questão social” e as refrações de classe, raça, gênero e etnia. Foi realizado um estudo, também, sobre a condição sócio histórica da política de saúde mental no Brasil e as particularidades dessa política no município de Ouro Preto/MG; ademais dos impactos do neoconservadorismo e da recente crise econômica para a política e análise de um panorama geral da população assistida pelos CAPS IJ no Brasil.

Nesta pesquisa, buscou-se fugir da perspectiva de individualização, fragilidade e insegurança, pois com o reconhecimento do sujeito em sua totalidade, os direitos das crianças e adolescentes com transtornos mentais podem ser melhor identificados e viabilizados. Assim as perguntas norteadoras dessa pesquisa foram: Quem são essas crianças e adolescentes atendidas pelo CAPS ij/OP? Qual é o seu lugar no território? Quais são os determinantes sociais da saúde<sup>2</sup> que os atravessam? Como acolher sem conhecer? Como requisitar os direitos dos usuários (as) sem saber quais são as características dessa população atendida e quais são suas demandas mais abrangentes? E para além disso, como esses direitos serão efetivados sem dados concretos que o comprovem? Como garantir a promoção da saúde sem refletir sobre toda a conjuntura atual da região e do país? Qual o foco do “cuidado em saúde mental” a que devemos promover?

Apesar de não nos esgotarmos com as reflexões aqui tratadas – baseadas nas perguntas descritas acima –, desconhecemos estudos dessa natureza na região. Como estudo realizado neste território, esta pesquisa pode inspirar a realização de novas investigações sobre a temática; poderá servir como mais uma possibilidade de diálogo dessa população com os movimentos sociais, coletivos e associações de moradores, potencializando suas requisições acerca da

---

<sup>2</sup> Utiliza-se o termo “determinantes sociais da saúde” por ser mais acessível ao entendimento do leitor, porém, o correto seria dizer “determinação social do processo saúde doença”, por apropriar-se do entendimento dessa determinação da saúde como um ‘processo’ social, e não ‘fator’ social, como alertado por Garbois (2017).

preservação do bem-estar e autonomia das crianças e adolescentes. Ademais, ao estudar acerca da realidade regional em que a UFOP está inserida, esta pesquisa justifica-se também pelo fato de a UFOP estar cumprindo sua função social de aproximação e fomento da produção de conhecimento no território de sua abrangência.

Diante de todo o exposto, torna-se evidente a importância da demonstração de pesquisas que envolvam as especificidades da vida das crianças e adolescentes assistidas pela atenção psicossocial. Os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPS IJ) desempenham um papel crucial no processo de inclusão social desses indivíduos em seu próprio território, fundamentais para garantir um futuro mais saudável e promissor para as gerações vindouras. Convém uma convicção de pensamento “crítico direto sobre a essência da organização social da sociedade de mercado e do regime de acumulação capitalista, por meio dos processos de geração e reprodução da exploração humana e da natureza e as suas marcadas consequências na saúde.” (Garbois, et.al, 2017, p. 69).

## 2 A LOUCURA ENQUANTO UMA EXPRESSÃO DA “QUESTÃO SOCIAL”

*“a loucura é a loucura. Só em determinadas condições é que ela se torna um problema social”*

*Karl Marx*

### 2.1 Formação sócio-histórica brasileira e a loucura

Neste tópico, pretende-se tratar sobre a formação sócio histórica brasileira, o surgimento da “questão social” no país e a questão da loucura nesse contexto. Até o início do processo de construção da Reforma Psiquiátrica, a assistência as pessoas com transtornos mentais constantemente permeada pela lógica manicomial e a indústria da loucura em seu auge. Ressalta-se que a chegada até o cenário atual é resultado de muita luta e, há que se considerar as diversas contradições que envolvem a história de constituição das políticas sociais dentro da ordem capitalista, em especial a Política Nacional de Saúde Mental.

Na obra “O Povo brasileiro: a formação e o sentido do Brasil”, Darcy Ribeiro (1995) retrata de forma sábia a formação sócio-histórica do país brasileiro, que nada mais é do que a constituição de suas bases econômicas, sociais, políticas e culturais, que demonstram uma particular forma de vida e de interesses coletivos. O genocídio indígena, a escravidão e as revoltas, por exemplo, são reflexos de uma trajetória totalmente submissa aos interesses e ganâncias de outrem. Sabe-se que antes da chegada dos colonizadores no Brasil, o povo indígena já havia se firmado, mas foi a partir de 1500, mais especificamente, que seus costumes e modos de ser nunca mais tiveram as mesmas expressões.

Mais tarde, com a destruição das bases da vida social indígena, a negação de todos os seus valores, o despojo, o cativo, muitíssimos índios deitavam em suas redes e se deixavam morrer, como só eles têm o poder de fazer. Morriam de tristeza, certos de que todo o futuro possível seria a negação mais horrível do passado, uma vida indigna de ser vivida por gente verdadeira (Ribeiro, 1995, p. 43).

Com a chegada dos colonizadores, aos poucos foi se definindo a abundância de recursos para sua subsistência indígena e sua agricultura, que obtinha predominância na plantação de frutas e tubérculos, caça e pesca (Ribeiro, 1995). Foi negada a sua existência, ao considerá-los como povos “atrasados” e passíveis de adaptação aos padrões homogeneizantes da “modernidade”, além do etnocídio físico, cultural e espiritual. Essa dinâmica acontecia ao mesmo tempo de uma grande rivalidade internacional em busca das riquezas naturais e humanas. Marx e Engels pontuam a centralidade da escravidão colonial, que obviamente

também ocorreu no Brasil, como fundamental para a então chamada acumulação primitiva de capital.

A descoberta das terras auríferas e argentíferas na América, o extermínio, a escravização e o soterramento da população nativa nas minas, o começo da conquista e saqueio das Índias Orientais, a transformação da África numa reserva para a caça comercial de peles-negras caracterizam a aurora da era da produção capitalista. Esses processos idílicos constituem momentos fundamentais da acumulação primitiva. A eles se segue imediatamente a guerra comercial entre as nações europeias, tendo o globo terrestre como palco (Marx, 2013, p. 998).

O grande motivo para que o povo negro e indígena fosse colocado à mercê da servidão, foi justamente por causas econômicas de produção para além da vida. Segundo Williams (1975), a escravidão possui diversas vantagens, como por exemplo, o uso mais proveitoso da terra e o lucro exorbitante. Isso porque, o povo africano também tinha habilidades específicas apreendidas em sua cultura que eram funcionais para a mão de obra escrava na extração de recursos, como: antilhas, açúcar, fumo e algodão e, posteriormente, o ouro, a prata e o minério de ferro. Quanto aos indígenas, o seu conhecimento sobre a terra e o clima, de certa forma, foi favorável à fuga.

Por meio dessa forma econômica, Ribeiro (1995) coloca em evidência que o processo de formação do povo brasileiro se fez pelo entrechoque de seu contingente altamente conflitivo: indígenas, negros e brancos. Vivemos então, principalmente neste período, em estado de guerra latente, havendo uma certa predominância que marca e caracteriza cada conflito colonial que aconteceu no Brasil. À título de exemplificação, Ribeiro (1995) incita a luta dos Cabanos no estado paraense marcada por tensões inter-raciais (brancos versus caboclos), classistas (senhores versus serviçais) e, acima de tudo, pela busca por hegemonia interétnica. O mesmo ocorreu em Palmares, no sertão nordestino, que obteve o enfrentamento racial como componente principal em busca de poder expressar sua forma de vida com dignidade. A Guerra de Canudos, que aconteceu no interior da Bahia, também pode ser exemplificada, prevalecendo a tensão classista entre sertanejos e fazendeiros. Tem-se que a população brasileira em formação “não tinham qualquer possibilidade de orientar seu próprio trabalho para o atendimento de suas necessidades” (Ribeiro, 1995, p.168).

Dessa maneira, o sistema produtivo que aqui se manifestava herdou, segundo Couto (2010), um Estado incipiente e comprometido com o poder privado, que incide mais fortemente nos direitos civis, em detrimento dos outros direitos. Os direitos civis, em que são valorizadas a liberdade, a autonomia, a justiça e a propriedade privada, em condições objetivas, só era exercido para uma parcela ínfima da população brasileira. Além disso, “os direitos políticos

estavam atrelados à manutenção da sociedade brasileira dentro dos seus padrões tradicionais” (Couto, 2010, p. 87). Em resumo,

O Brasil, do tempo da proclamação da sua independência herdou a existência de uma sociedade escravocrata, uma economia monocultora e latifundiária e um Estado absolutista (Carvalho, 2002). Estas características dificultaram sobremaneira a implantação de mecanismos transformadores e garantidores de direitos, como é possível observar pelos acontecimentos que conformaram a formação sóciohistórica brasileira (Couto, 2010, p. 89).

É necessário sublinhar que a abolição da escravidão no Brasil só aconteceu por meio de pressões externas, pois o sistema capitalista internacional no século XIX experimentava mudanças em seu ordenamento que buscavam ampliar o seu crescimento através do controle dos mercados. Tais pressupostos, apontam para as bases da estruturação capitalista no Brasil. Podemos dizer que essa transição ocorreu tardiamente, de maneira muito semelhante a outros países dependentes da América Latina. A mesma ocorreu sem nenhuma mudança substantiva na organização social, ou seja, com a prevalência da liderança dos mesmos grupos políticos no poder - latifundiários (da elite cafeeira), estrangeiros, etc. A proclamação da república e a manifestação do capitalismo, então, não significou a ampliação dos direitos para a maior parte da população, apenas uma miséria material cada vez mais crescente e um mercado que coloca em evidência o capital externo para a sua reprodução.

Se estruturam, nesse âmbito, de um lado, os possuidores de mercadorias (propriedade privada), dinheiro, meios de produção, meios de subsistência e que buscam valorizar a força de trabalho alheia, de outro lado, trabalhadores livres, vendedores da sua força de trabalho, desvinculados dos meios de produção. A partir de 1930, com o governo gestado por Vargas, o sistema econômico brasileiro se desloca do eixo agroexportador para o urbano industrial. Nesse sentido, Iamamoto e Carvalho (2014) demonstram que o aparecimento da “questão social” está diretamente ligado à generalização do trabalho livre.

a “questão social” deixa de ser apenas contradição entre abençoados e desabençoados pela fortuna, pobres e ricos, ou entre dominantes e dominados, para constituir-se, essencialmente, na contradição antagônica entre burguesia e proletariado, independentemente do pleno amadurecimento das condições necessárias à sua superação (Iamamoto, et.al., 2014, p. 135).

Em face dessa contingência, numa análise sobre o surgimento da questão social no capitalismo, e de seu pressuposto, o fenômeno do pauperismo na Inglaterra, do século XVIII, Netto (2011, p. 153) afirma que “pela primeira vez na história registrada, a pobreza crescia na razão direta em que aumentava a capacidade social de produzir riquezas”. Em outras palavras, o aumento da riqueza socialmente produzida, é diretamente proporcional ao crescimento da

pobreza, pois, notoriamente, as necessidades de quem produz toda essa mesma riqueza (o ser social), não são supridas. Daí que se coloca a centralidade da “questão social” nas contradições que atravessam a sociedade, exigindo um posicionamento frente às demandas dos trabalhadores e dessa nova ordem produtiva. A “questão social” é não só a expressão das desigualdades sociais na sociedade burguesa recém constituída, como também, a materialização das lutas sociais contra as suas contradições.

Destarte, o apoio interdependente do Estado para a manutenção da classe burguesa, implicará na negação da existência da própria “questão social”, na negação da canalização do movimento operário, etc. A perspectiva sobre a “questão social” dada pela burguesia, tinha a coesão social como estratégia de enfrentamento, o que acarreta no acirramento da luta de classes e o tratamento da mesma como “questão de polícia”, ou seja, com o envolvimento de violência e desdém. Além disso, as ações do Estado se dão por meio da conciliação e pela lógica do favor, como mostrado por Yamamoto e Carvalho:

Seu posicionamento natural variará entre a hostilidade e o apoio explícito à repressão policial e ações caridosas e assistencialistas, especialmente após o sufocamento dos movimentos reivindicatórios e nas crises econômicas que lançam grandes maças em situação de extremo pauperismo (Yamamoto, et.al., 2014, p. 135).

Com o objetivo de superação da dependência econômica e atraso em seu desenvolvimento, após a Segunda Guerra Mundial, o país se dedicou a uma política desenvolvimentista e nacionalista dos interesses burgueses, que prioriza manter seus privilégios de prosperidade, soberania, paz e ordem social. Isso indica um papel diferenciado na mediação e interferência do Estado na economia, operando como administrador dos períodos de crise. Netto (2011) afirma que, neste momento, a “questão social” deve ser combatida preservando a propriedade privada dos meios de produção, isto é, sem tocar nos fundamentos da sociedade: um reformismo para conservar. Significa dizer que não é lucrativo para o Estado fazer mudanças nas bases que estruturam a sociedade e que de fato poderiam, dessa forma, suprir as necessidades econômico sociais da população. Esse meio de intervenção, chamado de “reformista” é responsável por criar as políticas sociais que conhecemos hoje, que obtém características compensatórias, fragmentadas, focalizadas e refilantropizadas, como forma de preservar e controlar a força de trabalho.

Assim, a exploração da força de trabalho e das desigualdades sociais tornam-se cada vez mais evidentes ao longo do desenvolvimento das forças produtivas. Temos que “passaram a ser critérios de inclusão e exclusão dos benefícios sociais a posição ocupacional e o

rendimento auferido” (Couto, 2010, p. 96), assim, os direitos sociais foram expandidos, porém vinculados à legislação trabalhista<sup>3</sup>, que, por conseguinte, contribuiu diretamente com a potencialização da acumulação capitalista. Obtendo como base o ideário liberal<sup>4</sup>, influência das concepções europeias, Couto (2010) ainda chama a atenção para a ampliação das oportunidades educacionais com enfoque à necessidade técnica do processo de industrialização, além do atendimento à saúde, o que forma um grupo específico de trabalhador e de formação útil ou inútil ao trabalho. De certa maneira, então, as questões que não põem em risco a classe hegemônica eram bem aceitas, o que prova a barganha da burguesia brasileira.

Enfim, chegamos ao ponto que queríamos. Diante desse cenário, segundo Bravo (2006), a política de saúde brasileira foi criada nos moldes apresentados acima, com o objetivo da própria manutenção da ordem e mediação entre as classes sociais. A saúde emerge como uma “questão social” a partir do início do século XX, momento em que, como dito acima, o capitalismo se aprofunda e há um avanço da própria divisão do trabalho e a emergência do trabalho assalariado. Entretanto, antes de pautar sobre a função social dada à saúde e a constituição dos manicômios no Brasil, é necessário fazer um apanhado sobre a história da loucura no mundo e o seu significado, que nem sempre foi conhecida tal qual conhecemos hoje, ou seja, em forma de diagnósticos e transtornos.

Temos que na antiguidade clássica, a loucura era considerada como algo natural, pois a sociedade era guiada pela natureza e a instintividade, sendo assim, “a loucura aparecia diluída imprecisamente em todos os homens” (Resende, 1987, p. 19). Dessa forma, o louco era uma pessoa que vivia livremente, pois a sociedade era pouco discriminatória em relação às diferenças. Havia certa tolerância, apesar de alguns escritos da bíblia frequentemente demonstrarem o louco como “atirado por pedras”. Com base nos estudos de Resende (1987), a curta duração da vida, naquela época, era um fator decisivo para que os transtornos não tomassem proporção muito significativa, o próprio conceito não era identificado até o momento em que causasse “estorvo” para o ambiente familiar ou comunitário.

---

<sup>3</sup> Isto é, o cidadão brasileiro só era reconhecido como tal se estivesse em ocupação reconhecida e definida por lei. Por isso, alguns grupos acabam sendo excluídos da chamada cidadania regulada, como por exemplo os agricultores, os desempregados, as pessoas negras, dentre outras, por consequência dessa segregação social. A cidadania, além de se constituir como um direito social, também representa liberdade política.

<sup>4</sup> O liberalismo econômico é uma ideologia de pensamento que defende a não-intervenção ou de pouca intervenção do Estado nas relações de mercado. Em conformidade com Netto (2011), no último quartel do século XIX, o capitalismo enfrentou mudanças em seu ordenamento, passando do estágio concorrencial para o estágio monopolista. A relação do Estado com a economia também se modifica ao longo dos anos, incidindo na sua função de assegurador do profícuo desempenho capitalista.

A partir da América Colonial, conforme as considerações de Resende (1987), a assistência a pessoa considerada, de certa forma, “louca”, era ofertada de forma totalmente privada e os “tratamentos” existentes eram restritos a poucas famílias abastadas, que mantinham os loucos dentro de casa, sob os cuidados de um “auxiliar psiquiátrico” contratado. Como o poder público apenas se responsabilizava e intervinha em situações específicas de direito civil (como anulação de casamento, etc),

Aos pobres, era permitido vagar pelos campos ou pelos mercados das cidades, sua sobrevivência assegurada pela caridade pública ou pequenos trabalhos realizados para particulares. Na América Colonial, os governos municipais passaram a remunerar aquelas famílias de lavradores que se dispunham a receber os loucos pobres não totalmente incapacitados para o trabalho, um sistema precursor da chamada assistência heterofamiliar que viria a ser proposta séculos mais tarde como parte do armamentário terapêutico psiquiátrico científico (Resende, 1987, p. 21).

Simplificando, aproximadamente do século XVI ao início do século XVIII, a situação de saúde como um todo, era permeada por uma baixa expectativa de vida e uma população restrita de doentes mentais. Restava aos loucos pobres ou a caridade pública ou o abrigo em “colônias agrícolas”, nas quais utilizavam o trabalho<sup>5</sup> como uma forma de tratamento e reintegração social. Podemos dizer que a loucura não foi e não é a mesma, vista de forma diferenciada, de acordo com a história e a cultura que está inserida.

Sendo assim, para provar que a loucura se conforma enquanto uma expressão da “questão social”, chamamos a atenção com a seguinte indagação de Resende (1987): a partir de qual momento a loucura começa a se expressar como um “problema social”, e por isso, vai necessitar da construção de instituições para controlá-la? O autor afirma que na Europa, “foi justamente o princípio do fim do campesinato como classe e o declínio dos ofícios artesanais que vieram selar a sorte do louco e elevar a loucura à categoria de problema social” (Resende, 1987, p. 23). A aptidão ou não para o trabalho se torna um fator decisivo para justificar a ideia de normalidade ou anormalidade.

Já no Brasil, a situação aconteceu diante das mesmas violações que ocorriam em outros países, onde eram recorrentes os maus tratos com as pessoas em sofrimento mental, ainda que tardiamente, submetidas à exclusão de seu convívio social e ao tratamento por meio da lógica manicomial. Resende incita que “a doença mental no Brasil, parece ter permanecido silenciosa por muito tempo, suas manifestações diluídas na vastidão do território brasileiro” (Resende,

---

<sup>5</sup> Ainda nos dias atuais, a “loboterapia”, ou seja, o ato do trabalho como forma de tratamento é exercido em algumas “comunidades terapêuticas”. O trabalho ainda é uma das “questões centrais da problemática da doença mental” (Resende, 1987, p. 20)

1987. P. 31). No século XVIII, quando acordada, “será arrastada na rede comum da repressão, à desordem, à mendicância, à ociosidade” (Resende, 1987, p. 35)

A loucura enquanto um “problema social” emerge no Brasil a partir do século XVIII, período no qual os loucos pobres dependiam da caridade pública e eram abrigados nos porões das Santas Casas de Misericórdia. Apesar dessas instituições já existirem no Brasil desde o século XVI, anteriormente não tinham como clientela doentes mentais e, nesse momento, tinham o “tratamento” diferenciado dos demais.

Com a criação das prisões e dos manicômios, os chamados “rejeitados sociais”/ “desviantes” e “vagabundos” eram ainda mais segregados<sup>6</sup>. O primeiro manicômio no país, surge em 1852 no Rio de Janeiro, cujo rapidamente atinge a sua lotação máxima, pois não obtinha função curativa, “os pobres alienados saíam das casas fortes para as valas do cemitério” (Resende, 1987, p. 40). Seguindo as teorias e práticas já executadas na Europa a mais tempo, a forma de tratamento por meio da psiquiatria moderna também ganha força no Brasil. O manicômio surge para encarcerar os loucos, vistos como rejeitados e improdutivos pela sociedade e que precisavam de um tratamento, no caso, um “tratamento” assassino, torturante e acima de tudo, lucrativo.

É importante ressaltar que o “asilamento” está diretamente ligado à capacidade dos sujeitos para o trabalho, visto que este sempre foi central, até mesmo em meio terapêutico quando era utilizado como meio de tratamento, claro que, por razões ideológicas. Behring e Boschetti (2011), alertaram que quando se inicia a Ditadura Civil Militar, o contexto brasileiro de desenvolvimento foi palco para o reforço ainda maior da patologização e do controle sanitário nas periferias brasileiras, para padronização dos trabalhadores e, acima de tudo, a ideia da saúde diretamente ligada à política higienista, ou seja, de limpeza da população.

Ratton (2020) e Arbex (2013) ilustraram as condições desumanas em um manicômio de Minas Gerais, em especial para as pessoas de pele mais retinta, e que possuíam algum transtorno mental, como: o encarceramento, terapias de choque e/ou lobotomia. Não só os loucos, mas as pessoas que fugiam dos padrões normativos, como: homossexuais, pessoas com deficiência, “mendigos”, mulheres com pensamentos revolucionários para época, também eram “pacientes” dos manicômios. Esse tipo de “tratamento” era feito sem autorização das famílias, que sequer sabiam o paradeiro de seus parentes e amigos. Esse é apenas um exemplo do que, de forma mais contundente da década de 1960 à 1980, aconteceu no Brasil.

---

<sup>6</sup> O isolamento era uma proteção contra as fugas.

O capitalismo é um gerador do sofrimento psíquico e aproveitador dos corpos para perpetuação de uma lógica asilar que segrega e que não leva em conta as vontades dos trabalhadores, sua história de vida, seu território, subestimando a potência dos indivíduos. O sistema é adoecedor e, para tanto, gera uma população adoecida. Dentro da lógica asilar, os direitos dos “doentes mentais” são violados e estes não são considerados enquanto pessoa livre e cidadã. A Reforma Psiquiátrica Brasileira, concomitantemente com a Reforma Sanitária, veio para mudar esse contexto.

A Reforma Psiquiátrica surgiu na Itália, tendo como grande referência e influência mundial, o psiquiatra Franco Basaglia. O autor critica a centralidade hospitalocêntrica, na qual o cuidado em saúde mental se faz apenas nos hospitais; a patologização, a partir da qual o sofrimento humano é explicado apenas por categorias médicas e diagnósticas; e a medicalização, uma prática que, segundo ele, cria cada vez mais uma práxis alienada e alienante<sup>7</sup>. Essas questões, para Basaglia (2010), acabavam perdendo de vista a ideia do chamado louco como um corpo social, das suas potencialidades de análise da totalidade da vida social e de tudo que atravessava o seu sofrimento. Apesar de não dizer a palavra explícita sobre as diferentes classes sociais, o autor tinha uma leitura revolucionária, que pautava a relação da loucura com a miséria e o poder. Segundo ele, “se a razão burguesa tornou-se razão humana, a relação entre razão e loucura “segregada” é essencialmente uma relação entre poder e miséria” (Basaglia, 2010, p. 268).

Franco Basaglia teve diferenciação em sua abordagem ao priorizar o doente e não mais a doença em si, e influenciou diretamente a Reforma Psiquiátrica brasileira. Segundo Tomaz (2018), autores como Paulo Amarante, Franco Rotelli, Eduardo Vasconcelos e Joel Birman defendiam no país a influência mais forte da psiquiatria democrática italiana no processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, apesar desta ter sido influenciada por autores como Foucault, Goffmann, Szaz e Castel. Ainda hoje, existem diferentes projetos de Reforma Psiquiátrica que estão em disputa no processo da luta antimanicomial, que serão discutidos posteriormente.

Neste momento, é importante destacar as 4 fases de desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica, que ocorreu tardiamente no Brasil. Amarante (1998) as descreve da seguinte forma: a primeira fase (década de 1970) conta com a crítica ao asilamento e a mercantilização

---

<sup>7</sup> No período do Iluminismo (séc. XVII e XVIII), internacionalmente, a exclusão estava diretamente ligada a “falta de razão”. Porém, segundo Amarante (1998, p. 59): “Durante a segunda metade do século XVIII, a desrazão, gradativamente, vai perdendo espaço e a alienação ocupa, agora, o lugar como critério de distinção do louco ante a ordem social. Este percurso prático/discursivo tem na instituição da doença mental o objeto fundante do saber e prática psiquiátrica.”

da loucura. Crítica esta feita por parte dos trabalhadores da saúde mental que viam de perto a realidade e eram responsáveis por divulgar as atrocidades que ocorriam no interior das instituições manicomiais. Essa primeira fase, aconteceu sob influência do recém inaugurado Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) e outras associações. Seu estopim foi representado pela chamada 'Crise da DINSAM ' (Divisão Nacional de Saúde Mental), pois foram identificadas e divulgadas irregularidades nas unidades hospitalares. Melhor dizendo,

A pauta inicial de reivindicações gira em torno da regularização da situação trabalhista – visto que a situação dos bolsistas é ilegal – aumento salarial, redução do número excessivo de consultas por turno de trabalho, críticas à cronificação do manicômio e ao uso do eletrochoque, por melhores condições de assistência à população e pela humanização dos serviços. Ou seja, reflete um conjunto heterogêneo e ainda indefinido de denúncias e reivindicações que o faz oscilar entre um projeto de transformação psiquiátrica e outro de organização corporativa (Amarante, 1998, p. 101).

Percebe-se que a luta por mudanças na política de saúde mental, inicialmente, ainda era muito tímida e mesclava elementos de transformação da assistência psiquiátrica com elementos da luta dos trabalhadores das instituições manicomiais por melhores condições de trabalho. Amarante (1998) incita que a partir das discussões realizadas no 1º Congresso Brasileiro de Saúde Mental (resultado dos desdobramentos da 8ª Conferência Nacional de Saúde), que a segunda fase da Reforma (1980-2001) salta para a transformação do sistema asilar e a ampliação da oferta de atendimento em saúde mental fora dos “hospitais psiquiátricos”. Nela, foram discutidas questões relacionadas à “economia, sociedade e o Estado – impactos sobre a saúde e doença mental; Reforma Sanitária<sup>8</sup> e reorganização da assistência à saúde mental; cidadania e doença mental – direitos, deveres e legislação do doente mental” (Amarante, 1998, p. 133).

Essa fase acontece em consonância com a redemocratização brasileira (pós Ditadura Militar), na qual, segundo Behring (2011), há a constituição de políticas voltadas para os princípios da universalização, responsabilidade pública e gestão democrática, apesar das tendências reformistas, com a introdução do conceito de seguridade social, articulando as políticas de previdência, saúde e assistência social e os direitos a elas vinculados. Assim, por intermédio da ampliação da participação popular, do crescimento da denúncia à violência e ineficácia do sistema assistencial hospitalocêntrico, além das discussões sobre a ampliação da

---

<sup>8</sup> Aconteceu no mesmo período da Reforma Psiquiátrica. O seu marco foi a ampliação do conceito da saúde de forma integral e ampliada, ou seja, o seu acesso deve ser garantido desde as ações de promoção até as de recuperação, envolvendo o sujeito e suas relações sociais de no geral.

saúde pública e universal, há a criação de leis e estruturas que dão mais suporte ao movimento da Reforma Psiquiátrica.

A partir do Congresso de Bauru, realizado em 1987, aquele movimento inicial dos trabalhadores da saúde mental se transforma no Movimento da Luta Antimanicomial (MLA), separando a luta política por melhores condições de trabalho da luta pela transformação do hospício, que une profissionais de saúde mental, usuários e seus familiares, com o propósito de transformar o modelo tradicional de tratamento psiquiátrico. Este movimento desempenhou um papel crucial ao desafiar a "inviabilidade da mera transformação institucional, da simples modernização da psiquiatria e suas instituições" (Amarante, 1998, p. 142). Diante disso, a proposta do MLA foi de ir além das reformas do manicômio e visou uma mudança radical no paradigma do cuidado em saúde mental, defendendo o lema "Por Uma Sociedade Sem Manicômios". Esse lema simboliza um compromisso com a construção de um modelo de saúde mental inclusivo, humanizado e em liberdade houve um avanço significativo na construção da política social universal e não contributiva, representada pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

A promulgação da Lei nº 10.216/2001 foi o marco mais importante na Reforma Psiquiátrica, pois, apesar de não ter extinto os hospitais psiquiátricos, promoveu uma série de avanços significativos na luta antimanicomial ao estabelecer princípios fundamentais para a proteção dos direitos dos pacientes e a promoção de cuidados.

Antes da Lei nº 10.216/2001 ser aprovada, em 1989, o político Paulo Delgado criou um projeto de lei que previa o fechamento gradual de manicômios e hospícios existentes no país até sua extinção. No entanto, o projeto de que foi aprovado, doze anos depois não deixa explícita essa finalidade, pelo contrário, deixa em aberto, contribuindo para que sejam abertas "brechas" para ampliação de "comunidades terapêuticas", hospitais psiquiátricos, como vem ocorrendo na última década. A Reforma Psiquiátrica no Brasil, então, se conforma como uma luta inacabada, por isso a mesma perdura até os dias atuais. Logo, a terceira fase da Reforma Psiquiátrica Brasileira se iniciou em 2002 e segue em curso. A criação dos Centros de Atenção Psicossociais e outros serviços públicos de integração dos cuidados das pessoas com transtornos mentais são um passo muito significativo para a consolidação da Política Nacional de Saúde Mental Brasileira e a promoção da inclusão social.

Como ressalta Passos e Moreira (2017), a MLA tem o desafio e compromisso na desconstrução e dissolução do capitalismo, do patriarcado e do racismo. Considera-se que, não diferente do auge dos manicômios, a população negra e pobre é a que ocupa mais espaço nesses

locais, seja nas antigas instituições ou nos serviços substitutivos aos manicômios. Esse lugar dado a essa população é socialmente construído, o que “nos leva a nos preocupar com a qualidade do cuidado oferecido aos/às negros/as no âmbito da saúde mental” (Passos; Moreira, 2017, p. 350).

Podemos citar que, segundo Fernandes (2006), o desenvolvimento da nação brasileira constituiu-se em um modelo denominado de “modernização conservadora”. Ou seja, em seu processo de formação sócio-histórica, há uma combinação de elementos de desenvolvimento e da forma de dominação burguesa com a manutenção de relações atrasadas de modo de produção e de relações sociais tardias. Essas relações sociais tardias incluem as intersecções entre todo o seu histórico escravocrata, patriarcal e desigual, que claro, obteve as mais diversas influências no seguimento da lógica manicomial e de uma reforma psiquiátrica que não condiz com as reivindicações da maior parte da população brasileira.

Diante do exposto, temos que a marca principal dos manicômios é o racismo, o que nos leva a indagar-se: batizá-los de “os porões da senzala brasileira” não seria mais condizente do que “holocausto brasileiro”, visto que o objetivo é que reconheçamos o seu histórico/função social no território brasileiro, e não internacional?

## **2.2 A constituição da Política de Saúde Mental brasileira e ouropretana**

Considerando as colocações acima referidas, cabe aqui resgatar as diretrizes e normas mais importantes que foram cruciais para o processo da reforma nacional no âmbito da saúde mental, que permitiram uma diminuição considerável no número de internações psiquiátricas em todo o Brasil. Serão apontadas, além disso, as particularidades da Política de Saúde Mental no município mineiro, ressaltando a constituição e a organização atual do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil de Ouro Preto (CAPS IJ/OP).

Com o decorrer do processo de reivindicações para que fossem reconhecidos os direitos dos loucos, podemos evidenciar que mesmo antes da criação da Lei Nacional da Reforma Psiquiátrica, já havia normativas que incentivaram regionalmente a reintegração do louco à comunidade, como é o caso da Lei 11802 de 18 de janeiro de 1995, que planeja em Minas Gerais (pelos poderes estadual e municipal), a criação de ambulatórios; serviços de emergência psiquiátrica em prontos-socorros gerais e centros de referência, leitos ou unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais, serviços especializados em regime de hospital-dia e hospital-

noite, centros de referência em saúde mental, centros de conveniência, lares e pensões protegidas (Brasil, 2002, p. 28).

Em âmbito nacional, a Portaria/SNAS n° 189/1991 do Ministério da Saúde foi importante, pois coloca o SUS como principal responsável pelo financiamento para a saúde mental, ao definir os “procedimentos” dos Núcleos e Centros de Atenção Psicossociais, inicialmente em organização mais voltada para o incentivo público a outras modalidades de assistência que não as tradicionais (internação e ambulatório de consultas). A Portaria/SNAS n° 224/1992 foi complementar a esta, nela foi regulamentado o funcionamento de todos os serviços de saúde mental - incluindo de hospitais psiquiátricos – os fiscalizando e proibindo de práticas de violência à luz da Lei Orgânica da Saúde (Lei n° 8080/1990). Essa normativa também estabelece a diversidade de métodos terapêuticos na assistência multiprofissional.

No entanto, apenas a partir de 2002, são ampliadas e definidas as diferentes modalidades de CAPS e os seus objetivos, na Portaria ministerial GM n° 336. A partir desta portaria são estabelecido os portes diferenciados dos Centros de Atenção Psicossocial, os CAPS, a conforme a população do município em que estes serviços são criados e, principalmente, direciona novos serviços específicos para área de álcool e outras drogas e infância e adolescência. Por conseguinte, finalmente é marcada a criação dos CAPSi II (Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis), que inclui as seguintes atividades:

- a) atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- b) atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros);
- c) atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- d) visitas e atendimentos domiciliares;
- e) atendimento à família;
- f) atividades comunitárias enfocando a integração da criança e do adolescente na família, na escola, na comunidade ou quaisquer outras formas de inserção social;
- g) desenvolvimento de ações intersetoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça;
- h) os pacientes assistidos em um turno (4 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (8 horas) receberão duas refeições diárias (Brasil, 2002, p. 116-117).

Sabemos que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), são constituídos como serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico e buscam prestar a assistência em saúde mental territorializado, comunitário e em liberdade. Esses serviços de saúde buscam a valorização da equidade, a organização por meio da “territorialização” e a integralidade. Seu público é composto por pessoas com intenso sofrimento psíquico decorrente de “transtornos mentais graves e persistentes”. A rede que organiza e direciona os serviços públicos e

comunitários regulamentados pelo Ministério da Saúde atualmente, desde a atenção básica, os CAPS/NAPS, residências terapêuticas serviços de urgência e emergência e hospitalares, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi criada em 2011 pela Portaria N° 3088/2011.

A RAPS é uma rede prioritária e essencial para o fortalecimento da rede de saúde mental regional como um todo, as suas articulações e planejamento de ações condizem com o protagonismo da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Um dos seus pilares de funcionamento é o reconhecimento da participação social, de forma a ater-se a ações com organismos sociais (conselhos, comitês, associações de usuários, etc) para não perder de vista as possibilidades de crescimento e manutenção da luta antimanicomial. Tem-se o 18 de maio como o dia nacional da luta, onde os movimentos sociais, compostos pela sociedade, usuários, familiares e profissionais se reúnem em manifestações “por uma sociedade sem manicômios”.

Antes que possamos situar o CAPS II/OP nesse contexto, cabe a nós apresentar o histórico do município de Ouro Preto/MG, local em que foi requisitada a construção de um serviço de saúde mental infantojuvenil, justamente por suas particularidades. O território é marcado nacionalmente, e até, mundialmente, pela sua intensa riqueza natural. Conforme informações fornecidas pela Prefeitura de Ouro Preto (s.d), sua origem está na junção de vários arraiais, com isso, tornando-se sede de conselho, foi elevada à categoria de vila em 1711 com o nome de Vila Rica. Como seu próprio nome já propõe, era sede da extração de ouro preto, coberto com óxido de ferro e, facilmente encontrado nos córregos dos rios durante o ciclo do ouro.

Ao contrário dos outros países latino-americanos, que dependiam de um trabalho mais elaborado e especializado para a extração dos metais preciosos, e Minas Gerais, o fácil acesso ao recurso era motivo por receber diversos visitantes que vinham para a região em busca de melhores condições de vida. Porém, com a efêmera disposição dos metais preciosos, muitas pessoas tiveram que se estabelecer no local, o que aumentou a sua população e tornou Ouro Preto a cidade mais populosa da América Latina e nos anos de 1730 contou com cerca de 80 mil habitantes, uma expansiva população para época.

Minas Gerais, então, se transformou em um grande polo econômico e, de certa maneira, intelectual, com diversos centros urbanos e comércios desenvolvidos. A grande quantia investida nas obras culturais por parte de Portugal, foi de extrema importância para que, nos dias atuais, seja evidenciado o histórico do período escravista e, conseqüentemente, a exploração/opressão ao povo negro que ainda reverbera e estrutura a sociedade mineira e brasileira. Enfim, no ano de 1789 (mesma data da Revolução Francesa), aconteceu a

Inconfidência Mineira, na qual a cidade de Ouro Preto foi sede. Ribeiro (2010, p. 69) acrescenta que:

O momento crucial da auto identificação desses mestiços como brasileiros se dá na Insurreição Mineira. Ali se fala, pela primeira vez, de brasileiro como gentílico. A palavra deixa de designar quem explorava o pau-brasil para ser o nome de um povo, de uma nacionalidade.

Dessa forma, além da cidade ser palco para luta pela liberdade, emancipação e autonomia econômica e identitária, Ouro Preto chegou a ser a capital da província e, mais tarde, do estado, até 1897. Em 1980, foi considerada a primeira localidade elevada à título de Patrimônio Cultural da Humanidade, pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO). Até a atualidade, o município representa grande polo cultural, ainda hoje sendo referência nas categorias de artes plásticas, restauração, teatro, música ou, ainda, a literatura. Segundo o IBGE (2022), a cidade conta com aproximadamente 74821 habitantes, e possui abrangência de 12 distritos, sendo 6 destes com origem colonial.

Chama também atenção o fato de Ouro Preto ser considerada a população com maior número de pessoas autodeclaradas pretas ou pardas, destas, a maioria mulheres. À título de curiosidade, no ano de 2005, o brasão/bandeira da cidade de Ouro Preto, motivo de constrangimento para os moradores por descrição racista, configurou novo texto. “A frase em latim *"proetiosum tamen nigrum"* (precioso ainda que negro), referência ao ouro coberto por óxido de ferro encontrado na região, foi substituída por *"proetiosum aurum nigrum"* (precioso ouro negro) (Guimarães, 2005, s/p).

Conforme Gomes (2019, s/p) este polo cultural é “situado em terreno extremamente montanhoso e acidentado, somente a febre aurífera escolheria este rincão como palco de uma cidade”. A ocupação de morros e encostas, ao longo do tempo se expandiram e, foram motivos para grande parte da população mais empobrecida ocupasse casas em risco e alto risco de desmoronamento, ameaçando suas vidas e também, o patrimônio histórico e cultural do município. Abaixo, mostra-se dados quantitativos sob essa questão:

Um levantamento do Serviço Geológico do Brasil mostra que o município – localizado na Região Central de Minas Gerais – tem o maior número de áreas de risco do país. São 313, sendo que pelo menos 97% delas estão no patamar de risco geológico alto e 2,8%, muito alto. Ao todo, 6.486 pessoas são afetadas pelo problema (Couri, 2023).

Assim sendo, a maior justificativa para essa ameaça, evidencia-se que é e sempre foi o poder econômico acima do bem-estar social. Isso porque, quando se analisa o contexto da atual

extração de minério de ferro no estado de Minas Gerais, especificamente na região do quadrilátero ferrífero, as consequências são ainda mais emblemáticas:

[...] seja pelo seu passado rico em ouro, diamantes e outros metais preciosos que foram expropriados pelas metrópoles europeias, ou pelo seu presente em que o minério de ferro ocupa a referência central da extração mineral, produção esta que é direcionada prioritariamente ao exterior, aos grandes centros imperialistas e em desenvolvimento (Bertollo; et.al., 2020, p. 194).

Ou seja, todo o lucro advindo do que é retirado do país e especificamente na região, não é direcionado para o seu desenvolvimento social e econômico próprio, mas sim para os países de capitalismo central, como afirmado por Misereor:

Já Ouro Preto, município histórico e um dos principais produtores de ouro do Brasil durante o período colonial, segue ainda hoje como um território central para a mineração, convivendo com a presença de empresas como a Vale, Gerdau e Irmãos Pedrosa que extraem, entre outras coisas, ferro, topázio e pedras (Misereor, 2021, p. 19).

Outro fator que reverbera a questão da dependência da região e do país, é a questão do consumo de água. Recentemente, de acordo com Cardoso (2023), houve a privatização da água por uma megacorporação coreana chamada Saneouro, por meio de um pacto com a prefeitura do município, sem obter participação popular. Essa decisão provocou revolta da população ao vir a público, pois sabe-se que a empresa ao menos faz o tratamento correto para oferecer água de qualidade para a população, apenas cobra valores absurdos e incapazes de ser custeados pela maioria dos moradores do município.

Toda a conjuntura citada é geradora do aprofundamento dos problemas relacionados à questão da saúde pública e, em particular, da saúde mental. Principalmente, após a pandemia da COVID-19, aprofundou-se a crise mundial do capitalismo, expondo as mais diversas contradições desse sistema, como as relacionadas à classe, raça, gênero, sexualidade dentre outras.

Desde a sua criação e principalmente no período atual, as três modalidades de CAPS oferecidas desempenham um papel crucial na promoção da saúde mental da região, sendo elas: CAPS II - Casa dos Artistas - Centro de Atenção Psicossocial para adultos - o CAPS Ad - Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas - e o CAPS IJ - Centro de Atenção Psicossocial, para crianças e adolescentes. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Ouro Preto/MG, criada no ano de 2007 conta com todos os dispositivos previstos em lei, exceto as Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação. Citando-as: Atenção Primária à Saúde (porta de entrada para ações de promoção e prevenção da saúde); Atenção Especializada

(modalidades de CAPS); Atenção às Urgências e Emergências (UPA, SAMU, Bombeiro e Serviços de Segurança Pública em emergências psiquiátricas); Atenção Residencial de Caráter Transitório; Atenção Hospitalar (internações de curta duração no Hospital Santa Casa de Misericórdia).<sup>9</sup>

A Política de Saúde Mental do município de Ouro Preto foi constituída com muita luta, como mostrado pelos trabalhadores, que em conjunto deixaram os relatos do histórico dos primeiros acolhimentos fornecidos durante a Reforma Psiquiátrica local em uma revista chamada “Olympia”. De acordo com a produção, os acolhimentos foram iniciados em 1993, “[...] num trabalho em equipe, dada as implicações para vida familiar, social e de trabalho decorrentes das crises e urgências psiquiátricas.” (Moebus, p. 5, 2004), com o fim de reduzir o internamento em Hospitais Psiquiátricos da época. Com isso, na década de 1990, foi oficializada a construção do projeto de saúde mental, com a ampliação da equipe multiprofissional, oficinas terapêuticas, participação da comunidade e inserção da família, graças à criação da Associação de Usuários e Familiares. Outro marco foi o conhecido “Bloco Conspirados”, que ainda estreia em todos os anos no famoso carnaval da cidade.

Nessa ótica, a Revista Olympia (2004) sinaliza que é reorganizada a assistência em saúde mental com a criação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I), credenciado pelo Ministério da Saúde no ano de 2001. A sua responsabilidade era de atender todos os tipos de usuários para o atendimento à crise e urgências em conformidade com as diretrizes do SUS e a da Reforma Psiquiátrica. No mesmo local de sua fundação, no Bairro Água Limpa funciona nos dias de hoje o CAPS II – Casa dos Artistas, que atende adultos em grave sofrimento psíquico.

É de fundamental importância ressaltar os qualificadores dos CAPS, ou seja, para que o usuário (a) permaneça no serviço, é necessário que se enquadre nos seguintes parâmetros:

Uso de álcool ou outras substâncias psicoativas que causem sofrimento significativo pessoal e social, riscos à saúde e/ou outros prejuízos clínicos e psicossociais sem risco iminente à vida. Situações de abstinência com sintomas leves a moderados sem quadro clínico agravado;  
Quadro psicótico agudo, sem sinais de agitação psicomotora e/ou agressividade, porém sem apoio sociofamiliar;  
Episódio conversivos/dissociativos, sem alteração aguda do comportamento e risco à própria integridade ou à de terceiros;  
Determinações judiciais (a depender da competência e especificidades da RAPS);  
Quadro depressivo grave com ou sem sintomas psicóticos, com ideação suicida sem planejamento, porém sem apoio sociofamiliar que possibilite tratamento extrahospitalar;  
Autonegligência (perda do autocuidado) grave;  
Quadro psicótico agudo, sem sinais de agitação psicomotora e/ou agressividade auto

---

<sup>9</sup> Disponível em: <https://www.ouropreto.mg.gov.br/transparencia/diario-publicacoes/3247>. Acesso em: 09 ago 2024.

e heterodirigida  
Transtorno Afetivo Bipolar: episódio depressivo ou maníaco sem risco para si ou para terceiros; (Ouro Preto, 2024, p. 17-18).

Em se tratando do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPS IJ) de Ouro Preto, o mesmo atende apenas as crianças (de 2 à 12 anos completos) e adolescentes (de 12 aos 18 anos), podendo se estender ao atendimento destes até os 21anos, em raros casos. O CAPS Infantojuvenil, conforme o *Projeto de Implantação do CAPSi de Ouro Preto* (2008), inicialmente era chamado de “Ambulatório da Criança e do Adolescente”, obtendo objetivos de atuação diferentes e em desenvolvimento. Neste ambulatório, cabia aos profissionais de saúde o cuidado clínico psiquiátrico, a reabilitação psicossocial e educacional para os pacientes e familiares.

Desse modo, o serviço do CAPS IJ, localizado no endereço Rua Travessa Sargento Francisco Lopes, 79, bairro Água Limpa em Ouro Preto, foi criado em 2008 e busca, mediante ao acompanhamento integral e interprofissional, atender os pacientes que possuem algum transtorno mental intenso e persistente. O CAPS IJ/OP segue a atual Política de Saúde Mental e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), buscando valer seus direitos e favorecer o bem-estar dessa faixa etária. Vale dizer que recentemente, com base no Decreto nº 8087/2023, o serviço chegou a mudar de local de atendimento e ganhou uma sede própria, o que representa grande conquista para o a população usuária do serviço.

Por meio de seu financiamento federal e municipal, de aproximadamente 33 mil (Anexo 4), o CAPS IJ/OP oferece tratamento que abrange atividades como acolhimento/(re)acolhimento, atendimento individual e/ou em grupo, busca ativa, oficina terapêutica, intervenções familiares, permanência-dia, ações de articulação com a rede intra e intersetoriais<sup>10</sup>, ações com a comunidade, dentre outras. Claro, as famílias das crianças e adolescentes atendidas, compõem parte integrante do tratamento.

Quanto à sua organização, no momento, o serviço possui profissionais da área da Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional e Fonoaudiologia, que não trabalham enquanto sua especialidade, mas sim como “Técnicos de Referência”.<sup>11</sup> O serviço conta, ainda, os profissionais da enfermagem de nível superior (que também assume o cargo de Coordenadora) e médio, além de médicos psiquiatras, monitores de oficina terapêutica (nível superior e médio),

---

<sup>10</sup> Em Anexo 5 deste trabalho, podemos verificar com mais amplitude algumas das instituições, sejam elas da saúde, assistência social, educação, esporte e lazer que são oferecidos de forma gratuita à população infantojuvenil de Ouro Preto/MG.

<sup>11</sup> Problematização acerca dessa discussão pode ser encontrada em Tomaz (2024), disponível em <https://www.editoranavegando.com/tecnico-de-referencia>.

agente administrativo, secretária, motorista e serviços gerais.

O papel de profissionais da saúde mental citado, faz parte do processo recente de reconfiguração dos seus processos de trabalho, chamado de Técnico de Referência (TR). Para isso, foi feita a territorialização, ou melhor, a distribuição dos distritos e bairros da sede para cada profissional, pois cada um se torna responsável por referenciar o cuidado com os usuários (as) do seu território em específico. Significa dizer que os profissionais de nível superior, tem o papel de acolher os usuários/pacientes, criar conjuntamente com o usuário (a) e sua família o seu Projeto Terapêutico Singular (PTS) e acompanha-lo. Segundo o Ministério da Saúde,

O Terapeuta de Referência (TR) terá sob sua responsabilidade monitorar junto com o usuário o seu projeto terapêutico, (re)definindo, por exemplo, as atividades e a frequência de participação no serviço. O TR também é responsável pelo contato com a família e pela avaliação periódica das metas traçadas no projeto terapêutico, dialogando com o usuário e com a equipe técnica dos CAPS (Saúde, 2004, p. 16).

Essa estrutura de funcionamento, segundo a análise de Tomaz, foi inserida nos serviços por parte de uma requisição institucional como “algo dado, inevitável e, para nós, desprovida de historicidade” (Tomaz, 2024, p. 128), sendo reflexo do “conservadorismo profissional implícito e camuflado sob o manto do trabalho inter/transdisciplinar”. Por isso, entende-se que essa mudança na organização do trabalho foi uma alternativa para lidar com as novas demandas que aparecem à saúde mental, que são socialmente produzidas e se tornam mais complexas de acordo com a recente crise do capitalismo global. É importante que o Técnico de Referência não seja reduzido ao âmbito individualista/subjetivo, pautando que a construção do PTS tenha abrangência às questões sociais e territoriais, impactando amplamente e permanentemente a materialidade da vida dos usuários (as).

Há que se considerar que, além das reformas no aspecto profissional, os impactos do neoliberalismo e neoconservadorismo na Reforma Psiquiátrica Brasileira vão muito além, tanto na redução das políticas sociais em geral, quanto pelo controle das formas de agir e pensar da sociedade, como será demonstrado no tópico a que se segue.

### **2.3 (Neo)conservadorismo e contra-reforma psiquiátrica no Brasil**

Sabe-se que, na medida em que o avanço do neoconservadorismo se consolida no capitalismo periférico brasileiro, a partir da década de 1990, o mesmo se torna responsável por mudanças substantivas no direito à saúde no geral, especialmente dentro da Política de Saúde

Mental. Por isso, neste momento, buscamos refletir sobre a “contra-reforma psiquiátrica” e seus rebatimentos na vida dos usuários (as) e familiares da saúde mental.

Para fundamentarmos a presente investigação, deve-se frisar que, conforme Passos e Moreira (2017, p. 343), “há dois projetos em permanente disputa no interior da reforma psiquiátrica: 1) o calcado na perspectiva de radicalização da luta antimanicomial, fundamentado nos princípios basaglianos e na Carta de Bauru; e 2) o projeto flexível aos interesses do grande capital”. O primeiro e claramente o que concordamos, expressa um projeto contra o modo de produção e reprodução opressor, para além de uma perspectiva de mudança simplista e “reformista” sob o atual modelo de assistência psiquiátrica. Já o segundo projeto, está vinculado com uma perspectiva que defende a saúde focalizada e voltada aos interesses do mercado. Isto é,

[...] a reforma psiquiátrica encontrou diversos entraves para sua efetivação devido a uma série de contrarreformas no âmbito das políticas sociais. Este cenário de contrarreforma vincula-se a um processo amplo de reestruturação produtiva do capital, contendo uma dimensão política, social e cultural. Assim, suas mudanças não só ocorreram na produção em si, mas também na correlação de forças entre capital e trabalho e no redirecionamento do papel do Estado (NOVAIS; SANTOS, 2015). Este redirecionamento do Estado ficou conhecido como (contra) reforma do Estado, que consiste em uma série de medidas que objetivam a diminuição dos gastos públicos, tendo início a partir dos anos 1990 (Behring; Boschetti, 2011, *apud* Chibatto, et.al, 2022, p. 85).

O neoliberalismo, ao fazer mudanças no papel do Estado na execução das políticas sociais, como dito pela autora, tem contribuído para um aumento no adoecimento e a diminuição dos recursos destinados ao Sistema Único de Saúde (SUS) e à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Behring e Boschetti (2011) destacam a influência da criação da Federação Brasileira dos Hospitais e da indústria farmacêutica no Brasil a partir da década de 1990, atores que se alinham aos interesses mercadológicos no setor da saúde. Como discutiremos adiante, o modelo hospitalocêntrico, que prioriza o cuidado em saúde mental exclusivamente nos hospitais, continua sendo valorizado na atualidade. Esse enfoque não só legitima a medicalização e patologização, que trata o sofrimento humano apenas sob categorias médicas e diagnósticas, mas também perpetua uma prática mais alienada e alienante. Tal abordagem desconsidera o potencial do corpo social e a análise integral do sofrimento humano, limitando-se a explicações que ignoram a complexidade das experiências e condições que afetam a saúde mental.

Todos esses são aspectos, como demonstrados na produção da autora Cristiane Tomaz (2009), também são consequência das mudanças que aconteceram bases teóricas da luta

antimanicomial nas últimas décadas. A sua vinculação com a desinstitucionalização italiana e com a dimensão universal e totalizante sobre o cuidado em saúde mental é mais invisibilizada com a ascensão do neoconservadorismo no Brasil. Tomaz (2009, p. 133) deixa claro que:

Para os pós-modernos, as lutas políticas atuais teriam deslocado seus interesses universais para dar lugar às particularidades étnicas, sexuais, ecológicas, de gênero, etc., perdendo a sua vinculação com a dimensão universal, ou seja, perdendo o reconhecimento dos interesses coletivos contidos em tais reivindicações, trazendo como premissa uma representação singular e subjetivista sobre o real em contraposição a uma interpretação universalista e totalizante (EVANGELISTA, 2007, p. 177). O que parece ir ao encontro do que este segundo grupo de intelectuais defende enquanto cidadania do louco.

Seja por propostas sutis ou mais explícitas, as alterações recentes no âmbito da saúde mental ameaçam fortemente as conquistas da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Esse cenário é acentuado, ainda mais, com o congelamento de recursos públicos e universais (incluindo a saúde) no governo de Michel Temer (Emenda Constitucional 95/2016) e durante a Pandemia da COVID 19 (2020-2022), no governo Jair Bolsonaro. Durante esse período, os governos obtiveram mais respaldo para o controle dos gastos com a população empobrecida, submetendo-as à árdua violação de direitos. Ressaltamos que o aumento de recursos para áreas que são consideradas favoráveis à política de “asilamento”, ressaltam a orientação política e ideológica que o governo brasileiro enaltece.

Podemos exemplificar esse contexto com as ressalvas que Bravo e Pelaez (2020) fazem em seu artigo: “A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências”. Segundo as autoras, a emenda do “Teto de Gastos” que foi aprovada durante o governo Temer (2016-2018), simboliza que quanto mais a economia cresce ao longo dos anos, mais terá impactos na saúde, pois ela depende da porcentagem do Produto Interno Bruto (PIB) do país. Como se não fosse o bastante, a Política de Saúde Mental ainda sofreu retrocessos com a Portaria nº 3.588, de dezembro de 2017, que foi muito criticada pelos profissionais e usuários (as) da saúde mental. Por meio desta, foram feitas mudanças na RAPS<sup>12</sup>, como o fortalecimento das internações em hospitais psiquiátricos e a criação de leitos de internação em hospitais gerais. Sendo assim, doando mais recursos para essas áreas, há um incentivo da cultura de hospitalização.

Outrossim, pela busca por maior articulação entre o setor empresarial e a saúde, foi aprovada (sem participação popular) a “Coalizão Saúde Brasil: uma agenda para transformar o sistema de saúde” em 2017. Criada pelo mesmo instituto, defende-se a ideia de que os setores

---

<sup>12</sup> Essas mudanças que foram feitas na RAPS, como não favorecem aos avanços das Políticas de Saúde Mental locais, muitas vezes é desconsiderada pelas organizações, que continuam seguindo a Portaria nº 3088/2001.

públicos e privados precisam construir uma rede de cuidados contínuos, o que demonstra o papel da iniciativa privada na gestão de recursos. Em 2018, a política de saúde ainda teve o seu orçamento reduzido em R\$ 179 milhões.

No decorrer do governo Bolsonaro (2018-2022), segue-se a mesma lógica. Segundo as autoras, a Nota Técnica nº 11/2019 da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas trouxe à tona debates que pautam a redução da importância dos CAPS, a liberação da compra de choques elétricos, além do fortalecimento dos manicômios ainda existentes. Após diversas manifestações de repúdio ao documento, por parte dos movimentos que compõem a luta antimanicomial, o mesmo foi retirado do ar. Outra questão que mostra a ânsia de privatização e dos fins mercadológicos, foi a Proposta do Ministro da Economia, do governo Bolsonaro, Paulo Guedes, que propõe a criação de um voucher/vale para a saúde e a educação, com o intuito de repassar do Estado para o setor privado a responsabilidade da prestação de serviços e ações de saúde, ainda conforme Bravo e Pelaez (2020).

Esses ataques passam a obter peso maior aos usuários de álcool e outras drogas, como por exemplo o Decreto nº 9761/2019, que busca estabelecer uma nova Política Nacional de Drogas com a “construção de uma sociedade protegida do uso de drogas lícitas e ilícitas a ser alcançada por meio da promoção da abstinência e do fortalecimento de “Comunidades Terapêuticas” (Bravo; Pelaez, 2020, p. 202). Esse decreto ignora totalmente a política de redução de danos que é ofertada pelos CAPS - Álcool e Drogas, em prol de uma religiosidade conservadora que defende o “tratamento” por via da abstinência. O governo também anuncia um documento que propõe a revisão da RAPS e uma “nova” proposta de assistência em saúde mental. O documento, que foi retirado do ar, criticava a Reforma Psiquiátrica por “desvalorizar o saber psiquiátrico”. Ressalta-se também a criação do Decreto nº 11.098/2022, que extinguiu a Coordenação Nacional de Saúde Mental e fez com que a atenção primária exercesse uma função que não compete a ela, mas à RAPS.

Considerando esse conjunto de contrarreformas autoritárias, a Psiquiatra e pesquisadora Renata Gonçalves (2020), chama atenção para a gravidade do desfinanciamento do SUS e da RAPS. A preocupação se refere à um maior número de pessoas que precisa de assistência em saúde mental, ao mesmo tempo em que há um menor número de pessoas que efetivamente recebe esse cuidado.

Para analisar mais a fundo esses dados, a pesquisadora calculou os gastos com saúde mental por pessoa e o percentual da saúde mental nos gastos totais da saúde. A saúde mental representava apenas 2,7% dos gastos da saúde em 2001 e, em 2019, essa dimensão era ainda menor, somente 2,1% – ou R\$ 12,50 por pessoa. [...]. A

pesquisadora comentou, ainda, a linha dos gastos federais com comunidades terapêuticas, mostrando que ela varia de acordo com o gestor, subindo e descendo ao longo dos anos (Marques, s/p, 2020).

Para além dos impactos do neoliberalismo e da redução de recursos, percebe-se que reprivatização, a mercantilização do cuidado e ofensiva neoconservadora estão lado a lado, o que retoma a compreensão da “questão social” como algo natural e ligado à moral. Nesse sentido, os serviços da saúde mental e, principalmente, os usuários (as) e suas famílias são atingidos pela política do “familismo” que, segundo Chibatto (2022, p. 89) cria intervenções “culpabilizantes, individualistas e psicologizantes de medicalização da vida”. Isso coloca um cargo maior às famílias em relação ao cuidado, pois os atendimentos nos serviços da RAPS se tornam cada vez mais pontuais e individualizados. Além disso, se distanciam da leitura do sujeito em sua integralidade, atravessado pelas suas características sociais, históricas e culturais da vida e não apenas o aspecto da doença/transtorno. Chibatto conclui que

Ao vivenciar a rotina em serviços de saúde, através da residência multiprofissional e por meio da revisão de literatura, tendo como eixo a reforma [psiquiátrica], a contrarreforma psiquiátrica e a família, concluiu-se que é neste campo de disputas que ocorre o aumento da responsabilização da família no cuidado em saúde mental, estando esta à mercê da própria sorte: com precário acesso às políticas sociais e à renda, visto o acirramento da desigualdade social. A família, antes partícipe de uma rede de cuidados apoiada nos serviços da Raps, agora é parte de uma gama reduzida de alternativas: ou arca sozinha com as responsabilidades ou institucionaliza e interna em hospitais psiquiátricos. Os serviços do meio, de base territorial e com participação social e da comunidade, são invisibilizados neste processo, sofrendo com a redução de investimento e a deslegitimação de sua importância, como é o exemplo do material produzido pela ABP no ano de 2020 (Chibatto, et. al, 2022, p. 92).

Logo, o papel da família<sup>13</sup> junto ao cuidado de usuários em sofrimento psíquico foi precarizado com a contrarreforma psiquiátrica. Em relação ao governo Lula, apesar das expectativas serem altas no bom sentido, por ser um governo mais progressista, a maioria das ações continuam por seguir a lógica manicomial. Os retrocessos que atingiram as políticas de saúde mental, álcool e outras drogas nos governos anteriores se perpetuam no governos atual, na medida em que este, até o momento, revogou uma parcela ínfima das normativas aprovadas anteriormente que redirecionaram a assistência aos usuários das referidas políticas para o

---

<sup>13</sup> Considera-se o conceito de família ampliada e mutável, sendo os tipos descritos a seguir: “Família Matrimonial: formada pelo casamento; Família Informal: formada pela união estável; Família Monoparental: qualquer um dos pais com seu filho (ex.: mãe solteira e seu filho); Família Anaparental: Sem pais, formadas apenas pelos irmãos; Família Reconstituída: Pais separados, com filhos, que começam a viver com outro também com filhos; Família Unipessoal: Apenas uma pessoa, como uma viúva, por exemplo; Família Paralela: O indivíduo mantém duas relações ao mesmo tempo, por exemplo, casado que também possui uma união estável; Família Eudemonista: formada unicamente pelo afeto e solidariedade de um indivíduo com o outro, buscando principalmente a felicidade.” (Oliveira, 2017, s/p)

modelo privatista, centrado no atendimento hospitalar e nas Comunidades Terapêuticas (Tomaz e Santos, 2024). A exemplo, tem-se a criação, em janeiro de 2023, do Departamento de Apoio a Comunidades Terapêuticas (DACT/MDS). Essa ação também foi repudiada por diversos movimentos sociais, considerando que essas “Comunidades Terapêuticas” também são cárceres para as pessoas em sofrimento mental, e acabam por oferecer o “tratamento” assentado em fundamentos religiosos e não científicos. Porém, todas as formas de repúdio não surtiram o efeito desejado, de acordo com Navai (2023).

Por outro lado, não podemos deixar de citar alguns avanços que aconteceram neste governo, como a ampliação em R\$ 414 milhões por ano os recursos para custeio dos serviços da RAPS (Brasil, 2023) e a sanção da Lei nº 3.383, que institui a Política Nacional de Atenção Psicossocial nas Comunidades Escolares (Brasil, 2024). Ao ampliar integração da comunidade escolar com as equipes de atenção primária à saúde e colocar os estudantes como atuantes na construção da atenção psicossocial, podemos falar mais abertamente sobre o sofrimento psíquico e identifica-los precocemente.

Diante do que foi destacado, conclui-se que as instituições que reproduzem formas violentas de “tratamento” são totalmente funcionais à reprodução das desigualdades e opressões que atravessam a formação sócio-histórica brasileira. O direito restrito à cidadania das pessoas com transtornos mentais é uma problemática que está relacionada ao controle de corpos, ao racismo e ao patriarcado, que condizem com a lógica manicomial. Assim, “é a população negra e pobre que sofrerá com o retorno do modelo manicomial, dado que compõe a maioria da população brasileira” (Caputo, et. al., 2020, p. 100). Essas questões serão retratadas com mais profundidade no capítulo a seguir, com foco nas crianças e adolescentes, que possuem ainda mais um agravante por serem sujeitos em processo de desenvolvimento.

### 3 AS CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SOFRIMENTO PSICOSSOCIAL

*“Que o nosso povo nas periferia  
Precisa encher suas panela vazia  
Dignidade é dignidade, não se negocia  
Porque essa troca leva infância, devolve apatia  
E é pior na pandemia  
Sobra ferida na alma  
Uma coleção de trauma  
Fora a parte física  
E nós já tá na parte crítica”*

*Emicida e Drik Barbosa*

#### 3.1 As refrações de classe, raça, gênero e etnia na saúde mental infantojuvenil

A infância e a juventude são atravessadas pelas condições objetivas e subjetivas da realidade social. Nas condições atuais, essa realidade está cada vez mais complexa, precarizada e desigual, principalmente aos sujeitos que estão abaixo da pirâmide socioeconômica, como mulheres e meninas negras ou de comunidades indígenas ou quilombolas. A COVID-19 foi um dos fatores que geraram grande aumento na incidência de questões relacionadas à saúde mental à essa população:

Segundo as últimas estimativas disponíveis, calcula-se que, globalmente, mais de um em cada sete meninos e meninas com idade entre 10 e 19 anos viva com algum transtorno mental diagnosticado. Quase 46 mil adolescentes morrem por suicídio a cada ano, uma das cinco principais causas de morte nessa faixa etária. Enquanto isso, persistem grandes lacunas entre as necessidades de saúde mental e o financiamento de políticas voltadas a essa área (UNICEF, 2021, s/p).

À vista disso, neste capítulo, pretendemos demonstrar as particularidades que compõe as expressões da “questão social”. Devemos frisar que as intersecções entre classe social, raça, gênero e etnia não são propriamente uma “questão social”<sup>14</sup>, mas sim o que estrutura a “questão social”, ou seja, estruturantes e estruturais do modo de produção capitalista. Ainda assim, a população infantojuvenil está imersa neste sistema e, por consequência, é impactada por essas opressões e aprofundadas com as recentes crises e com o avanço do neoconservadorismo no Brasil.

---

<sup>14</sup> São exemplos das expressões da questão social: a “pobreza, desemprego, violência, discriminação de gênero, raça, etnia e orientação sexual, trabalho precário, dificuldade de acesso à saúde, à educação e ao trabalho, falta de moradia, violação dos direitos das crianças e idosos” (Badaró, 2013, p. 168)

De fato, nas últimas décadas houve avanços consideráveis nas condições de cidadania de crianças e adolescentes. O histórico dessa população é de plena violação de direitos pela conjuntura de institucionalização e de maus-tratos, sendo comum, num passado recente, a permanência de crianças “anormais” e adolescentes “desviantes” em hospitais psiquiátricos, Fundações Estaduais do Menor (FEBEM) ou segregadas na Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE).

Num processo de longa data e de consolidação de lutas sociais, os atores da sociedade civil e o Estado reconhecem o “problema do menor” como uma expressão da “questão social”, assim, o antigo Código de menores (1979) foi substituído pelo ECA (Lei nº 8069), em 1990. Conforme Carvalho (2020), a infância e adolescência passam a ser consideradas prioridade absoluta da família, da sociedade e do Estado, também havendo mudanças nos métodos de intervenção, não mais punitivos e corretivos, mas de respeito às fases de desenvolvimento psicossocial infantojuvenil. A reordenação institucional da relação entre a União, os estados e os municípios também foi uma importante conquista. Carvalho (2020) explica que a partir dessa reordenação, foram criadas leis municipais, como, por exemplo, o Conselho dos Direitos da Criança e Adolescentes (CONANDA), o Fundo dos Direitos da Criança e Adolescente e a atuação do Conselho Tutelar (CT), buscando estar mais perto das problemáticas e realidades locais.

Tendo isso em vista, Surjus (2016) considera que a população infantojuvenil, enquanto sujeitos de direitos, passa a obter acesso a melhorias de condições que são riscos à piora da saúde mental, à exemplo da redução da mortalidade infantil, do aumento nos indicadores da educação e a redução da exploração do trabalho infantil. Por outro lado,

têm se constituído como grandes preocupações: o avassalador aumento de homicídios de jovens negros – com um crescimento de quase 700% nos últimos 30 anos (WAISELFISZ, 2013; 2016); a morbimortalidade por suicídio (ABASSE ET AL, 2009) e automutilação (BRAGA CAVALCANTI, 2014); o aumento de consumo de medicamentos para controle de comportamento e melhora do desempenho intelectual (ORTEGA ET AL, 2010), o aumento e a antecipação do uso de drogas por estudantes (CEBRID, 2010) (Surjus, 2016, p. 6).

Entende-se que essa desproteção à infância e adolescência no Brasil, é consequência do racismo e do patriarcado que compõe a ordem social, intrinsecamente vinculada ao modo como se constituem as relações em termos políticos, econômicos, jurídicos e familiares.

Para justificar essa afirmação, consideramos o estudo de Dayrell (2003), no qual o autor considera que a infância e a juventude são conceitos difícil de serem definidos por se tratarem de sujeitos diversos, variados de acordo com as suas relações sociais e com o período histórico

determinado. Dessa forma, “essa diversidade se concretiza com base nas condições sociais (classes sociais), culturais (etnias, identidades religiosas, valores) e de gênero, e também das regiões geográficas, dentre outros aspectos” (Dayrell, 2003, p. 42). Ressalta-se que o pleno desenvolvimento ou não das potencialidades de cada sujeito, depende da qualidade das relações sociais em que está inserido. Dayrell (2003, p. 43) ainda afirma que em “contextos de desumanização, nos quais o ser humano é “proibido de ser”, privado de desenvolver as suas potencialidades, de viver plenamente”, os seres humanos se constroem enquanto seres, conforme os recursos de que dispõem.

Assim, independente da ação de cada um, as questões relacionadas à raça, etnia, gênero, o seu cotidiano e até mesmo a condição de trabalho e escolaridade dos seus pais/responsáveis, são dimensões que interferem diretamente na perspectiva do jovem ou criança de quem é no mundo. A população infantojuvenil que passa por diversas experiências de “vulnerabilidades” - estar imersa à violência em comunidades, nas quais o seu direito de segurança não é garantido; ter recursos financeiros reduzidos; viver situações constantes de estresse e ansiedade; sofrer violência na comunidade ou no núcleo familiar – tem grandes chances de desenvolver uma piora no processo saúde/doença. A Campanha Nacional pelo Direito à Educação (CNDE) corrobora com essas afirmações:

Crianças e adolescentes em plena fase de formação de sua personalidade são induzidos ao desejo de conhecer o novo, sendo este um território de poder e encantamento, que faz, muitas vezes, irem ao encontro do mundo idealizado, onde tudo parece ser interessante. As crianças em territórios conflagrados passam por situações que podem ter impacto direto em seu desenvolvimento, em sua educação, na *saúde mental* e na maneira como construirá, enquanto sujeito, seu preparo e suas relações sociais em relação ao mundo. Nesses territórios periféricos e em situação de vulnerabilidade, algumas possibilidades são negadas às crianças e adolescentes, muitos nunca saíram de seus territórios ou quando saem são estigmatizadas ou ultrapassam suas fronteiras para o abandono das ruas, o trabalho infantil, a exploração sexual, o abrigo e para o sistema socioeducativo. E, em casos mais graves, morrem, vítimas da violência oriunda dos conflitos armados (CNDE, 2022, p. 78, grifo nosso).

Em relação às crianças e adolescentes indígenas ou quilombolas, seus territórios são marcados pela luta de garantia pela demarcação, também imersas em um contexto de violência e disputa. São povos historicamente invisibilizados (invisíveis para o Estado) em sua proteção de direitos.

Essa discrepância de oportunidades também se manifesta na forma que acontece a socialização de meninas e meninos desde a infância. Na sociedade capitalista, o acesso já é reduzido aos recursos que permitam as crianças e adolescentes de desenvolver com plenitude as suas capacidades e desafiar as normas de gênero, como por exemplo. Essas normas de gênero

são reforçadas pelo controle de corpos femininos<sup>15</sup>, pela passividade/subordinação estrutural, pela “masculinidade tóxica, dentre outras problemáticas.

As estatísticas seguintes mostram esse contexto: primeiramente, há o fato de que meninas são os principais alvos da violência sexual e do bullying, de acordo com Loschi (2021, s/p)

Os relatos de bullying e de violência sexual também seguem mais frequentes entre as meninas do que entre os meninos. A PeNSE mostrou que 20,1% das meninas já sofreram violência sexual (meninos, 9%) e que 26,5% das meninas relataram ter sofrido bullying (eles, 19,5%). Aparência corporal foi declarada como motivo do bullying por 16,5% dos estudantes no Brasil.

Outra questão é a capacidade do poder institucional dos homens, que acabam por moldar e rebaixar a autoestima das mulheres e meninas. Wolf (2020, p. 31) incita que “o mito da beleza de fato sempre determina o comportamento, não a aparência. [...] nossa identidade deve ter como base nossa “beleza”, de tal forma que permaneçamos vulneráveis à aprovação externa, trazendo nossa autoestima, esse órgão sensível e vital, exposto a todos”. Esta realidade se adensa quando se trata de crianças e adolescentes negras e negros:

Tem uma música antiga chamada “Nega do cabelo duro” que mostra direitinho por que eles querem que o cabelo da gente fique bom, liso e mole, né? É por isso que dizem que a gente tem beiços em vez de lábios, fornalha em vez de nariz e cabelo ruim (porque é duro). E quando querem elogiar dizem que a gente tem feições finas (e fino se opõe a grosso, né?) (Gonzalez, 2020, p. 89).

Importa sublinhar, dessa forma, que as imagens sobre si mesmas são ruins, do mesmo modo, surgem as comparações com os supostos corpos perfeitos nas redes sociais. Estudos apontam que “considerando apenas os estudos que avaliaram crianças, 72% deles constataram aumento da depressão associado ao abuso da exposição a telas nesse grupo” (Pepino, 2023, s/p). Logo, em relação à saúde mental, as mulheres tendem a internalizar os seus problemas, sendo mais expostas a problemas como depressão, transtornos do sono e da alimentação, enquanto os homens tendem a externalizar, com o abuso de álcool e drogas, raiva.

Diante desses fatos, o patriarcado e o racismo são componentes estruturais da “questão social” na formação social brasileira e mundial e têm relação direta com a condição de saúde mental, em especial, de crianças e adolescentes. Isso reverbera dentro do sistema vigente, sobretudo, com a divisão sexual e racial do trabalho.

---

<sup>15</sup> De acordo com Davis (2016, p. 202), os homens “[...] seja qual for sua etnia, podem ser motivados a estuprar pela crença de que sua masculinidade lhes concede o privilégio de dominar as mulheres”.

No Brasil, o rebaixamento dos salários e a ampliação da exploração são questões que devem ser levadas em conta nesta análise. Segundo G1 (2023), o país tem composição familiar de 11 milhões mães que criam o (s) filho (s) sozinhas, em sua maioria, mulheres negras. As “chefes de família” são obrigadas a lidar com o seu duplo trabalho, um remunerado (formal ou não formal) e um não remunerado, que é o cuidado maternal. Sem rede de apoio suficiente<sup>16</sup>, é desnecessário dizer que a saúde mental dos seus filhos e filhas também é amplificada. Lembrando também que as mulheres/famílias são colocadas como culpadas de tudo que acontece com seus filhos, porém isso é uma discussão que abrange responsabilidade de outros agentes.

Considerando o exposto, o capitalismo molda a experiência de meninas e meninos desde a sua infância, é necessário, por isso que as mudanças sejam feitas pela base. Fica notório que existem algumas camadas da população brasileira que estão à margem da sociedade e mais suscetíveis aos problemas relacionados à saúde mental. A mesma também obtém acesso mais reduzido às políticas públicas e aos serviços, incluindo os CAPS IJ. No próximo tópico, apresentaremos o perfil da população assistida pelos CAPS IJ no Brasil.

### **3.2 A população assistida pelos CAPS IJ no Brasil**

A criação do CAPS IJ, mais precisamente a partir do ano de 2002, viera para dar a qualificação adequada e articulação da rede intersetorial de cuidados em saúde mental de crianças e adolescentes. É necessário que esses serviços estejam atentos às características que compõe os seus usuários, e que essas pesquisas sejam constantemente atualizadas e avaliadas. Neste tópico, pretende-se revelar os resultados de algumas pesquisas sobre o perfil dos e dos usuários e usuárias de alguns CAPS infatojuvenis no Brasil. Iremos refletir criticamente sobre o resultado dos dados coletados pelos autores, a fim de que esta discussão possa iluminar a que faremos ainda neste capítulo, quando apresentaremos os dados obtidos por meio da pesquisa empírica realizada junto à população usuária do CAPS ij de Ouro Preto.

Concordamos com Régio, et. al (2023, p. 2), no sentido de apontar a “escassez de pesquisas brasileiras utilizando a variável raça/cor”, quando esse tema é abordado nas literaturas sobre os CAPS em geral. Sem dúvida este seria um importante marcador social para

---

<sup>16</sup> Sendo assim, o uso prejudicial das redes sociais citado anteriormente também tem relação com o trabalho.

contribuir com práticas e políticas públicas que viabilizem o direito a essa população, visto que até mesmo um dos princípios do SUS é a equidade, ou seja, devem-se considerar as particularidades regionais, de classe social, gênero, raça, etnia, etc. Porém, infelizmente as pesquisas que aqui serão retratadas também não contam com essa categoria.

Hoffman, *et. al.* (2008) realizaram a sua análise com os CAPS II recentemente implementados, em seu 1º ano de funcionamento. O estudo abrangeu sete unidades localizadas nos estados de São Paulo, Minas Gerais, Paraná e Mato Grosso. Ao longo do ano de 2002, constatarem os registros de atendimento de 1.456 pessoas, destes, a maioria (62,8%) se encaixa no sexo masculino e com média de idade de 11,1 anos.

A modalidade de atendimento predominante foi a não intensiva (49,3%), seguida de semi-intensiva (40,2%) e intensiva (10,5%). Hoffman, *et. al.* (2008) destacam esse resultado demonstra o funcionamento do CAPS dentro da lógica ambulatorial. Isso não depende apenas da vontade do CAPS, pois há outras dificuldades, tais como: de se obter recursos materiais para o transporte, que seria constante; do adulto responsável ter a disponibilidade para acompanhar o usuário; além da dificuldade da equipe de estruturar um modelo de assistência em saúde mental no seu primeiro ano de funcionamento.

Dos diagnósticos mais frequentes identificados junto aos usuários dos serviços, os autores se referem ao transtorno de comportamento e os transtornos emocionais. Ainda destacam a predominância de diagnósticos de esquizofrenia, transtornos de humor e retardo mental - com mais frequência entre os usuários (as) mais velhos, de 15 a 21 anos. É pertinente destacar as particularidades dos diagnósticos mais frequentes, por sexo. O sexo feminino obteve mais prevalência do transtornos de humor e dos transtornos neuróticos; já o sexo masculino apresentaram maior prevalência de transtornos de comportamento e de desenvolvimento psicológico. Esses resultados corroboram com os pontos que foram discutidos no tópico anterior, no qual se chama a atenção para as tendências de “internalizar” ou “externalizar” os problemas. Além disso, também é observada pelos autores a elevada frequência de diagnósticos relativos a problemas relacionados às habilidades escolares, o que indica a necessidade desses jovens de terem um serviço exclusivo que atenda de maneira mais específica as suas demandas.

Na pesquisa de Hoffman, *et. al.* (2008), não houve registro de atendimentos decorrentes do uso de substâncias psicoativas, apesar dessa ser uma expressão da “questão social” das mais frequentes entre os jovens brasileiros. A dificuldade de acesso, anecessidade de capacitação técnica de detecção desses problemas e o possível encaminhamento de jovens para o CAPS AD foram os motivos que os autores alertaram para a inexistência desse dado.

No ano de 2008, em uma unidade de CAPS IJ de São Paulo (SP), Delfini, *et. al* (2009), também realizou uma pesquisa do perfil de usuários/as ativos/as no serviço, com pelo menos três meses de frequência. A predominância se manteve do sexo masculino (61,2%) e a faixa etária corresponde a 9,3 anos. Neste âmbito, os transtornos de comportamento e transtornos emocionais (21,4%) foram os mais predominantes, seguidos de transtornos de desenvolvimento global (16,2%). A faixa etária entre meninos foi de 10 a 15 anos (39,7%) e entre meninas foi de 5 a 10 anos (37,5%). Como previsto, meninos tiveram em sua maioria transtornos de comportamento e emocionais (25,4%) e transtornos do desenvolvimento psicológico (22,2%), já meninas apresentaram retardo mental (20%) e transtornos de comportamento e emocionais (15%) e 24,8% da população infantojuvenil assistida não possuem hipótese diagnóstica. Os autores esclarecem os motivos da dificuldade de identificação de transtornos mentais na população infantojuvenil:

[...] a indefinição de normal e patológico para determinada idade e contexto sociocultural; as variações qualitativas e quantitativas de cada sintoma; o fator do desenvolvimento, a implicação em avaliar algo que a priori está em transformação. Outras variáveis que podem interferir na avaliação de sintomas são a percepção do informante e suas características (pais, professores e vizinhos terão percepções distintas acerca de uma mesma problemática); os métodos e tipos de instrumentos para avaliação usados por diferentes profissionais que nem sempre são padronizados, o que gera diferentes classificações (Delfini, *et. al*, 2009, p. 228).

Por isso, considera-se utilizar o termo “hipótese” diagnóstica para essa população. Por isso, os diagnósticos só são “fechados” quando é necessário viabilizar o acesso a benefícios, como: monitor/professor de apoio em escola; carteirinha de passe-livre, entre outros, que exigem para sua concessão que o diagnóstico seja indicado.

A falta de padronização dos prontuários foi colocada como um fator que dificultou as análises, acabando por não apresentar algumas informações relevantes. Porém, foi interessante os mesmos considerarem a origem do encaminhamento, sendo o Conselho Tutelar (22,3%) aquele que apresentou maior número de encaminhamentos. Evidencia-se que “embora o modelo de rede de saúde pública preveja que a porta de entrada do sistema de saúde seja a Unidade Básica de Saúde, apenas 6,8% dos usuários do serviço estudado são provenientes dessas unidades” (Delfini, *et. al*, 2009, p. 232).

O resultado dos motivos que levaram às consultas foram: queixas neuromotoras (17,5%), escolares (15,5%) e sociocomportamentais (14,6%). Nesse sentido, os autores acharam pertinente também identificar as particularidades por sexo:

Constataram-se diferenças importantes entre o sexo e o principal motivo de consulta. No caso dos meninos 20,6% apresentaram queixa escolar como principal motivo, seguido de lesões ou transtornos neuromotores (17,5%) e agressividade ou problema sociocomportamental (17,5%). Já crianças e adolescentes do sexo feminino apresentam como principal motivo de consulta lesões ou transtornos neuromotores (17,5%), seguido por ansiedade e isolamento, comprometimento de linguagem e fala e vítimas de negligência, abandono e maus-tratos, cada grupo com 12,5% (tabela 5) (Delfini, *et. al.*, 2009, p. 232).

O grande número de crianças com queixas neuromotoras ocorre pela fato da cidade do estado de São Paulo ter fechado recentemente um serviço de reabilitação. Sobre as queixas escolares, Delfini, *et. al.* (2009) destacam a dificuldade das escolas de lidarem com comportamentos que “fogem do seu controle” além da falta de articulação entre a escolas e a saúde. Essa pesquisa aponta ainda que 83,1% dos usuários (as) frequentam escola regular, 7% escola especial e 9,9% não frequentam a escola.

Em relação às interpretações do perfil de uma unidade de Santa Catarina, as autoras Cunha, *et. al.* (2017) verificaram os prontuários (ativos e inativos), abrangendo o total de 444 fichas, que correspondem a 90% dos usuários (as). A média de idade foi de 9 anos, num público predominantemente masculino (67%). As idades são compatíveis com o grau de escolaridade, sendo estudantes do ensino fundamental I, em sua maioria.

As autoras foram as primeiras a colocar em evidência a perspectiva relacionada à configuração familiar. Dentre elas, estavam dispostas a família nuclear (39,4%) como majoritária; a composta apresentando-se em 20,7% dos casos; a família estendida com 19,1%; e a mononuclear com 18,7%. Como mostrado abaixo, esses dados são similares à realidade brasileira, conforme demonstrado por Régio, *et. al.* (2023):

Em relação à configuração familiar de crianças e adolescentes acompanhados pelos serviços de saúde mental infantojuvenil, estudos apontam que a maioria pertence a famílias nucleares e residem com os pais. Um estudo aponta que a mãe é a cuidadora principal de crianças e adolescentes com problemas de saúde mental, e que nos casos em que era a responsável pela renda familiar, a ela também era atribuído o cuidado da criança, em contrapartida, o pai, quando provedor desta família, não se responsabilizava pelos cuidados da criança (Régio, *et.al.*, 2023, p. 2).

Diante disso, a carga atribuída às mulheres também é prova da importância de considerar a interseccionalidade entre raça, classe e gênero. Outra questão indicada no estudo são as queixas significativas das crianças e adolescentes atendidas de acordo com o sexo, vejamos: sexo masculino prevalecem os sintomas psicóticos, a dificuldade no processo de ensino-aprendizagem e luto; do sexo feminino, são maiores as queixas de somatização, evento traumático e humor deprimido. Apesar das autoras não terem explicitarem o que são os “eventos traumáticos”, questionamos se estes podem estar relacionados à violência familiar. Assim

sendo, “verificou-se que menos da metade dos registros continham informações que faziam alusão à presença de violência. Dentre os tipos de violência indicados, prevaleceram à violência física - em metade dos casos -, seguida da violência psicológica - em torno de 1/3” (Cunha, *et. al.*, 2017, p. 29).

As referidas autoras também assinalam a necessidade de maior articulação do CAPS IJ com a escola, visto que a origem dos encaminhamentos predominante foi de educação (39,1%) e as principais queixas dos usuários (as) foram justamente a dificuldade no processo de ensino-aprendizagem, bem como ansiedade e agressividade.

Diferente dos autores citados acima, Trevisan (2018) opta por revisar 17 artigos sobre o perfil dos CAPS no total, sendo apenas dois referentes aos CAPS IJ no Brasil. O método utilizado pelo autor foi quali-quantitativo e bibliográfico. Por isso, os dois artigos analisados correspondem a mesma referência e estatística utilizada neste trabalho, dos autores Hoffman e Defini. Os resultados, então, se conformam nos seguintes dados: prevalência da hipótese diagnóstica de transtornos de comportamento e transtornos emocionais (sem porcentagem); modalidade de atendimento não intensiva (49,3%); atendimentos semanais (63,2%); frequência de escola regular (83,1%) e encaminhamentos de maioria do Conselho Tutelar (22,3%).

A pesquisa mais recente encontrada sobre o perfil dos CAPS IJ é a monografia do Assistente Social Machado (2018). Esse trabalho fornece mais informações sobre o detalhamento do perfil dos usuários (as) do CAPS IJ em questão, mesmo porque, amplia-se a visão para o perfil socioeconômico desse público. Tal pesquisa foi realizada com base em 553 prontuários ativos do CAPS IJ de Santa Maria/RS e, igualmente, foi constatada a maioria de usuários do sexo masculino (68%), na faixa de 13 anos de idade, dos usuários (as) adolescentes, correspondem a 55%.

Segundo o autor, na ocasião dessa investigação, percebeu-se a demanda de aprofundamento sobre as características dos/as usuários/as pela alta demanda do CAPS IJ de Santa Maria durante o estágio em Serviço Social, bem similar às motivações para realização deste trabalho de conclusão de curso. Foram identificadas as seguintes expressões da “questão social” deste CAPS IJ: “além da pobreza, outras expressões da questão social foram evidenciadas, tais como desemprego, trabalho infantil, abuso, violência, maus tratos, desinformação quanto aos seus direitos, dentre outras” (Machado, 2018, p. 26).

A principal demanda dos atendimentos foi a consulta com o médico psiquiatra e os encaminhados realizados pelas UBSs (em especial “UBS Florianos da Rocha”). Os principais transtornos que aparecem foram os hiperativos ou TDAH. Obteve prevalência de demandas

do “Bairro Nova Santa Marta”, que sua maioria estuda na “Escola Marista Santana Marta”, no ensino médio, metade no turno da manhã e metade no turno da tarde. Durante a leitura, identificamos falta das considerações do autor sobre os dados coletados e o que representam para a política de saúde mental da região.

A despeito da renda média, Machado (2018) verificou que somente 222 das fichas (10%) informavam a declaração de sua renda mensal. Destas, a média salarial estava por volta de R\$ 1.315,61 (pouco mais de 1 salário mínimo), o que representa R\$ 305,00 per capita, dividindo para quantidade de pessoas na casa prevalente, de 4 pessoas. Dos usuários que recebem benefícios sociais, muitos recebem o Bolsa Família (75%) e o Benefício de Prestação Continuada - BPC (25%).

Frente ao exposto, é pertinente levar em conta as desigualdades étnico-raciais no Brasil, pois segundo o antigo Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania (Brasil, 2015), dos beneficiários do Bolsa Família, 10,3 milhões são negros, o que representa 75% do total do programa de complementação de renda. Outro aspecto significativo é o fato de 80% da população brasileira, que depende do Sistema Único de Saúde (SUS), se autodeclarar negra (preta e parda), de acordo com o Nações Unidas Brasil (2017). Essas questões raciais e étnicas também se relacionam com a saúde mental da população brasileira, fundamentam o manicômio e se refletem nos atuais serviços de saúde mental. Por isso, precisam ser explicitadas e trazidas para o debate.

Para finalizar, também foi considerada na pesquisa de Machado (2018), a idade em que o usuário é acolhido, sendo entre 13 e 15 anos. O tempo médio de permanência em tratamento no serviço é de 3 anos. Entre os/as usuários/as, 24% permanecem em atendimento por, no mínimo, 5 anos, enquanto 4% já estão há mais de 10 anos. Sobre esse assunto, o autor faz alguns comentários que julga relevante:

Os períodos de tratamento e vinculação ao serviço por vezes parecem muito grandes e exagerados, mas em se tratando de saúde mental, há que se considerar que o serviço trata de distúrbios mentais leves, médios e graves e, que, alguns usuários nem tem uma perspectiva de alta, devido ao nível de comprometimento cognitivo e mental. Existe o caso de famílias que se apropriam da doença do usuário para receberem algum benefício social. Muitas delas não demonstram interesse pelo tratamento ou pela alta por medo de perderem seus direitos (Machado, 2018, p. 46).

Não concordamos com as conclusões do autor sobre a alta permanência de alguns usuários no serviço. Essa é uma questão delicada, pois a duração do tratamento nos CAPS em geral, não demonstra uma lógica de interesse ou conveniência por parte das famílias, mas sim uma consequência da complexidade que exige o cuidado em saúde mental. Além disso, o que

foi dito sugere que os benefícios sociais fornecidos pelo governo garantem mais do que as condições mínimas para sobrevivência e para o cuidado ao usuário (a), o que não corresponde à realidade brasileira.

Em síntese, percebeu-se uma similaridade em relação aos dados apresentados pelas pesquisas, como a proeminência de usuários do sexo masculino, a modalidade de atendimento não intensiva e os diagnósticos de transtornos de comportamento e emocionais. Na nossa visão, um dos principais motivos para a proeminência do sexo masculino nos serviços, se deve à alta “masculinidade”. Meninas tendem a procurar o tratamento mais rápido por se sentirem mais confortáveis em falar abertamente sobre os seus sentimentos. Por outro lado, meninos são levados aos serviços de CAPS IJ apenas no momento em que a situação chega a seu ápice, sendo acolhidos e permanecendo na unidade por se enquadrarem em transtornos “graves e persistentes”.

### **3.3 A caracterização dos usuários (as) do CAPS IJ de Ouro Preto/MG**

Finalmente, neste tópico, pretende-se realizar um levantamento de dados sobre a população assistida pelo CAPS IJ de Ouro Preto. Como já evidenciado, esta pesquisa foi feita a partir da atualização da ficha de acolhimento com os usuários (as) e famílias do CAPS IJ/OP, durante a permanência em campo de estágio em Serviço Social, no ano de 2024. Conseguimos abranger 101 usuários (as) ativos do serviço, aqueles que mantêm o seu tratamento de forma contínua. Isso representa uma média estimada de 67%<sup>17</sup> dos usuários ativos.

O CAPS, como um serviço de portas abertas à população, tem o seu primeiro atendimento feito pelo profissional da saúde mental durante o plantão de acolhimento. É necessário colocar que as informações vindas de outros sujeitos, sejam eles profissionais e/ou familiares e responsáveis, não substitui a palavra da criança ou do adolescente, logo, há um momento do acolhimento que a criança ou adolescente é ouvida em seu sofrimento, incluindo o que desencadeou sua ida para o serviço, sua história e outras assuntos.

Dessa maneira, com base nas fichas de acolhimento<sup>18</sup>, foi possível identificar dados relacionados a: idade; sexo e identidade de gênero; raça/cor; acompanhamento da gestação da

---

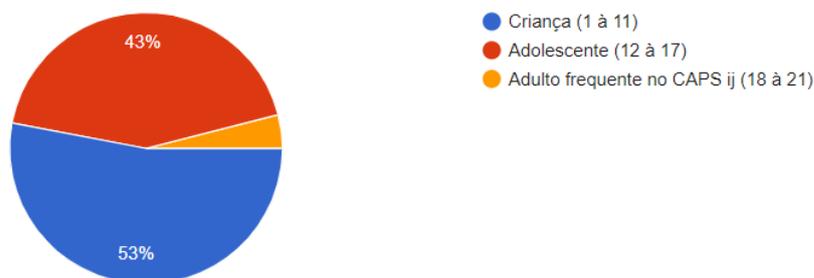
<sup>17</sup> Não foi possível demonstrar esse dado concreto, pois parte da média dos usuários e usuárias ativos dentro do serviço do CAPS IJ/OP, isto é, que frequentam o serviço mensalmente, podem estar duplicados. Isso porque, podem estar presentes no serviço mais de uma vez no mês. A estimativa é que 25% dos 200 usuários ativos estejam duplicados.

<sup>18</sup> As fichas de acolhimento foram preenchidas ou pela estagiária, ou pelo plantonista. As fichas atualizadas pela estagiária foram feitas no período da espera por atendimento com o usuário (a) e seu familiar ou responsável.

mãe (pré-natal); desenvolvimento psicomotor (quando criança); parto da mãe; situação escolar; moradia; origem do encaminhamento; principais demandas; hipótese diagnóstica; utiliza medicamento; existência de transtorno mental na família; composição familiar; estado civil dos pais/responsáveis; se recebe pensão (se um dos pais biológicos não residem na mesma casa); nível de escolaridade dos pais/responsáveis; se os pais/responsáveis exercem função remunerada; tipo de trabalho dos pais/responsáveis; se recebem benefícios socioassistenciais e/ou previdenciários; a renda familiar aproximada; se contribui com renda familiar; se tem alimentação saudável; se tem acesso aos dispositivos no território; qual meio de transporte utiliza; suas especificidades sociais/étnicas/culturais; se sua moradia possui saneamento básico; e se a mesma está em situação de risco habitacional.

Abaixo (GRAF. 1) podemos identificar a faixa etária que é atendida no CAPS II/OP. Há a predominância de crianças, mas os quantitativos ficaram muito divididos. Sobre os adultos ainda frequentes no CAPS, se justifica por terem direito a frequentar o serviço, se sofrimento intenso, até os 21 anos de idade. Os 4 adultos contabilizados (4%) representam uma passagem de transição para a adaptação ao CAPS que atenda adultos ou que atenda usuários de álcool e outras drogas.

Gráfico 1 – Faixa etária



Fonte: Produzido pelo próprio autor.

Ainda sobre o aspecto da idade, podemos verificar uma média de idade que equivale a 10,5 anos, considerando os dados do QUADRO 1. Dentre as idades mais prevalentes temos 10

---

Foram realizadas com usuários (as) que mantinham o seu tratamento a mais tempo dentro do serviço, mas que as informações do documento estavam desatualizadas. Já em relação às informações colhidas pelos profissionais da equipe, eram realizadas durante o acolhimento, quando o usuário (a) chega a primeira vez no serviço, ou no (re)acolhimento, quando retorna ao serviço depois de tempo suficiente para que suas demandas já não sejam as mesmas. Porém, os usuários (as) que por ventura foram acolhidos ou (re)acolhidos e que foi identificado que não continuará tratamento no CAPS II, não foram contabilizados pela estagiária. Foram contabilizados apenas os usuários ativos, que estão em sofrimento psíquico grave ou persistente.

e 14 anos, o que também é condizente com as estimativas que vimos no tópico anterior, sobre o perfil dos CAPS II no Brasil.

Quadro 1 – Idade

<b>Idade</b>	<b>Qt de pessoas</b>	<b>%</b>
2	1	1,0%
3	4	4,0%
4	0	0,0%
5	4	4,0%
6	8	7,9%
7	4	4,0%
8	6	5,9%
9	6	5,9%
10	12	11,9%
11	4	4,0%
12	7	6,9%
13	7	6,9%
14	10	9,9%
15	8	7,9%
16	7	6,9%
17	4	4,0%
18	3	3,0%
19	1	1,0%

Fonte: Produzido pelo próprio autor.

O sexo prevalecente também condiz com as pesquisas apresentadas anteriormente, porém, neste trabalho, conseguimos evitar a leitura binária e reduzida sobre as diferentes diversidades existentes, reconhecendo o lugar da identidade de gênero<sup>19</sup> (QUADRO 2). Ainda assim, a população masculina (62,4%) foi a maior em relação à população feminina (37,6%).

Quadro 2 – Sexo e Identidade de gênero

<b>Sexo e Identidade de gênero</b>	<b>Qt de pessoas</b>	<b>%</b>
Feminino	14	13,9%
Mulher cis	24	23,8%
Mulher trans	0	0,0%

<sup>19</sup> Outra questão é o lugar dado ao nome social, visto que há uma dificuldade de obter o registro judicial do nome das pessoas transgênero registrado, ainda mais para adolescentes que dependeriam da aprovação dos responsáveis, muitas vezes contra a aceitação da sua identidade de gênero.

Masculino	40	39,6%
Homem cis	21	20,8%
Homem trans	2	2,0%
Não-binário <sup>20</sup>	0	0,0%
Feminino + Mulher cis + Mulher trans	38	37,6%
Masculino + Homem cis + Homem trans	63	62,4%

Fonte: Produzido pelo próprio autor.

Não poderíamos deixar de citar a necessidade de ampliação do debate sobre a questão étnico-racial dentro dos CAPS IJ. Por isso, colocamos em pauta a raça/cor dos usuários (as) atendidos pelo CAPS IJ de Ouro Preto/MG (QUADRO 3). As crianças foram “declaradas” por seus pais, por causa da complexidade que exige a autodeclaração das mesmas, pois muitas ainda não se reconhecerem em sua cor de pele e etnia. Os adolescentes foram declarados por si próprios. Como previsto, pessoas negras (pretas e pardas) representaram a maioria, correspondendo a 51,4% dos usuários (as). A população branca representa 16,8% e indígena 1%. Salienta-se o grande número de informações que não constaram na ficha de acolhimento pela falta de preenchimento, quando esta é utilizada por outros profissionais com o total de 30,7%.

Quadro 3 – Raça/cor

<b>Raça/cor</b>	<b>Qt de pessoas</b>	<b>%</b>
Branco (a)	17	16,8%
Pardo (a)	36	35,6%
Preto (a)	16	15,8%
Indígena	1	1,0%
Amarelo (a)	0	0,0%
Sem informação na ficha de acolhimento	31	30,7%

Fonte: Produzido pelo próprio autor.

A autora Roseli Rocha (2018) faz a reflexão em relação às expressões comuns nas relações sociais dos espaços sócio ocupacionais, que colocam um tipo de tratamento diferenciado às pessoas pretas e pardas, causando a falta de um acolhimento favorável a essas pessoas por parte dos profissionais, no caso, da saúde, e representam violação de direitos. Rocha (2018) afirma que o “quesito cor” é uma expressão do racismo institucional, ou seja, em muitos

<sup>20</sup> Gênero que não se encaixa nas categorias tradicionais de homem ou mulher.

casos, há a ausência do “quesito cor” nos formulários e sistemas de informação nos serviços de saúde. A inviabilização do dado ou o não preenchimento correto gera o que chamamos de racismo institucional.

Devemos ressaltar que existe, além disso, de acordo com Eurico (2022) uma dificuldade da sociedade em reconhecerem ou se assumirem enquanto pessoas negras. Por conta de toda a política do branqueamento que foi historicamente permeada no Brasil, “a sociedade, em geral, continua a associar a população negra a comportamentos ruins, próprios de pessoas ignorantes, indisciplinadas e violentas” (Eurico, 2022, p. 10). Por isso, preferem se autodeclarar como pardas, por entenderem que, de certa forma, ameniza a sua vinculação com a população negra. Melhor dizendo,

preta e parda são cores validadas pela sociedade e que, agrupadas nas análises do IBGE, nos permitem identificar o percentual de população negra no Brasil. Analisando os dados do quesito, prevalece a concentração alta da população negra na categoria parda, o que nos desafia a esmiuçar o desafio que é se reconhecer negra/negro/negre diante de uma estrutura racista. A hipótese é de que a alta concentração na categoria parda é resquício da política de branqueamento, cuja centralidade era a valorização do grupo branco e a desvalorização do grupo negro, sinônimo de preto (Eurico, 2022, p. 9-10).

No que se refere às crianças e adolescentes, acreditamos que muitas vezes essa população possa não encontrar espaços em que seja discutida e valorizada a sua auto-imagem e identidade racial. No caso desta pesquisa, percebeu-se também o recuo de alguns pais em “declarar” seus filhos como pessoas pretas, o que condiz com a visão da autora.

Em relação ao acompanhamento da gestação da mãe (QUADRO 4), do parto da mãe (QUADRO 5) e do desenvolvimento psicomotor quando criança (QUADRO 6), são informações que influenciam biologicamente na saúde mental das crianças e adolescentes e, por essa questão, também foram incluídas na pesquisa. Sobre o acesso à realização do pré-natal durante a gravidez da mãe tivemos os seguintes dados: mãe com acompanhamento de pré-natal (53,5%), sem acompanhamento (5,9%), e sem informação na ficha (20,8%). O total de 12,9% das mães passou por complicações durante o parto. O parto de 41,6% das mães foi normal e 40,6% foram por cesariana. Os dados acerca do desenvolvimento psicomotor (quando criança), foram os seguintes: 56,4% normal, seguido de 21,8% atraso na fala. O atraso no andar representou 2% e estereótipos com as mãos 1%.

Quadro 4 - Acompanhamento da gestação da mãe (pré-natal)

<b>Acompanhamento da gestação da mãe (pré-natal)</b>	<b>Qt de pessoas</b>	<b>%</b>
Acompanhada	54	53,5%

Acompanhada, mas houveram complicações	9	8,9%
Não acompanhada	6	5,9%
Não acompanhada, houveram complicações	4	4,0%
Não sabe	7	6,9%
Sem informação na ficha de acolhimento	21	20,8%

Fonte: Produzido pelo próprio autor.

Quadro 5 - Parto da mãe

<b>Parto da mãe</b>	<b>Qt de pessoas</b>	<b>%</b>
Normal	42	41,6%
Cesária	41	40,6%
Não sabe	5	5,0%
Sem informação na ficha de acolhimento	13	12,9%

Fonte: Produzido pelo próprio autor.

Quadro 6 - Desenvolvimento psicomotor (quando criança)

<b>Desenvolvimento psicomotor (quando criança)</b>	<b>Qt de pessoas</b>	<b>%</b>
Normal	57	56,4%
Atraso na fala	22	21,8%
Atraso no andar	2	2,0%
Estereótipos com as mãos	1	1,0%
Não sabe	2	2,0%
Sem informação na ficha de acolhimento	17	16,8%

Fonte: Produzido pelo próprio autor.

A escola é um local onde as crianças e adolescentes passam a maior parte do dia, principalmente quando funciona em período integral. A matrícula escolar (QUADRO 7) é composta por usuários (as) com frequência regular em 80,2%. A frequência irregular (13,9%) se justifica por, em alguns casos, o usuário (a) estar em crise e precisar se ausentar por algum tempo, ou questões relacionadas ao bullying, ou a falta de adaptação, quando a criança (principalmente) está em algum tipo de transição, por exemplo, mudanças familiares, escolares ou geográficas.

Quadro 7 - Matrícula escolar

<b>Matrícula escolar</b>	<b>Qt de pessoas</b>	<b>%</b>
Matriculado na escola formal, com frequência regular	81	80,2%
Matriculado na escola formal, com frequência irregular	14	13,9%

Formado no EM	1	1,0%
Não está matriculado na escola formal	4	4,0%
Sem informação na ficha de acolhimento	1	1,0%

Fonte: Produzido pelo próprio autor.

O QUADRO 8 mostra que a natureza da escola é pública, com 96,5% - mais especificamente, 47,5% que estudam em escola municipal, seguido de 34,7% em escola estadual, 5% em escola federal e 3% estudam em escola especial -; sendo a escola particular representada por apenas 5% dos usuários. Apenas 1% dos adolescentes frequenta a universidade.

Quadro 8 - Natureza da escola

Natureza da escola	Qt de pessoas	%
Escola municipal	48	47,5%
Escola estadual	35	34,7%
Escola particular	4	4,0%
Escola federal (Ex: IFMG)	5	5,0%
APAE Ouro Preto	3	3,0%
Universidade federal	0	0,0%
Universidade particular	1	1,0%
Não matriculado (a)	4	4,0%
Sem informação na ficha de acolhimento	1	1,0%

Fonte: Produzido pelo próprio autor.

É importante ressaltar que 3% dos usuários (as) analisados frequentam a escola “especial” - Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) - devido a criança ou adolescente possuir necessidades específicas relacionadas à deficiência ou a condições que exigem um acompanhamento pedagógico, terapêutico e clínico especializado. O ensino em escola especial não é separado por séries, pois cada aluno possui um acompanhamento particular para o seu tipo de demanda. Em alguns casos, o aluno pode continuar e permanecer frequentando a escola mesmo quando atinge a fase adulta.

A maioria dos usuários e usuárias atendidos está frequentando o 7º e 5º ano do ensino fundamental e o 1º ano do ensino médio. Não foram identificadas irregularidades em relação às séries escolares e a faixa etária.

Quadro 9 - Série escolar

<b>Série escolar</b>	<b>Qt de pessoas</b>	<b>%</b>
1 período	0	0,0%
2 período	3	3,0%
3 período	1	1,0%
1 ano EF	9	8,9%
2 ano EF	1	1,0%
3 ano EF	4	4,0%
4 ano EF	8	7,9%
5 ano EF	12	11,9%
6 ano EF	4	4,0%
7 ano EF	13	12,9%
8 ano EF	5	5,0%
9 ano EF	8	7,9%
1 ano EM	11	10,9%
2 ano EM	4	4,0%
3 ano EM	5	5,0%
Sem série escolar	11	10,9%

Fonte: Produzido pelo próprio autor.

As necessidades educacionais especiais (NEE) podem estar relacionadas a crianças ou adolescentes que possuem ou precisam de monitor/professor de apoio, da adequação das instalações, do ensino de libras, das salas de apoio ou de outras necessidades, promovendo uma educação mais inclusiva. Por esse motivo, esse dado foi colhido apenas quando o usuário (a) possui alguma hipótese diagnóstica que tem a possibilidade de dificuldades no aprendizado, como por exemplo os diagnósticos de TEA, Deficiência Intelectual e TDAH. No quadro abaixo (QUADRO 10) podemos identificar que em 6,9% delas tem acesso ao monitor ou professor de apoio, seguido de 5% não identificadas NEE, juntamente com 5% das crianças que possuem essa necessidade, porém, sem assistência na escola em que está matriculado (a). Salas multifuncionais ou salas de apoio à inclusão e APAE representam 3% cada uma.

Quadro 10 - Necessidades educacionais especiais - NEE

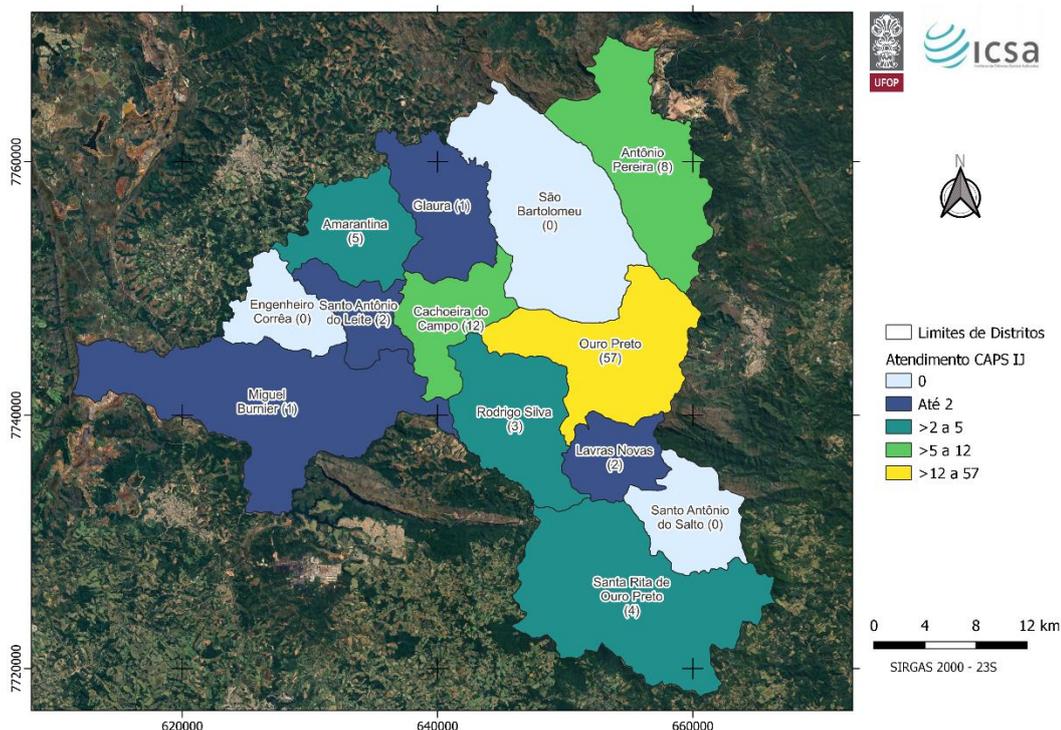
<b>Necessidades educacionais especiais - NEE</b>	<b>Qt de pessoas</b>	<b>%</b>
Não foi identificada nenhuma NEE	5	5,0%
Monitor/professor de apoio	7	6,9%
Sala multifuncionais ou salas de apoio à inclusão	3	3,0%
Possui NEE, sem assistência na escola em que está matriculado (a)	5	5,0%

APAE	3	3,0%
------	---	------

Fonte: Produzido pelo próprio autor.

Seguindo, podemos sintetizar as questões em relação a moradia. Fica evidente que a maioria da população usuária reside no ambiente urbano, com porcentagem de 92,1; 7,9% vivem em ambiente rural, geralmente localizado em algum distrito do município de Ouro Preto (MG), considerando que de acordo com o IBGE (2022), o município conta com um território vasto de 1.245,865 km<sup>2</sup>. Na MAPA 1, o mapa de Ouro Preto é apresentado, com isso, percebemos que os distritos têm um território mais extenso do que a sede, apesar da menor quantidade de habitantes. A Sede do município compõe 62,4%<sup>21</sup> do total dos usuários (as), enquanto as famílias que residem em algum dos 12 distritos, são 37,6%.

Mapa 1 – Locais de moradia de Ouro Preto/MG



Fonte: Produzido pelo próprio autor.

Como apresentado no tópico 2.2, por meio do Decreto n° 8.087/2023, a Prefeitura de Ouro Preto concedeu ao CAPS II/OP uma nova sede, que passou a ser o seu local de funcionamento oficial a partir julho de 2024. Desde a fundação do serviço, em 2008, até a mudança para a nova sede, o CAPS II/OP era localizado em um imóvel cuja localização era de

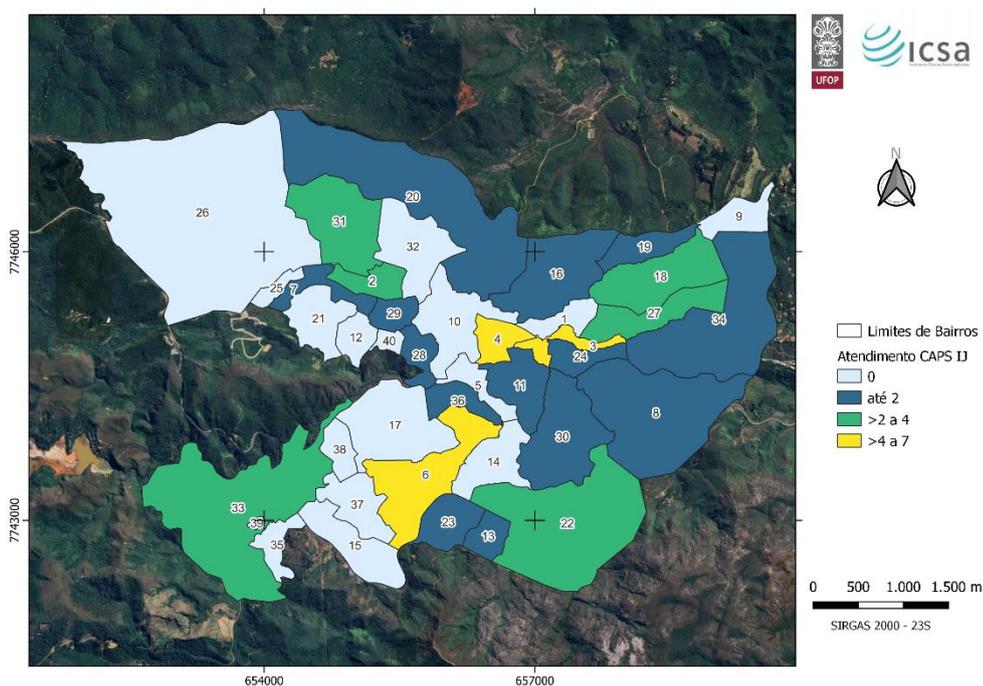
<sup>21</sup> Sede – 56,4%; Cachoeira do Campo - 11,9%; Outros distritos – 31,7% e sem informação sobre a moradia, 5,9%.

difícil acesso para os usuários (as) e seus familiares/responsáveis. O imóvel, além de nunca ter sido propriedade da prefeitura, se encontrava em um lugar mais isolado, onde nem mesmo era rota dos ônibus circulares da cidade. Ademais, a localidade também era sede da antiga FEBEM que carregava o estereótipo das pessoas que o frequentavam e do tratamento dado no serviço em si. Acreditamos que a mudança recente de local do CAPS IJ/OP, para um bairro mais perto da comunidade, possa ser um motivo para que o serviço receba mais acesso de usuários (as) dos distritos<sup>22</sup>.

Se tratando do transporte oferecido aos usuários (as), por motivos de lotação, apenas se enquadra àqueles em situação de crise, o que também dificulta o acesso das famílias que residem em bairros periféricos ou distritos do município.

Mais especificadamente, os bairros de moradia da Sede e os bairros do maior distrito de Ouro Preto, Cachoeira do Campo, foram apresentados no MAPA 2 e 3, a seguir:

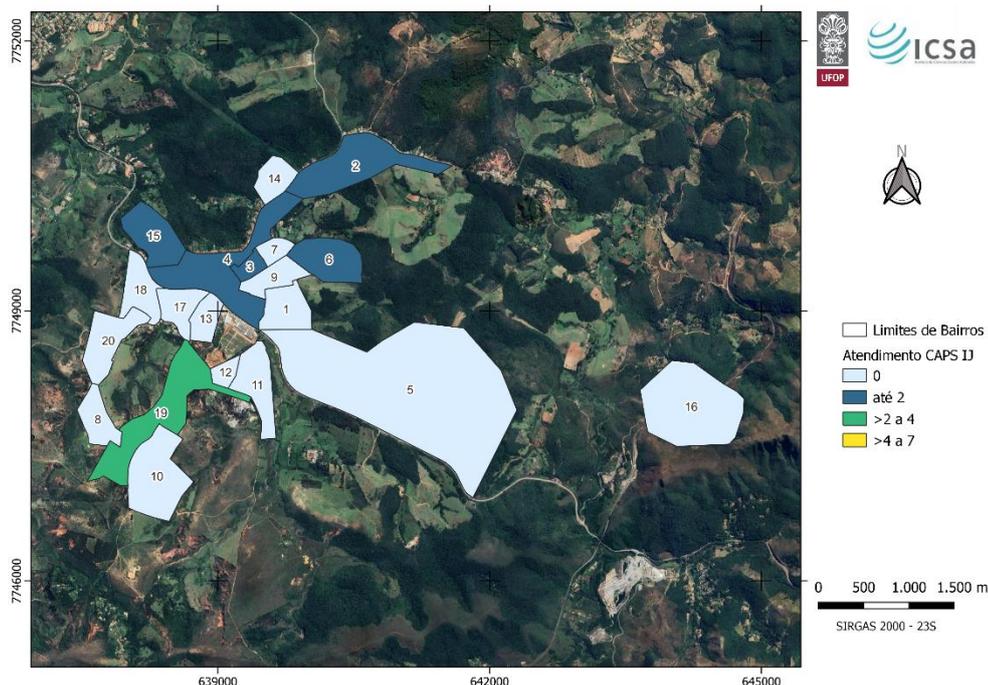
Mapa 2 - Bairros de moradia da Sede de Ouro Preto/MG



Fonte: Produzido pelo próprio autor.

Mapa 3 - Bairros de moradia do distrito de Cachoeira do Campo (Ouro Preto/MG)

<sup>22</sup> Destaca-se que alguns possíveis usuários (as) que moravam muito longe não conseguiam o transporte para se deslocarem para o CAPS IJ/OP, o que os restava continuar o seu tratamento de saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Essa é uma problemática, pois as UBS, muitas vezes não está preparada o suficiente (recursos humanos e financeiros) para lidar com pacientes com transtornos mentais graves e persistentes.



Fonte: Produzido pelo próprio autor.

A identificação desses mapas está no QUADRO 11 abaixo, com as respectivas numerações.

O QUADRO 11 também mostra os bairros mais populosos que tem acesso ao atendimento, sendo Alto da Cruz (6,9%), Bauxita (5,9%), Antônio Dias (5%), Morro Santana (4%) e Nossa Senhora do Carmo (4%) da Sede. Dos distritos, Antônio Pereira foi o mais prevalente (7,9%), seguido de Amarantina (5%), Vila Alegre – Cachoeira do Campo (4%) e Santa Rita de Ouro Preto (4%). Sobre isso, enfatiza-se que os bairros do Alto da Cruz e Morro Santana são periféricos e os distritos de Antônio Pereira e Amarantina são atingidos pela mineração.

Quadro 11 – Distrito

<b>Distrito</b>	<b>Identificador (Mapa)</b>	<b>Bairro Sede Municipal</b>	<b>Qt de atendidos</b>	<b>%</b>
Sede	2	AGUA LIMPA	3	3,0%
Sede	3	ALTO DA CRUZ	7	6,9%
Sede	4	ANTONIO DIAS	5	5,0%
Sede	6	BAUXITA	6	5,9%
Sede	7	CABECAS	1	1,0%
Sede	8	CAMINHO DA FABRICA	1	1,0%
Sede	11	DORES	1	1,0%

Sede	13	JARDIM ITACOLOMI	1	1,0%
Sede	16	MORRO DA QUEIMADA	1	1,0%
Sede	18	MORRO SANTANA	4	4,0%
Sede	19	MORRO SAO JOAO	2	2,0%
Sede	20	MORRO SAO SEBASTIAO	2	2,0%
Sede	22	NOSSA SENHORA DO CARMO	4	4,0%
Sede	23	NOVO HORIZONTE	1	1,0%
Sede	24	PADRE FARIA	2	2,0%
Sede	27	PIEDADE	3	3,0%
Sede	28	PILAR	1	1,0%
Sede	29	ROSARIO	1	1,0%
Sede	30	SANTA CRUZ	2	2,0%
Sede	31	SAO CRISTOVAO	3	3,0%
Sede	33	SARAMENHA	3	3,0%
Sede	34	TAQUARAL	2	2,0%
Sede	36	VILA APARECIDA	1	1,0%
Amarantina			5	5,0%
Antônio Pereira			8	7,9%
Cachoeira do Campo	2	ALTO DA BELEZA	2	2,0%
Cachoeira do Campo	3	BELA VISTA	1	1,0%
Cachoeira do Campo	4	CENTRO	1	1,0%
Cachoeira do Campo	6	METALÚRGICOS	2	2,0%
Cachoeira do Campo	15	SANTA LUZIA	2	2,0%
Cachoeira do Campo	19	VILA ALEGRE	4	4,0%
Glaura			1	1,0%
Lavras Novas			2	2,0%
Miguel Burnier			1	1,0%
Rodrigo Silva			3	3,0%
Santa Rita de Ouro Preto			4	4,0%
Santo Antônio do Leite			2	2,0%

Fonte: Produzido pelo próprio autor.

Um aspecto apresentado nas pesquisas sobre os dados nacionais foi a origem do encaminhamento (QUADRO 12), visto que identificaram poucos encaminhamentos vindos das UBSs, que são (ou deveriam ser) a porta de entrada para o SUS. É importante o fortalecimento da atenção básica pois, sabendo que os CAPS atendem apenas transtornos mentais graves,

severos e persistentes, mas os transtornos “menos graves”, quer dizer, que não estão tão prevalentes em seu funcionamento de vida, são atendidos pela atenção básica.

A demandas espontâneas<sup>23</sup> (31,7%) foi o meio de chegar ao serviço que mais prevaleceu na nossa pesquisa. Sobre a origem do encaminhamento predominante foi o Programa de Saúde da Família – PSF (18,8%), seguido da escola (13,9%) e UBS (11,9%).

Quadro 12 - Origem do Encaminhamento

<b>Origem do Encaminhamento</b>	<b>Qt de pessoas</b>	<b>%</b>
Demanda espontânea	32	31,7%
PSF	19	18,8%
UBS	12	11,9%
Conselho Tutelar	5	5,0%
CREAS	1	1,0%
UPA	5	5,0%
Escola	14	13,9%
CER	2	2,0%
Creche	1	1,0%
Ministério Público	2	2,0%
Abrigo	1	1,0%
Outro CAPS IJ	4	4,0%
NASF	1	1,0%
Hospital	2	2,0%

Fonte: Produzido pelo próprio autor.

No que diz respeito as principais demandas (QUADRO 13), as queixas estão relacionadas com a agitação, que aparece em 61 vezes dos casos. A dificuldade de convívio com outras pessoas (46 vezes); falta de entusiasmo, energia ou motivação (40 vezes); dificuldade de aprendizagem (38 vezes); crise de ansiedade (35 vezes) e sem rotina de sono (33 vezes) também foram destacadas como recorrentes.

Quadro 13 - Principais demandas

<b>Principais demandas</b>	<b>Qt de pessoas</b>
Abandono	10
Agitação	62
Agressividade	29

<sup>23</sup> O dado sobre a demanda espontânea pode estar incondizente com a realidade, pois pode incluir também os casos em que os prontuários analisados pela estagiária não constavam essa informação.

Anorexia e/ou bulimia	2
Autolesão	15
Baixa autoestima	26
Confusão mental	2
Crise de ansiedade	35
Crise de pânico	11
Dificuldade de aprendizagem	38
Dificuldade de concentração	30
Dificuldade de convívio com outras pessoas	46
Dificuldade de raciocínio	22
Discurso de que não quer viver	13
Falta de entusiasmo, energia ou motivação	40
Isolamento	29
Mudanças de humor repentinas	35
Mudanças no comportamento	30
Problemas de expressão de ideias	19
Seletividade alimentar	6
Sem rotina de sono	33
Tentativa de autoextermínio	8
Usuário (a) abusivo de álcool e/ou outras drogas	1
Violência emocional	18
Violência física	10
Violência sexual	5

Fonte: Produzido pelo próprio autor.

Os “comportamentos suicidas”, que aparecem 36 vezes nas fichas analisadas, são a junção dos casos de tentativa de autoextermínio (8 vezes), autolesão (15 vezes) e discurso de que não quer viver (13 vezes) são dados preocupantes. Estão, como previsto, mais evidentes na população adolescente (31 vezes) e feminina (23 vezes).

Também há de se notar que tiveram alusão em 32 prontuários dos analisados ao usuário (a) ter passado por algum tipo de violência. Dentre os tipos indicados, inclui-se a de violência emocional<sup>24</sup> (18 vezes), física (10 vezes) e sexual (5 vezes). O comportamento agressivo foi identificado 29 vezes das fichas de acolhimento.

<sup>24</sup> O bullying foi incluído como um tipo de violência emocional.

Nesse sentido, a uma produção de Assis, *et. al.* (2009), é elaborada para enfatizar as violências cometidas contra crianças e adolescentes brasileiros. Na visão das autoras, a vivência de graves situações violentas em casa, na escola e na comunidade, são um dos principais aspectos que geram a piora na saúde mental. A experiência de violência, inclusive, gera sintomas relacionados ao comportamento violento da própria criança ou adolescente violentada.

Ao abordar a questão da agressividade, Delfini, *et. al* (2019, p. 233) já haviam chamado a atenção para esse aspecto, o que corrobora com a perspectiva das autoras citadas.

Vale destacar que agressividade ou problemas sociocomportamentais nem sempre configuram quadros patológicos, podendo se caracterizar como passageiros ou reativos de modo que é importante não patologizar a agressividade. Nesse sentido, levanta-se a hipótese de que tanto as famílias, quanto as escolas e os profissionais do CAPSi podem reforçar preconceitos relacionados à saúde mental e periculosidade ou violência. Como categoria de ansiedade e isolamento foram consideradas resposta como ansiedade propriamente dita, dificuldade ou falta de interação no contato social e familiar, isolamento e angústia.

Outra questão que conecta com as pesquisas do perfil dos usuários (as) dos CAPS II, no Brasil, foi o número reduzido de pacientes que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, correspondendo a apenas 1%. Vale dizer, ainda sobre a antiga sede do CAPS II/OP, que a mesma era em frente à sede do batalhão da Polícia Militar. Arriscamos dizer que esse era um dos fatores decisivos para o receio de adolescentes pretos e periféricos, por exemplo, não obterem acesso ao seu direito. Corroboramos com Silva, *et. al.* (2021, p. 5), ao colocar o prejudicial de substâncias psicoativas como uma expressão da “questão social”,

Os adolescentes em situação de risco ou vulnerabilidade estão mais susceptíveis a realizarem o uso de substâncias psicoativas, buscando tentar esquecer os problemas sejam eles familiares, sociais ou econômicos, que consequentemente podem levar ao desenvolvimento de transtornos mentais como ansiedade, depressão, transtorno bipolar, esquizofrenia entre outros. O uso abusivo de substâncias psicoativas é como uma fuga da realidade (Barbosa, *et al.*, 2020 *Apud* Silva, *et. al.*, 2021, p. 5).

Por outro lado, a despeito da hipótese diagnóstica (QUADRO 15), com base no CID 11, a recorrência é do 6A05 - Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (28 vezes); sem hipótese diagnóstica (23 vezes); 6A70/6A71 - Transtorno depressivo (episódio único ou recorrente) (13,3%); 6A02 - Transtorno do espectro do autismo (15 vezes) e 6A73 - Transtorno misto de ansiedade e depressão (12 vezes).

Quadro 14 - Hipótese Diagnóstica

Hipótese Diagnóstica	Qt de pessoas
6A00 - Transtornos do desenvolvimento intelectual	10

6A02 - Transtorno do espectro do autismo	13
6A05 - Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade	28
6A20 - Esquizofrenia	2
6A70/6A71 - Transtorno depressivo (episódio único ou recorrente)	15
6A73 - Transtorno misto de ansiedade e depressão	12
6B00 - Transtorno de ansiedade generalizada	1
6C90 - Transtorno desafiador opositivo	4
6D10 - Transtorno de personalidade	1
Sem hipótese diagnóstica	23

Fonte: Produzido pelo próprio autor.

Durante a leitura das produções no Brasil, identifica-se que a população feminina<sup>25</sup> sofre com transtornos neuróticos e psicossomáticos<sup>26</sup> e a população masculina<sup>27</sup>, com transtornos de desenvolvimento e no processo de ensino-aprendizagem<sup>28</sup>. Sobre as fichas do CAPS II/OP, não foi diferente, pois a os transtornos neuróticos e psicossomáticos apareceram em 19 prontuários femininos e 13 em prontuários femininos. Já os transtornos de desenvolvimento e no processo de ensino-aprendizagem apareceram 46 vezes em prontuários masculinos e 6 vezes em prontuários femininos. Crianças mais velhas, geralmente, evidenciaram taxas maiores nos quadros mais graves de transtornos<sup>29</sup>, pois são mais difíceis de serem diagnosticadas de acordo com a idade. Neste caso, as três hipóteses diagnósticas de transtornos graves são identificadas em adolescentes/adultos.

Sobre a utilização de medicamento, o total de 64,4% dos usuários (as) possuem esse dado na ficha de acolhimento, dos que não utilizam, 34,7%. Todavia, esse conteúdo pode estar desatualizado, pois nas fichas analisadas quando os usuários (as) tinham acabado de ser acolhidos, muitas vezes não estavam sob uso de remédios psiquiátricos.

Os dados colhidos também sugerem a existência (ou não) de transtorno mental na família - sim (62,4%), não (22,8%), não sabe (4%) e sem informação na ficha de acolhimento (10,9%). Além da questão genética, os autores Régio, *et. al.* (2023 p. 2) colocam que “a constituição familiar, os recursos financeiros, a rede social de apoio e os recursos individuais

<sup>25</sup> Incluem crianças do sexo feminino e adolescentes/adultas: mulheres cis e mulheres trans.

<sup>26</sup> Incluem os diagnósticos de Transtorno depressivo (episódio único ou recorrente), Transtorno de ansiedade generalizada (TAG) e Transtorno misto de ansiedade e depressão.

<sup>27</sup> Incluem crianças do sexo masculino e adolescentes/adultos: homens cis e homens trans.

<sup>28</sup> Incluem os diagnósticos de Transtornos do desenvolvimento intelectual (DI), Transtorno do espectro do autismo (TEA), Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e Transtorno desafiador opositivo (TOD)

<sup>29</sup> Incluem Esquizofrenia, Transtorno de personalidade, etc.

das pessoas responsáveis pelo cuidado influenciam o processo saúde/ doença de crianças e adolescentes.[...]”. Partindo desse pressuposto, nos QUADROS 15, 16 e 17, podemos iniciar o detalhamento da vida familiar dos usuários do CAPS IJ/OP.

O núcleo familiar dominante é composto pela família natural (83,2%), ou seja, onde o genitor tem vínculo consanguíneo com o filho menor (ECA, 1990). O estado civil dos pais/responsáveis, são solteiros, divorciados ou separados (34,7%). Destaca-se a porcentagem de 15,8% de crianças ou adolescentes que não tem o contato ou vínculo estabelecido com o pai. Justifica-se pelo fato das mulheres ainda serem as principais cuidadoras de seus filhos e, majoritariamente, as mulheres negras. Se um dos pais biológicos não residem na mesma casa, a criança ou adolescente tem o direito de solicitar o recebimento de pensão para auxiliar nas despesas do dia-a-dia, no entanto, apenas 30 pessoas (44,7%) tem esse direito viabilizado e ainda, quando recebe, o valor muitas vezes é irrisório.

Quadro 15 - Composição familiar

<b>Composição familiar</b>	<b>Qt de pessoas</b>	<b>%</b>
Família natural	84	83,2%
Família extensa	13	12,9%
Família substituta	3	3,0%

Fonte: Produzido pelo próprio autor.

Quadro 16 - Estado civil dos pais/responsáveis

<b>Estado civil dos pais/responsáveis</b>	<b>Qt de pessoas</b>	<b>%</b>
Casados/ União Estável	30	29,7%
Solteiro/ Divorciados/ Separados	35	34,7%
Viúvo (mãe falecida)	0	0,0%
Viúva (pai falecido)	1	1,0%
Sem contato com o pai	16	15,8%
Sem contato com a mãe	3	3,0%
Sem contato com ambos os pais	1	1,0%
Sem informação na ficha de acolhimento	15	14,9%

Fonte: Produzido pelo próprio autor.

Quadro 17 - Recebe pensão (se um dos pais biológicos não residem na mesma casa)

<b>Recebe pensão (se um dos pais biológicos não residem na mesma casa)</b>	<b>Qt de pessoas</b>
Sim	30
Não	31
Sem informação na ficha de acolhimento	6

Fonte: Produzido pelo próprio autor.

No tópico 3.1 deste trabalho, colocamos em pauta que a escolaridade dos pais ou responsáveis (QUADRO 18), é uma característica social que influencia na visão da criança ou adolescente sobre quem ela é no mundo, pelas interpretações de Dayrell (2003). Em razão da escolaridade dos mesmos ser impactante na condição socioeconômica dos indivíduos, pode influenciar no agravamento à saúde mental dos filhos e filhas. Embora, em muitos prontuários (52,2%) não constar essa informação, daqueles que constava pudemos identificar que o ensino fundamental completo ou incompleto<sup>30</sup> dos pais ou responsáveis foi informado por 15 pessoas; já o ensino médio completo por 25 pessoas e superior completo, por 5 pessoas.

Quadro 18 - Nível de escolaridade dos pais/responsáveis

<b>Nível de escolaridade dos pais/responsáveis</b>	<b>Qt de pessoas</b>	<b>%</b>
Analfabeto	1	1,0%
Fundamental completo ou incompleto	15	14,9%
Médio incompleto	0	0,0%
Médio completo	25	24,8%
Superior incompleto	2	2,0%
Superior completo	5	5,0%
Sem informação na ficha de acolhimento	53	52,5%

Fonte: Produzido pelo próprio autor.

Acerca da situação socioeconômica familiar, são questões que certamente afetam o acesso de qualidade à cuidados de saúde, alimentação, educação e/ou segurança, também podendo agravar os sintomas relacionados à saúde mental. Dos pais ou responsáveis que exercem função remunerada tivemos o seguinte resultado: 54,5% informaram função remunerada, 26,7% não remunerada e em 18,8% das fichas de acolhimento não constavam esta informação%). Esse tipo de trabalho (QUADRO 19), muitas vezes é precarizado, considerando que 16,8% dos responsáveis que possuem empregação informal, 14,9% possuem empregação autônoma e empregação freelancer, 3%. No total, isso representa um quantitativo de 34,7% dos casos.

Quadro 19 - Tipo de trabalho dos pais/responsáveis

<b>Tipo de trabalho dos pais/responsáveis</b>	<b>Qt de pessoas</b>	<b>%</b>
---	----------------------	----------

<sup>30</sup> Um equívoco durante a coleta de dados inviabilizou que possamos apresentar os dados específicos dos pais/responsáveis que concluíram ou não o ensino fundamental.

Formal (com garantias trabalhistas)	19	18,8%
Informal (não tem vínculo, nem carteira assinada ou qualquer tipo de contrato)	17	16,8%
Autônomo (exerce atividade econômica por conta própria)	15	14,9%
Freelancer (abordagem mais específica e temporária)	3	3,0%
Do lar	16	15,8%
Estudante	1	1,0%
Sem informação na ficha de acolhimento	18	17,8%

Fonte: Produzido pelo próprio autor.

A precarização, má remuneração do trabalho e/ou inacessibilidade para tal, fazem com que tenham a necessidade de acessar o direito aos benefícios eventuais fornecidos pelo governo. 44,6% dos familiares ou responsáveis recebem algum tipo de benefício, 50,5% não recebem, pela característica de fragmentação da assistência social, que faz com que não tenham esse direito, ou por que não foram informados sobre seus direitos. Em 5% dos casos, não há essa informação na ficha de acolhimento.

No município de Ouro Preto, de acordo com a lei municipal de benefícios eventuais oferecidos pelo Centro de Referência e Assistência Social (CRAS) - Lei nº 1281/2022, altera e acrescenta a Lei nº 905/2014 -, as famílias com renda per capita de  $\frac{1}{4}$  de salário mínimo têm direito ao auxílio natalidade (emergencial), auxílio funeral (emergencial), auxílio alimentação (temporário), aluguel temporário (temporário), auxílio subsistência (caráter transitório e emergencial), vale transporte urbano (caráter transitório e emergencial), análise em situação de “calamidade pública”. Sobre os direitos previdenciários, os principais são o Benefício de Prestação Continuada (BPC), a aposentadoria e a pensão por morte.

O QUADRO 20, é apresentado o recurso financeiro mensal que a composição familiar dos usuários e usuárias do CAPS IJ/OP possuem. Na maior parte, as famílias possuem renda de aproximadamente de 1 até 2 salários mínimos (34,7%). No entanto, conforme as pesquisas do Dieese (UOL, 2023), o salário mínimo necessário para sustentar uma família de quatro pessoas no Brasil é de R\$ 6.578,41, segundo pesquisas recentes. Nota-se que 40,6% das famílias sobrevivem com menos de 1 salário mínimo mensal.

Quadro 20 - Renda familiar aproximada

Renda familiar aproximada	Qt de pessoas	%
Sem renda	9	8,9%
Até R\$486	3	3,0%

R\$487 até R\$900.	7	6,9%
R\$901 até 1 salário mínimo	22	21,8%
de 1 até 2 salários mínimos	35	34,7%
de 2 até 3 salários mínimos	13	12,9%
de 3 até 4 salários mínimos	1	1,0%
de 4 até 5 salários mínimos	1	1,0%
mais de 5 salários mínimos	2	2,0%
Sem informação na ficha de acolhimento	8	7,9%

Fonte: Produzido pelo próprio autor.

Acerca da contribuição dos usuários (as) adolescentes com renda familiar, a quantidade foi apenas de 6,4%. Usuários (as) que trabalham, mas não contribuem com a renda familiar, foi de 2,1%, dos que não contribuem com a renda familiar, porque não exercem nenhum tipo de trabalho, foi de 83%.

A alimentação saudável também é um fator que influencia a saúde física e mental das crianças e adolescentes. Um estudo desenvolvido pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) “analisou 1 396 crianças de 7 a 14 anos e constatou que jogar games ou assistir a vídeos à noite levava essa população a consumir menos alimentos saudáveis, como frutas e verduras, e mais ultraprocessados, industrializados ricos em sal, açúcar e gordura.” (Félix, 2024, s/p). Isto é, até mesmo o uso das redes sociais em excesso, podem causar a má alimentação. De acordo com as informações fornecidas pelos pais ou responsáveis, 47,5% dos usuários (as) do CAPS tem uma alimentação saudável e 31,7% não tem. Em 20,8% das fichas de acolhimento esta informação não constava.

Não poderíamos de deixar de falar sobre a condição peculiar do município de Ouro Preto, sobre o acesso aos dispositivos presentes no território (QUADRO 21), sejam eles educação (ex.: creche, escola, faculdade, etc.); da saúde (ex.: posto de saúde, UPA, hospital, etc.); assistência social ou previdência (ex.: CRAS, CREAS, abrigo/casa de acolhimento, CadÚnico/Bolsa Família, INSS, etc.) e lazer (esporte, quadras, parque, arte e cultura, etc).

Enfatiza-se o pequeno número de crianças e adolescentes que frequentam atividades de lazer (30,7%), ou seja, que fazem algum tipo de atividade física, tem acesso a parques, quadras ou outros espaços culturais. O lazer e o ato de brincar vão muito além da diversão, sendo direitos fundamentais para o desenvolvimento emocional, social, cognitivo e físico das crianças (ECA, 1990). Na cena turística, os moradores da região não se sentem pertencentes ao espaço e acabam

não o frequentando. Conforme o estudo de Alves (2022, p. 394): “a produção da cena turística e o uso do espaço ocorrem de modo desigual e contraditório”.

Quadro 21 - Acesso aos dispositivos no território

<b>Acesso aos dispositivos no território</b>	<b>Qt de pessoas</b>	<b>%</b>
Educação	97	96,0%
Saúde	67	66,3%
Lazer	31	30,7%
Assistência Social	45	44,6%
Tem acesso a 1 variável	15	14,9%
Tem acesso a 2 variáveis	25	24,8%
Tem acesso a 3 variáveis	40	39,6%
Tem acesso as 4 variáveis	5	5,0%
Sem informação na ficha de acolhimento	16	15,8%

Fonte: Produzido pelo próprio autor.

Com base na análise sobre o principal meio de transporte (QUADRO 22) utilizado pelos usuários e usuárias do CAPS II/OP, a predominância foi de 36,6% que utilizam ônibus pago e 22,8% transporte próprio. Em relação aos que utilizam ônibus com passe livre municipal, é um benefício que independe da renda e é fornecido para pessoas com deficiência, incluindo o TEA (Rota Real, s/d)

Quadro 22 - Meio de transporte

<b>Meio de transporte</b>	<b>Qt de pessoas</b>	<b>%</b>
A pé/carona	19	18,8%
Transporte próprio	23	22,8%
Ônibus pago	37	36,6%
Ônibus passe livre municipal	6	5,9%
Sem informação na ficha de acolhimento	16	15,8%

Fonte: Produzido pelo próprio autor.

Sobre as especificidades sociais/étnicas/culturais (QUADRO 23), podem incluir as famílias atingidas por barragem, indígenas, quilombolas, ribeirinhas, ciganas, catadoras de material reciclável, agricultoras familiares, dentre outras. A única especificidade que foi mais identificada entre as famílias, foram os usuários (as) atingidos pela mineração (9,9%). A mineração, nos locais onde se instaura, cria novas expressões da “questão social” e agrava as que já existiam, obviamente, impactando na saúde mental da comunidade que vive em volta

dessa realidade. Os moradores do distrito de Antônio Pereira, por exemplo, trouxeram essas discussões para a oficina do Plano Diretor<sup>31</sup> no ano de 2024:

Assistência social: um dos grandes problemas destacados foi que a comunidade de Antônio Pereira está “mentalmente doente”. Por isso, demandaram a ampliação da atuação da assistência social no distrito (CRAS) devido à vulnerabilidade social - alcoolismo, tráfico de drogas, violência doméstica. Ainda solicitaram ações de fomento às entidades/organizações que atuam no território, tais como - Movimento Socioambiental, Cultural, Patrimonial da Saúde Mental de Antônio Pereira (UFOP, IFMG, FAPEMIG), Pura diversão, Grupo das mulheres guerreiras, Acalento, Pereira (Ouro Preto, 2024, p. 116-117).

Dos usuários 51,5% não identificaram possuir alguma especificidade sociais/étnicas/culturais e em 37,5% das fichas de acolhimento não constavam esta informação.

Quadro 23 - Especificidades sociais/étnicas/culturais

<b>Especificidades sociais/étnicas/culturais</b>	<b>Qt de pessoas</b>	<b>%</b>
Nenhuma das alternativas acima	52	51,5%
Família atingida por mineração	10	9,9%
Família indígena	1	1,0%
Sem informação na ficha de acolhimento	38	37,6%

Fonte: Produzido pelo próprio autor.

Outro aspecto fundamental para essa análise, foi a questão da situação de saneamento básico QUADRO 24, 25 e 26, que incluiu o acesso à água, ao esgoto e a limpeza urbana. Os resultados predominantes, foram: 49,5% das famílias dizem ter acesso à água por meio da rede de distribuição paga; 49,5% diz ter rede coletora de esgoto sanitário e 59,4% diz ter acesso à limpeza urbana. Contudo, as informações tiveram um alto índice de dados não fornecidos na ficha de acolhimento (37,6%). Segundo Municípios e Saneamento - BETA (2022, s/p), o município de Ouro Preto “gera 4.911,62 mil m<sup>3</sup> de esgotos por ano. Do volume gerado, 56,45% é coletado, e 0,6% é tratado. Em 2022, foram despejados 2.138,80 mil m<sup>3</sup> de esgotos na natureza sem tratamento”. A demanda do saneamento básico na cidade foi uma questão muito discutida pela comunidade na oficina do Plano Diretor, no sentido de que a falta de saneamento está diminuindo a sua qualidade de vida:

A questão do saneamento básico foi 3º tema mais abordado e muito frequente nas questões ligadas à qualidade da água, à carência de redes e ao tratamento de esgotos, da tarifa alta paga pelos serviços. Consideram o acesso à água potável limpa e ao tratamento adequado de esgoto elementos cruciais para evitar doenças e garantir a qualidade de vida. Neste sentido, observou-se que a população de Ouro Preto vê essa

<sup>31</sup> Realizada pela empresa Fundação Gorceix, juntamente com a Prefeitura de Ouro Preto.

questão como urgente, necessitando de melhorias/adequações nos sistemas de tratamento de água e implantação de rede e tratamento de esgoto, preservando o meio ambiente e seus recursos que são tão caros à população (Ouro Preto, 2024, p. 180).

Quadro 24 - Acesso a água

<b>Acesso a água</b>	<b>Qt de pessoas</b>	<b>%</b>
Rede de distribuição paga (Saneouros)	50	49,5%
Rede de distribuição isenta de pagamento	1	1,0%
Nascente	10	9,9%
Não potável	2	2,0%
Sem informação na ficha de acolhimento	38	37,6%

Fonte: Produzido pelo próprio autor.

Quadro 25 - Disposição do esgoto doméstico gerado

<b>Disposição do esgoto doméstico gerado</b>	<b>Qt de pessoas</b>	<b>%</b>
Rede coletora de esgoto sanitário	50	49,5%
Fossa	9	8,9%
Esgoto a céu aberto	4	4,0%
Sem informação na ficha de acolhimento	38	37,6%

Fonte: Produzido pelo próprio autor.

Quadro 26 - Limpeza urbana

<b>Limpeza urbana</b>	<b>Qt de pessoas</b>	<b>%</b>
Sim	60	59,4%
Não	3	3,0%
Sem informação na ficha de acolhimento	38	37,6%

Fonte: Produzido pelo próprio autor.

Em relação ao tipo de moradia (QUADRO 27) que os usuários (as) residem, 52,5% ocupam casas próprias e 20,8% ocupam casas alugadas. Essa realidade também é a brasileira, pois Basílio (2022), 70% dos brasileiros moram em imóveis próprios. Entendemos que essa característica é ainda mais predominante em Ouro Preto, pela cidade possuir muitas casas antigas, que podem passar de geração em geração.

Quadro 27 - Tipo de moradia

<b>Tipo de moradia</b>	<b>Qt de pessoas</b>	<b>%</b>
Própria	53	52,5%
Cedida	14	13,9%
Alugada	21	20,8%
Financiada	0	0,0%

Abrigo	1	1,0%
Sem informação na ficha de acolhimento	12	11,9%

Fonte: Produzido pelo próprio autor.

Por fim, também analisamos uma questão crucial da particularidade ouro-pretana, o risco habitacional que, como exposto no item 2.2, o município é considerado como o que possui maior área de risco do país. Concorde-se com Alves, quando o autor pontua sobre essa questão, destacando o direito da população à ocupação da cidade:

O processo de urbanização em Ouro Preto tem relação direta com o desenvolvimento do turismo, cria uma nova racionalidade no uso e na ocupação do território. Problemas, como a ocupação de áreas irregulares, onde não há uma preocupação com o uso e ocupação do solo, ou seja, áreas com fragilidade ambiental são ocupadas, sem que haja uma política urbana eficaz, onde o seu papel seria reestruturar e não manter os mecanismos que possibilitem a especulação. “A especulação imobiliária leva os residentes para a periferia que, sem infraestrutura básica que dê condições de moradia, faz com que se tornem bairros periféricos, desarticulados do contexto urbano (Silva e Junior, 2008, p. 6 *Apud* Alves, 2022, p. 398).

Melhor dizendo, consideramos que a ocupação do território de Ouro Preto é mais pensada para atração de turistas e não com a qualidade de vida dos moradores, semelhante a realidade brasileira, quando refletimos sobre a formação sóciohistórica brasileira, no item 2.1. Referente aos dados coletados os riscos habitacionais, incluindo em período de chuvas, moradia em ocupação, etc, são a realidade em 13,9%; 50,5% dizem não conter riscos em sua residência, o “talvez” representa 2% e sem informação na ficha de acolhimento, 33,7%. Apesar disso, pode ser que tenhamos mais pessoas que não saibam sobre a sua situação de peculiaridade da condição geológica da cidade, que favorece deslizamentos, uma vez que “O município não tem mapeamento de áreas de risco” (Municípios e Saneamento – BETA, 2022, s/p).

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Serviço Social, ao longo da sua trajetória sócio-histórica, assumiu um compromisso ético em que prioriza a população usuária dos serviços, com vistas à garantia de direitos civis, sociais e políticos da classe trabalhadora. O estudo aqui descrito, embora tenha encontrado limites, está diretamente relacionado ao papel do Serviço Social, pois é a partir da análise do perfil dos usuários e usuárias do serviço em questão, é que as (os) assistentes sociais podem planejar e executar ações mais eficazes e direcionadas. Para os Técnicos de Referência do CAPS II, função assumida pelos profissionais da equipe interdisciplinar, este estudo também poderá implicar em um atendimento mais personalizado e eficiente aos usuários (as), além de obter uma ampliação das demandas relacionadas aos determinantes sociais da saúde mental.

As dificuldades encontradas para realização dessa pesquisa estão mais relacionadas ao tempo de execução, que envolveu várias etapas: construção coletiva e (re)formulação da Nova Ficha de Acolhimento do serviço<sup>32</sup>; localização do prontuário do usuário (a) nos arquivos da secretaria; transcrição e/ou atualização de 101 usuários (as) ativos; repasse do conteúdo para um questionário do *Google forms*; avaliação e controle das etapas e, por fim, a análise dos dados coletados, que fizeram com que pudéssemos traçar o perfil dos usuários e usuárias do CAPS II/OP.

Em síntese, podemos relatar que as crianças e adolescentes atendidas pelo CAPS ij/OP são uma população majoritariamente masculina (62,4%), negras (pretas e pardas – 51,4%), com média de idade de 10,5 anos. Em relação ao acompanhamento da gestação da mãe, foi acompanhada na maioria dos casos, com parto normal e desenvolvimento psicomotor da criança normais. Os usuários (as) do serviço de saúde mental estão matriculados na escola formal (com frequência regular) e em escola pública (96,5%). A maioria está cursando o 6º ano do ensino fundamental, com idades condizentes à faixa etária. Dos que tem a necessidade educacional especial, em sua maioria, obtém acesso ao monitor/professor de apoio.

Em geral, os usuários (as) residem em ambiente urbano, na sede de Ouro Preto (bairros prevalentes: Alto da Cruz e Bauxita) e do distrito de Cachoeira do Campo e Antônio Pereira. Conseguem acessar o CAPS II/OP, majoritariamente, por demanda espontânea e PSF. Sobretudo, os mesmos utilizam medicamento e, em sua família, há a existência de parentes com transtornos mentais. O tipo de família natural (83,2%) foi prevalente, com pais ou responsáveis

---

<sup>32</sup> Atividade realizada a partir do Projeto de Intervenção proposto como requisito da disciplina de Estágio Supervisionado em Serviço Social II

solteiros, divorciados ou separados. Se um dos pais biológicos não residem na mesma casa, o quantitativo de recebimento de pensão ficou bem dividido, mas um alto número (30,7%) não recebe pensão.

Predominantemente, os pais ou responsáveis tem escolaridade de médio completo<sup>33</sup>; exercem função remunerada (54,5%), com empregos precarizados (34,7%) e renda familiar aproximada de 1 até 2 salários mínimos (34,7%) e das famílias sobrevivem com menos de 1 salário mínimo mensal, a porcentagem foi de 40,6%. 44,6% dos pais ou responsáveis recebem benefícios socioassistenciais e/ou previdenciários e 43% dos adolescentes/adultos não contribuem com a renda familiar.

De acordo com os pais ou responsáveis, 47,5% dos usuários (as) tem a alimentação considerada saudável, além de apenas 5% possuírem acesso aos 4 dispositivos que existem no território (educação, saúde, lazer e assistência social) juntos. Somente 30,7% tem acesso ao lazer, como por exemplo. O meio de transporte mais prevalente foi o ônibus pago, com 36,6%. Sobre o saneamento básico, 49,5 % tem acesso à rede de distribuição de água paga (Saneouro) e rede coletora de esgoto sanitário (não tratado). O acesso à limpeza urbana foi equivalente a 59,4%. 52,9% residem em casa própria e 13,9% estão em risco habitacional, na maior parte das vezes, por serem famílias atingidas pela mineração.

Por fim, em relação às demandas sobre a saúde mental dos usuários (as), encontramos dados que indicaram em maior quantitativo a agitação, que aparece em 61 vezes dos casos; dificuldade de convívio com outras pessoas (46 vezes) e falta de entusiasmo, energia ou motivação (40 vezes). O 6A05 - Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (28 vezes) aparece com mais frequência, quanto às hipóteses diagnósticas. Mais especificamente, os transtornos neuróticos e psicossomáticos apareceram mais em prontuários femininos (19 vezes) e os transtornos de desenvolvimento e no processo de ensino-aprendizagem apareceram mais em prontuários masculinos (46 vezes). Crianças mais velhas se enquadraram nas seguintes hipóteses diagnósticas de transtornos graves: Esquizofrenia e Transtorno de Personalidade.

O lugar dessas crianças e adolescentes no território em que vivem, portanto, é marcado pela desigualdade social e desigualdade de oportunidades. Por isso, concordamos com Tomaz (2018), quando a autora coloca que a questão de necessidade da atuação do (a) assistente social e, em geral, da Referência Técnica (RT) deve ser ressignificada, para que o foco da sua direção social continue sendo a materialidade da vida dos sujeitos, historicamente caracterizada como

---

<sup>33</sup> Apesar de um alto quantitativo de sem informação na ficha de acolhimento, que corresponde a 52,5%.

objeto principal da saúde mental pela visão da desinstitucionalização italiana, pautada no tópico 2.1.

Assim, o papel do profissional na saúde mental, deve levar em conta o ser social em sua totalidade, colocando a cidadania como elemento central para a reinserção sociofamiliar do usuário (a). Os serviços primam contra o preconceito e o estigma e a segregação, implicando o acesso de qualidade à educação, moradia, trabalho, segurança pública, etc. É sobre inserir o sujeito no seu território por meio da articulação dos serviços da rede, mostrando alternativas para atender às suas necessidades e ampliando, ademais, a sua autonomia. Sendo assim, temos que o livre desenvolvimento de uma pessoa, é requisito para o livre desenvolvimento de todas as outras pessoas.

De fato, temos a percepção de que os dados apresentados poderiam ter sido melhor aprofundados, no entanto, diante do curto prazo para a defesa do TCC, infelizmente não foi possível. As reflexões aqui tratadas, não se esgotam no momento presente, podem ser revistas e melhor articuladas ao longo do tempo e, como já foi destacado anteriormente, poderá servir como mais uma possibilidade de diálogo das crianças, adolescentes e familiares/responsáveis com os movimentos sociais, coletivos e associações de moradores, potencializando suas requisições acerca de seus direitos previstos na Constituição Federal (1988), na Reforma Psiquiátrica e, principalmente, no Estatuto da Criança e Adolescente (1990).

A luta pela garantia de direitos às crianças e adolescentes é composta por um desenvolvimento de continuidade e ruptura e, de certa maneira, uma violação que acontece nesta faixa etária pode trazer impactos para a vida toda e podendo, infelizmente, perpassar de geração em geração. Cabe aos profissionais da saúde mental, tentar minimizar os impactos das expressões que atravessam a vida desses seres sociais de forma totalmente democratizante. Acredita-se que o Trabalho de Conclusão de Curso cumpriu com o seu papel, no sentido de buscar ter o olhar para a compreensão das demandas dos usuários (as) e famílias/responsáveis da saúde mental não apenas em sua aparência, mas em sua essência.

Por fim, na obra de Júnior (2019), o autor revela a existência e resistência de pessoas que sobrevivem nas sombras, à margem da sociedade. Podemos também mostrar que a falta de acesso aos direitos básicos, a exclusão social e a violência estrutural são fatores que amplificam o sofrimento psicossocial e que também fazem parte da vida das irmãs Bibiana e Belonísia. São reflexos de expressões da “questão social” que ainda afetam muitos jovens no Brasil contemporâneo. A consciência de classe e raça tiram a falsa paz que acreditamos existir, mas ao mesmo tempo nos fortalece na luta pela dignidade, respeito e sobrevivência dessa população.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRINQ. **Cenário da Infância e Adolescência no Brasil 2024**. São Paulo, SP: Fundação Abrinq, 2024

ALVES, Kerley; et. al. Turismo local e conviver em Ouro Preto em tempos de pandemia: lugar de encontros e desencontros de moradores. In: **Revista Direito e Cidadania**, Rio de Janeiro, vol. 14, n° 01, p. 392-410, 2022.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro, 2° ed.: Editora FIOCRUZ, 1998.

APPEL, Nicolle. **O Assistente Social inserido na Saúde Mental e suas estratégias de intervenção**. VIII Jornada Internacional de Políticas Públicas. Maranhão, 2017.

ASSIS, Simone Gonçalves de; AVANCI, Joviana Quintes; et. al. **Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2):349-361, 2009.

BADARÓ, Luiza. **Múltiplas expressões da questão social ecoam sobre a Infância e Juventudes**. *Artigos Temas Livres*, v. 15, n. 32, p. 167-183. Brasília: SER Social, jan./jun. 2013.

BARROCO, Maria Lúcia. Direitos Humanos, neoconservadorismo e neofascismo no Brasil contemporâneo. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, 143, p. 12-21. jan/abr 2022.

BASAGLIA, Franco. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro, RJ: Garamond, 2010.

BASILIO, Patrícia. Censo da moradia: 70% dos brasileiros moram em imóveis próprios, diz pesquisa. **G1**, 2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/economia/noticia/2022/02/15/censo-da-moradia-70percent-dos-brasileiros-moram-em-imoveis-proprios-diz-quintoandar.ghtml>. Acesso em: 28 de set. de 2024.

BEHRING, Elaine. **Política Social: fundamentos e história**. 9ª ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BERTOLLO, Kathiuga. REIS, Neidimar. **Relações de trabalho na mineração: análise dos acordos coletivos firmados entre o Sindicato Metabase Inconfidentes e a Vale S.A.** São Paulo: Expressão Popular, p. 193-222, 2020.

RÉGIO L.; BARROS S.; et. al. O cuidado de crianças e adolescentes negros com problemas de saúde mental na interseccionalidade entre gênero e raça. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. São Paulo, SP: Copyright, 2023

Bilhetagem eletrônica. **Rota Real**, s/d. Disponível em: <https://consorciorotareal.com.br/bilhetagem-eletronica/>. Acesso em: 28 de set. de 2024.

BRASIL. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

\_\_\_\_\_. Dados sobre pobreza entre a população negra são apresentados no CNPIR. **Gov.br**, 2015. Disponível em: [https://www.gov.br/mdh/pt-br/noticias\\_sep/pt-br/noticias/maio/dados-sobre-pobreza-entre-a-populacao-negra-sao-apresentados-no-cnpir#:~:text=Dos%20benefici%C3%A1rios%20do%20Bolsa%20Fam%C3%ADlia,programa%20de%20complementa%C3%A7%C3%A3o%20de%20renda](https://www.gov.br/mdh/pt-br/noticias_sep/pt-br/noticias/maio/dados-sobre-pobreza-entre-a-populacao-negra-sao-apresentados-no-cnpir#:~:text=Dos%20benefici%C3%A1rios%20do%20Bolsa%20Fam%C3%ADlia,programa%20de%20complementa%C3%A7%C3%A3o%20de%20renda). Acesso em: 17 de set. de 2024.

\_\_\_\_\_. **Instrutivo Técnico da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília DF: Ministério da Saúde, 2022.

\_\_\_\_\_. **Legislação em saúde mental 1990-2002**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. **Lei Federal nº 8069/1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm). Acesso em: 20 de Maio de 2023.

\_\_\_\_\_. **Lei Federal nº 8080/1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 01 de Abril de 2024.

\_\_\_\_\_. **Lei Federal Nº 10.216/2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm). Acesso em: 20 de Maio de 2023.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde amplia em R\$ 414 milhões por ano os recursos para custeio dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial. **Ministério da Saúde**, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/planalto/pt-br/acompanhe-o-planalto/noticias/2024/01/presidente-lula-sanciona-lei-que-institui-a-politica-nacional-de-atencao-psicossocial-nas-comunidades-escolares>. Acesso em: 04 de set. de 2024.

\_\_\_\_\_. Presidente Lula sanciona lei que institui a Política Nacional de Atenção Psicossocial nas Comunidades Escolares. **Planalto**, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/julho/com-foco-em-atendimento-humanizado-e-cuidado-integral-ministerio-da-saude-fortalece-assistencia-para-saude-mental-no-sus>. Acesso em: 04 de set. de 2024.

\_\_\_\_\_. **Portaria GM/MS nº 3.350/2020**. Institui, em caráter excepcional e temporário, incentivo financeiro federal de custeio, para o desenvolvimento de ações no âmbito dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no contexto do Enfrentamento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da Covid-19. Brasília, 2020. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3350\\_09\\_12\\_2020.html](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3350_09_12_2020.html). Acesso em: 07 mar 2024.

\_\_\_\_\_. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRAVO, M. I. **Política de saúde no Brasil**. MOTA, A et al. Serviço Social e Saúde – Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

BRAVO, M. PELAEZ, E. **A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências.** Ser Social. estado, democracia e saúde Brasília, v. 22, n. 46, janeiro a junho de 2020.

CAMARGO, L. G. G.; et.al. Situação atual de saúde mental de crianças e adolescentes no Brasil. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.9, n.1, p. 1997-2010, jan., 2023

CAPUTO, L. R.; TOMAZ, M.; BEDIM, V. B.; DUARTE, M. J. O. A saúde mental em tempos de desafios e retrocessos: uma revisão. **Argum.**, Vitória, v. 12, n. 2, p. 91-106, maio/ago. 2020.

CARVALHO, Denise Bomtempo B. Criança e adolescente. In: Capacitação em Serviço Social e Política Social. Brasília: UnB/Cead, 2000.

CHIBATTO, C. C.; NUNES, I. S.; AGUIAR, K. S. P.. Contrarreforma psiquiátrica e seus reflexos no cuidado ao usuário e à família. **Revista EM PAUTA**, n. 49, v. 20, p. 81 – 94. Rio de Janeiro, RJ, 2022.

CNDE. **Crianças e adolescentes em territórios vulneráveis.** São Paulo, SP: Outras Expressões, 2022.

COSTA, Renata; RAFAEL, Josiley. Questão social e sua particularidade no Brasil: imbricação entre patriarcado-racismo-capitalismo. **Revista Temporalis**, ano 21, n. 42, p. 77-93. Brasília, DF: UFSC, jul./dez. 2021.

COURI, Leandro; COSTA, Mariana. Ouro Preto é a cidade brasileira com mais áreas de risco do país. **Estado de Minas**, 2023. Disponível em: [https://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2023/01/08/interna\\_gerais,1441927/ouro-preto-e-a-cidade-brasileira-com-mais-areas-de-risco-do-pais.shtml#google\\_vignette](https://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2023/01/08/interna_gerais,1441927/ouro-preto-e-a-cidade-brasileira-com-mais-areas-de-risco-do-pais.shtml#google_vignette). Acesso em 03 de jul. de 2023.

COUTO, Berenice Rojas. **O direito social e a assistência social na sociedade brasileira: uma equação possível?**. São Paulo – 4 ed: Cortez, 2010.

CUNHA, Maiara; BORGES, Lucienne; BEZERRA, Cecília. **Infância e Saúde mental: perfil das crianças usuárias de um Centro de Atenção Psicossocial Infantil.** Mudanças. Santa Cartarina: Psicologia da Saúde, Jan.-Jun, 2017.

DAVIS, Ângela. **Mulheres, raça e classe.** Tradução de Heci Regina Candiani. São Paulo, SP: Boitempo, 2016.

DAYRELL, Juarez. O jovem como sujeito social. **Revista Brasileira de Educação**, n° 24, p. 40-52. Belo Horizonte, MG: UFMG, set/out/nov/dez 2023.

DELFINI, Patrícia; BARBOSA, Caroline; FONSECA, Felipe; TAVARES, Carlos; REIS, Alberto. **Perfil dos usuários de um centro de atenção Psicossocial infanto-juvenil da grande São Paulo, Brasil.** Revista Brasil Crescimento Desenvolvimento Humano, p. 226-236. Taubaté, SP, 2009.

EURICO, Márcia Campos. Nota Técnica sobre o trabalho de assistentes sociais e a coleta do quesito Raça/Cor/Etnia. **Conselho Federal de Serviço Social - CFESS**, n° 33/2021, Brasília/DF: CFESS, 2022.

FELIX, Paula. Novos estudos revelam os graves impactos do uso de celulares por crianças. **Veja**, 2024. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/saude/novos-estudos-revelam-os-graves-impactos-do-uso-de-celulares-por-criancas>. Acesso em: 28 de set. de 2024.

FERNANDES, Florestan. **A Revolução Burguesa no Brasil: ensaio de uma interpretação sociológica**. São Paulo – 5 ed.: Globo, 2006.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo, SP: Editora Perspectiva, 1978.

GARBOIS, Júlia; SODRE, Francis. ARAUJO, Maristela. **Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde**. Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 63-76, jan-mar 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/ymxpLJDTkd5vPh5QL9YGJzq/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 02 de fev. de 2023.

GONZALEZ, Lélia. **Por um Feminismo Afro-Latino-Americano: Ensaios, Intervenções e Diálogos**. Organização: Flávia Rios, Márcia Lima - 1º ed. Rio Janeiro: Zahar, 2020.

GOMES, Ana Claudia. História do Colégio Dom Bosco em Cachoeira do Campo (MG). **Memórias e Biscuits**, 2019. Disponível em: <http://www.memoriasebiscuits.com.br/2019/04/historia-do-colegio-dom-bosco-em.html>. Acesso em: 26 de set. de 2024.

GUIMARÃES, Thiago. Ouro Preto muda bandeira "racista". **Folha de São Paulo (Cotidiano)**, 2005. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff1911200514.htm> . Acesso em: 26 de set. de 2024.

HOFFMANN, Maria Cristina; SANTOS, Darci; MOTA, Eduardo. **Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil**. Cad. Saúde Pública, p. 633-642. Rio de Janeiro, mar, 2008.

IAMAMOTO, Marilda V.; CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação teórico-metodológica**. São Paulo, SP – 19. ed.: Cortez, Celats, 2006.

JUNIOR, Itamar Vieira. **Torto Arado**. São Paulo, 1º ed.: Todavia, 2019.

KANTORSCKI, LP; CARDANO, M; et.al. **Política de saúde mental brasileira: uma análise a partir do pensamento de Franco Basaglia**. Journal Nursing and Health. Pelotas, RS: jun, 2021.

LOSCHI, Marília. Questão de gênero: indicadores de saúde mental são piores para as meninas. **Agência IBGE Notícias**, 2021. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/31606-questao-de-genero-indicadores-de-saude-mental-sao-piores-para-as-meninas#:~:text=As%20informa%C3%A7%C3%B5es%20da%20Pesquisa%20Nacional,50%2C7%25%20desse%20total>. Acesso em: 14 de set de 2024.

MACHADO, Felipe. **Conhecendo Para Intervir: o perfil do usuário da saúde mental infantojuvenil em Santa Maria/RS**. Universidade Federal de Santa Maria. Curso de Serviço Social. Santa Maria, RS, 2018.

MARQUES, Fernanda. “Saúde mental para todos”: estudo sobre (des)financiamento no Brasil foi apresentado no primeiro dia do evento. **FIOCRUZ**, 2020. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/saude-mental-para-todos-estudo-sobre-desfinanciamento-no-brasil-foi-apresentado-no-primeiro-dia-do-evento/>. Acesso em: 03 de out. de 2023.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **O Capital: crítica da economia política**. Livro I, volume II, Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013.

MISEREOR, Projeto. **Relatório Final: Direitos Humanos e Mineração Testemunho da Insustentabilidade**. Minas Gerais: Projeto Misereor, 2021.

MOLANO, Sarah. Depressão e ansiedade entre jovens dobram durante a pandemia, revela pesquisa. **CNN Brasil**, 2021. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/depressao-e-ansiedade-entre-jovens-dobraram-durante-a-pandemia-revelapesquisa/#:~:text=Depress%C3%A3o%20e%20ansiedade%20entre%20jovens%20dobram%20durante%20a%20pandemia%2C%20revela%20pesquisa,-An%C3%A1lise%20revisou%202029&text=Durante%20a%20pandemia%20de%20Covid,de%20acordo%20com%20uma%20pesquisa>. Acesso em: 01 de ago. de 2023.

WOLF, Naomi. **O mito da beleza: como as imagens de beleza são usadas contra as mulheres**. Tradução Waldéa Barcellos, 15<sup>o</sup> ed. Rio de Janeiro, RJ: Rosa dos Tempos, 2020.

NAVAI, Paulo Capel. A saúde mental no governo Lula. **A Terra é Redonda**, 2023. Disponível em: <https://aterraeredonda.com.br/a-saude-mental-no-governo-lula/> . Acesso em: 04 de set. de 2024.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. São Paulo, 8 ed: Cortez, 2011.

NETTO, José Paulo. **Introdução ao estudo do método de Marx**. São Paulo, 1<sup>o</sup> ed.: Expressão Popular, 2011.

Brasil tem mais de 11 milhões de mães que criam os filhos sozinhas. **G1**, 2023. Disponível em: <https://g1.globo.com/bom-dia-brasil/noticia/2023/05/12/brasil-tem-mais-de-11-milhoes-de-maes-que-criam-os-filhos-sozinhas.ghtml>. Acesso em: 14 de set. de 2024.

OLIVEIRA, L. P. Os vários "tipos" de família. **JUSBRASIL**, 2017. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/artigos/os-varios-tipos-de-familia/459692174> . Acesso em: 04 de set. de 2024.

Ouro Preto. IBGE, 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/ouro-preto/panorama>. Acesso em: 26 de set de 2024.

OURO PRETO, Prefeitura de. **Decreto n° 8087/2023**. Declara de utilidade pública para fins de desapropriação, o imóvel situado à Travessa Sargento Francisco Lopes, n° 79, Bairro Água Limpa, Ouro Preto-MG, destinado à Sede do Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil. Ouro Preto, 2023. Disponível em: [https://sgm.ouropreto.mg.gov.br/arquivos/norma\\_juridica/1fb361533981daaed4fbf4e763040c11.pdf](https://sgm.ouropreto.mg.gov.br/arquivos/norma_juridica/1fb361533981daaed4fbf4e763040c11.pdf) . Acesso em: 07 mar 2024.

\_\_\_\_\_. **Lei n° 022/2005**. Assegura às crianças e adolescentes portadoras de deficiência física, mental ou sensorial, prioridade de vaga em Escola da Rede Pública Municipal de Ouro

Preto. Ouro Preto, 2005. Disponível em: [https://sgm.ouopreto.mg.gov.br/arquivos/norma\\_juridica/NJ\\_img\(1776\).pdf](https://sgm.ouopreto.mg.gov.br/arquivos/norma_juridica/NJ_img(1776).pdf) . Acesso em: 07 mar 2024.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 1281/2022, altera e acrescenta a Lei nº 905/2014.** Altera os §§ 1º e 3º do art. 4º, acrescenta os §§5º e 6º ao art. 4º, altera o caput do art. 5º, o inciso I do art. 6º, o art. 10, o art. 14, os incisos I, III, IV, V e alínea “b” do art. 16, altera o art. 17, o art. 19, o parágrafo único do art. 20 e o art. 22, e revoga o art. 21, todos da Lei nº 905, de 06 de junho de 2014, que dispõe sobre os Benefícios Eventuais no âmbito do Município de Ouro Preto, conforme a Política Nacional de Assistência Social. Ouro Preto, 2022. Disponível em: <https://www.ouopreto.mg.gov.br/pages/diario-cmop.php?page=diario-publicacoes-cmop&id=620#:~:text=de%20Ouro%20Preto-,Leis,Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de%20Assist%C3%Aancia%20Social> . Acesso em: 26 de jul. de 2024.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 059/2023** Institui, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, o Protocolo contendo as Diretrizes para acolhimento, regulação e encaminhamento das urgências e emergências psiquiátricas em unidade de pronto atendimento (upa, samu, hospital geral, bombeiro) e serviço de segurança pública (guarda municipal). Ouro Preto, 2024. Disponível em: <https://www.ouopreto.mg.gov.br/transparencia/diario-publicacoes/3247> . Acesso em: 09 ago 2024.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 060/2023.** Institui, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, o Protocolo contendo as diretrizes para o acolhimento e classificação de risco em saúde mental nas unidades básicas de saúde. Secretaria Municipal de Saúde. Ouro Preto, 2024. Disponível em: <https://www.ouopreto.mg.gov.br/transparencia/diario-publicacoes/3247> . Acesso em: 09 ago 2024.

Ouro Preto (MG). **Município e Saneamento (BETA)**, 20. Disponível em: <https://www.aguaesaneamento.org.br/municipios-e-saneamento/mg/ouopreto#:~:text=O%20munic%C3%ADpio%20OURO%20PRETO%20gera,esgotos%20na%20natureza%20sem%20tratamento> . Acesso em: 28 de set. de 2024.

Ouro Preto, Prefeitura de. Processo de Revisão do Plano Diretor e Legislação Complementar do Município de Ouro Preto. **Fundação Gorceix**, 2024. Disponível em: <https://www.ouopreto.mg.gov.br/planodiretor/consulta-publica> . Acesso em: 09 de et. de 2024.

PASSOS, Rachel; MOREIRA, Tales. **Reforma psiquiátrica brasileira e questão racial: contribuições marxianas para a luta antimanicomial.** SER Social, Brasília, v. 19, n. 41, p. 336-354, jul.-dez./2017.

PEPINO, Vitor. Sem limite de idade: uso excessivo de telas piora saúde mental de diferentes gerações. **Universidade Federal de Minas Gerais**, 2023. Disponível em: <https://ufmg.br/comunicacao/noticias/sem-limite-de-idade-uso-excessivo-de-telas-piora-saude-mental-de-diferentes-geracoes#:~:text=Considerando%20apenas%20os%20estudos%20que,a%20pandemia%20de%20covid%2D19> . Acesso em: 14 de set. de 2024.

Quase 80% da população brasileira que depende do SUS se autodeclara negra. **Nações Unidas Brasil**, 2017. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/78576-quase-80-da-popula%C3%A7%C3%A3o-brasileira-que-depende-do-sus-se-autodeclara-negra> . Acesso em:

17 de set. de 2024.

RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. **Cidadania e loucura, Política de saúde mental no Brasil**. Petrópolis: Nozes/ABRASCO, 1987.

RIBEIRO, Darcy. **Falando dos índios**. Org. Darcy Ribeiro, Eric Nepomuceno, Fundação Darcy Ribeiro. Brasília, DF: Editora UnB, 2010.

RIBEIRO, Darcy. **O Povo Brasileiro: A formação e o sentido do Brasil**. São Paulo, SP: Companhia das Letras, 1995.

ROCHA, Roseli. Colóquios SNCT 2018 - "Racismo, saúde e formação profissional". **Fiocruz Youtube**, 05 de out. de 2018. Disponível em: < [https://www.youtube.com/watch?v=Ah5sgJLY9kQ&list=PLQ\\_83\\_IsoGE417JfAXRSXmKybWOQfuxqm&index=3](https://www.youtube.com/watch?v=Ah5sgJLY9kQ&list=PLQ_83_IsoGE417JfAXRSXmKybWOQfuxqm&index=3) >. Acesso em: 11 de jan. de 2024.

ROCHA, Mirtes Andrade Guedes Alcoforado da. **Elaboração de Projetos de Pesquisa**. In CFESS, Conselho Federal de Serviço Social; Unb, Universidade de Brasília. Curso de Pós-Graduação à distância: Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

Salário mínimo em junho deveria ter sido de R\$ 6.578,41, diz Dieese. **UOL**, 2023. Disponível em: <https://economia.uol.com.br/noticias/redacao/2023/07/06/salario-minimo-ideal-junho-dieese.htm?cmpid=copiaecola> . Acesso em: 28 de set. de 2024.

SURJUS, L. T. L. S. Saúde mental infantojuvenil – história, perspectivas e desafios contemporâneos. **Anais do III Congresso Internacional de Saúde Mental**, Irati-PR, 2016.

TOMAZ, Cristiane Silva. **A cidadania do louco: um debate necessário para a compreensão da direção teórico-política da luta antimanicomial**. Dissertação de Mestrado. – Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, 2009.

TOMAZ, Cristiane Silva. **O Serviço Social na saúde mental e o Técnico de Referência: possibilidades de uma atuação crítica?**. Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Serviço Social. Rio de Janeiro, 2018.

TREVISAN, Erika; CASTRO, Sybelle. **Perfil dos Usuários dos Centros de Atenção Psicossocial. Uma revisão integrativa**. Revista Baiana de Saúde Pública, v. 41, n. 4, p. 994-1012. Salvador, BA, 2017.

UNICEF. Impacto da covid-19 na saúde mental de crianças, adolescentes e jovens é significativo, mas somente a 'ponta do iceberg' – UNICEF. **Fundo das Nações Unidas para a Infância**, 4 out. 2021. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/impacto-da-covid-19-na-saude-mental-de-criancas-adolescentes-e-jovens>. Acesso em: 17 fev. 2024.

## **6. ANEXOS**

ANEXO 1 – Antiga Ficha de Acolhimento do CAPS II/OP

**FICHA DE ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL**

Acolhido em: \_\_/\_\_/\_\_

Acolhido por:

Nº do Prontuário:

Nome:

Nome da mãe:

Nome do pai:

DN: \_\_/\_\_/\_\_

Telefone: ( )  
( )

Naturalidade:

Auxílio Brasil:

Nº do cartão do SUS:

Endereço:

Bairro:

Escola:

Série:

Turno:

**MOTIVO DA CONSULTA (Queixa Principal)**

**HISTÓRICO FAMILIAR: Número de componentes na família (Primeiro nome, idade , profissão)**

**GRAVIDEZ/DESENVOLVIMENTO:**

**OBSERVAÇÕES:**

**Encaminhado para:**

---

**Assinatura e Carimbo**

ANEXO 2 – Atualização da Ficha de Acolhimento do CAPS II/OP criada pela estagiária (anteriormente a ser avaliada pela equipe do CAPS II).

**FICHA DE (RE)ACOLHIMENTO PSICOSSOCIAL**

<b>(Re)acolhido em:</b> ___/___/___	<b>(Re)acolhido por:</b>	<b>Nº do Prontuário:</b>
<b>Nome:</b>	<b>Nome Social:</b>	

**V) MODALIDADE DE TRATAMENTO:**

- Intensivo (diariamente e em tempo integral).
- Semi-intensivo (três vezes por semana).
- Não intensivo. Qual a frequência em que a criança ou adolescente comparece ao tratamento no CAPS? \_\_\_\_\_

**VI) SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICO FAMILIAR:**

**6.1. -Preencha o quadro abaixo, sobre a situação socioeconômica da família ou dos responsáveis do(a) usuário(a) - INCLUINDO O USUÁRIO(A).**

Nome	Parentesco	Data de Nascimento	É responsável pelo cuidado do(a) usuário(a)?	Exerce função remunerada?	Profissão	Recebe benefício previdenciário e/ou socioassistencial ou possui Cadastro Único?	Renda mensal - considerar o salário mínimo (SM) do ano vigente	Nível de escolaridade
		___/___/___	Sim. <input type="checkbox"/> Não. <input type="checkbox"/>	Sim. <input type="checkbox"/> Não. <input type="checkbox"/>		( ) Não. ( ) Sim. NIS: _____ ( ) Bolsa família ( ) Auxílio alimentação ( ) Auxílio aluguel ( ) Auxílio subsistência ( ) BPC/LOAS ( ) Aposentadoria ( ) _____ Outra? _____	( ) Sem renda. ( ) Até R\$300. ( ) R\$301 até R\$500. ( ) R\$501 até R\$900. ( ) R\$901 até 1 SM. ( ) 1 até 2 SM. ( ) 2 até 3 SM. ( ) 3 até 4 SM. ( ) Mais de 4 SM.	( ) Analfabeto ( ) Fund. Incompleto ( ) Fund. Completo ( ) Médio Incompleto ( ) Médio Completo ( ) Sup. Incompleto ( ) Sup. Completo
		___/___/___	Sim. <input type="checkbox"/> Não. <input type="checkbox"/>	Sim. <input type="checkbox"/> Não. <input type="checkbox"/>		( ) Não. ( ) Sim. NIS: _____ ( ) Bolsa família ( ) Auxílio alimentação ( ) Auxílio aluguel ( ) Auxílio subsistência ( ) BPC/LOAS ( ) Aposentadoria ( ) _____ Outra? _____	( ) Sem renda. ( ) Até R\$300. ( ) R\$301 até R\$500. ( ) R\$501 até R\$900. ( ) R\$901 até 1 SM. ( ) 1 até 2 SM. ( ) 2 até 3 SM. ( ) 3 até 4 SM. ( ) Mais de 4 SM.	( ) Analfabeto ( ) Fund. Incompleto ( ) Fund. Completo ( ) Médio Incompleto ( ) Médio Completo ( ) Sup. Incompleto ( ) Sup. Completo
		___/___/___	Sim. <input type="checkbox"/> Não. <input type="checkbox"/>	Sim. <input type="checkbox"/> Não. <input type="checkbox"/>		( ) Não. ( ) Sim. NIS: _____ ( ) Bolsa família ( ) Auxílio alimentação ( ) Auxílio aluguel ( ) Auxílio subsistência ( ) BPC/LOAS ( ) Aposentadoria ( ) _____	( ) Sem renda. ( ) Até R\$300. ( ) R\$301 até R\$500. ( ) R\$501 até R\$900.	( ) Analfabeto ( ) Fund. Incompleto ( ) Fund. Completo ( ) Médio Incompleto ( ) Médio Completo

						( ) Outra? _____	( ) R\$901 até 1 SM. ( ) 1 até 2 SM. ( ) 2 até 3 SM. ( ) 3 até 4 SM. ( ) Mais de 4 SM.	( ) Médio Completo ( ) Sup. Incompleto ( ) Sup. Completo
		____/____/____	Sim. ( ) Não. ( )	Sim. ( ) Não. ( )		( ) Não. ( ) Sim. NIS: _____ ( ) Bolsa família ( ) Auxílio alimentação ( ) Auxílio aluguel ( ) Auxílio subsistência ( ) BPC/LOAS ( ) Aposentadoria ( ) Outra? _____	( ) Sem renda. ( ) Até R\$300. ( ) R\$301 até R\$500. ( ) R\$501 até R\$900. ( ) R\$901 até 1 SM. ( ) 1 até 2 SM. ( ) 2 até 3 SM. ( ) 3 até 4 SM. ( ) Mais de 4 SM.	( ) Analfabeto ( ) Fund. Incompleto ( ) Fund. Completo ( ) Médio Incompleto ( ) Médio Completo ( ) Sup. Incompleto ( ) Sup. Completo
		____/____/____	Sim. ( ) Não. ( )	Sim. ( ) Não. ( )		( ) Não. ( ) Sim. NIS: _____ ( ) Bolsa família ( ) Auxílio alimentação ( ) Auxílio aluguel ( ) Auxílio subsistência ( ) BPC/LOAS ( ) Aposentadoria ( ) Outra? _____	( ) Sem renda. ( ) Até R\$300. ( ) R\$301 até R\$500. ( ) R\$501 até R\$900. ( ) R\$901 até 1 SM. ( ) 1 até 2 SM. ( ) 2 até 3 SM. ( ) 3 até 4 SM. ( ) Mais de 4 SM.	( ) Analfabeto ( ) Fund. Incompleto ( ) Fund. Completo ( ) Médio Incompleto ( ) Médio Completo ( ) Sup. Incompleto ( ) Sup. Completo
		____/____/____	Sim. ( ) Não. ( )	Sim. ( ) Não. ( )		( ) Não. ( ) Sim. NIS: _____ ( ) Bolsa família ( ) Auxílio alimentação ( ) Auxílio aluguel ( ) Auxílio subsistência ( ) BPC/LOAS ( ) Outra? _____	( ) Sem renda. ( ) Até R\$300. ( ) R\$301 até R\$500. ( ) R\$501 até R\$900. ( ) R\$901 até 1 SM. ( ) 1 até 2 SM. ( ) 2 até 3 SM. ( ) 3 até 4 SM. ( ) Mais de 4 SM.	( ) Analfabeto ( ) Fund. Incompleto ( ) Fund. Completo ( ) Médio Incompleto ( ) Sup. Incompleto ( ) Sup. Completo

						<input type="checkbox"/> Aposentadoria <input type="checkbox"/> Outra? _____	<input type="checkbox"/> R\$901 até 1 SM. <input type="checkbox"/> 1 até 2 SM. <input type="checkbox"/> 2 até 3 SM. <input type="checkbox"/> 3 até 4 SM. <input type="checkbox"/> Mais de 4 SM.	Incompleto <input type="checkbox"/> Médio Completo <input type="checkbox"/> Sup. Incompleto <input type="checkbox"/> Sup. Completo
--	--	--	--	--	--	--	---	--

Observações:

---



---



---



---



---

**6.2 - Recebe pensão alimentícia?**

( ) Não. ( ) Sim. Valor: R\$ \_\_\_\_\_

**6.3 - Qual o principal meio de transporte que você utiliza?**

( ) A pé/carona ( ) Transporte escolar ( ) Bicicleta ( ) Transporte próprio ( ) Transporte coletivo

6.3.1. Possui o passe livre municipal ou intermunicipal?

( ) Sim. Qual deles? \_\_\_\_\_  
( ) Não. Por quê?

**6.4 - Especificidades sociais, étnicas, culturais da família:**

( ) Família indígena ( ) Família quilombola  
( ) Família ribeirinha/pescadores  
( ) Família assentada ou acampada ( ) Família cigana  
( ) Família de catadores de material reciclável  
( ) Família de agricultores familiares  
( ) Família atingida por empreendimento de infraestrutura (Ex.: barragem, transposição de rio, construção de estrada, etc.)  
( ) Outra:

**6.5 - Os pais são falecidos?**

( ) Não. ( ) Sim. Quem?

**VII) SITUAÇÃO DE MORADIA:**

**7.1 - Há quanto tempo reside neste município?**

**7.2 - Onde e como mora atualmente?**

( ) Em casa ou apartamento, com a família.  
( ) Em casa ou apartamento, sozinho(a).  
( ) Em quarto ou cômodo alugado, sozinho(a)  
( ) Em casa de outros familiares.  
( ) Em habitação coletiva: hotel, hospedaria, quartel, pensionato, etc.  
( ) Outra situação,

**7.3 - Em relação à moradia:**

( ) Própria ( ) Cédida ( ) Alugada ( ) Financiada  
( ) Outra?

**7.4 - Tipo de Construção:**

( ) Alvenaria ( ) Madeira ( ) Mista ( )  
Outra? \_\_\_\_\_  
Nº de cômodos: \_\_\_\_\_

**7.5 - Especifique a forma de abastecimento de água da residência da sua família:**

( ) Rede de distribuição paga (Saneouros)  
( ) Rede de distribuição isenta de pagamento  
( ) Poço, rio ou nascente  
( ) Carro/caminhão pipa  
( ) Outra forma,

**7.6 - No período chuvoso, as ruas próximas de sua residência são alagadas ou as casas são colocadas em risco?**

( ) Não. ( ) Sim. ( ) Não sabe

Observações: \_\_\_\_\_

**7.7 - Em sua residência, como é feita a disposição do esgoto doméstico gerado?**

( ) Rede coletora de esgoto sanitário

( ) Esgoto a céu aberto

( ) Fossa

( ) Não sabe ( ) Outra?

**7.8 - Marque aqui os serviços/políticas disponíveis em sua comunidade ou mais próximos a sua residência (Marque quantos itens forem necessários):**

( ) Educação (Ex.: Creche, escola, faculdade, etc.)  
( ) Saúde (Ex.: posto de saúde, UPA, hospital, CAPS, etc.)

( ) Previdência (Ex.: INSS)

( ) Assistência Social (Ex.: CRAS, CREAS, Abrigo/casa de acolhimento, CadÚnico/Bolsa Família, etc.)

( ) Marque aqui caso não exista nenhum desses serviços/políticas disponíveis com facilidade.

**VIII) ESCOLARIDADE:**

**8.1 - Sobre a situação escolar:**

8.1.1 - Matrícula escolar:

( ) Não está matriculado na escola formal.  
( ) Matriculado na escola formal, com frequência regular.

( ) Matriculado na escola formal, com frequência irregular.

8.1.2 - Natureza da escola, se matriculado:

( ) Escola municipal

( ) Escola estadual

( ) Escola particular

( ) Escola federal (Ex: IFMG, UFOP.)

( ) APAE Ouro Preto

( ) Educação domiciliar

Observações: \_\_\_\_\_

**8.2 - A criança ou adolescente possui alguma necessidade educacional especial - NEE? (Marque quantos itens forem necessários)**

( ) Não foi identificada nenhuma necessidade educacional especial.

( ) Monitor/professor de apoio

( ) Adequação das instalações (Se deficiência física)

( ) Língua Brasileira de Sinais (Libras)

( ) Sala multifuncionais ou salas de apoio à inclusão

( ) Uso de tecnologias adaptadas à inclusão

( ) Outra?

8.2.1 - Se sim, possui essa assistência na escola onde está matriculado?

( ) Sim. ( ) Não. Por quê?

Observações: \_\_\_\_\_

**8.3 - Se adolescente, qual a relação do(a) usuário(a) com a condição de aprendiz e/ou trabalho?**

( ) Aprendiz. Onde?

( ) Contribui com a renda familiar. Como?

**8.4 – Atualmente, faz algum curso fora da escola?**  
( ) Não. ( ) Sim. Qual?

Se pago, qual o valor da mensalidade? R\$

**IX) SITUAÇÃO DE LAZER DO(A) USUÁRIO(A):**

**9.1 - Marque aqui os tipos de atividades de lazer que pratica e/ou tem acesso (Marque quantos itens forem necessários):**

( ) Passa a maior parte do tempo no celular/computador

( ) Futebol ( ) Vôlei ( ) Artes marciais ( ) Handebol

( ) Natação ( ) Basquete ( ) Trampolim ( ) Bicicleta

( ) Balé ( ) Desenho ( ) Pintura ( ) Leitura

( ) Parque ( ) Cinema ( ) Teatro ( ) Museus

( ) Exposições ( ) Festivais ( ) Música

( ) Nenhuma das alternativas citadas.

( ) Outra? \_\_\_\_\_

Observações:

---

---

---

**OUTRAS OBSERVAÇÕES (SE HOUVER):**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Assinatura e carimbo do(a) profissional**





**III) HISTÓRICO FAMILIAR (n° de componentes na família, estado civil, primeiro nome, nível de escolaridade, profissão)**

**IV) SITUAÇÃO DE SAÚDE**

**4.1 - Faz uso de algum medicamento?**

( ) No momento, não. ( ) Sim. Qual?

**4.2 - Na família, há histórico de algum transtorno mental?**

( ) Não. ( ) Não Sabe.  
( ) Sim. Qual?

**4.3 - Em relação à gravidez da mãe:**

**4.4 - Em relação ao parto da mãe:**

**4.5 - Em relação ao desenvolvimento psicomotor da criança ou adolescente (se houver lembranças):**

**V) SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA**

**5.1 - Renda familiar (considerar o salário mínimo do ano vigente):**

( ) Sem renda. ( ) Até R\$486.  
( ) R\$487 até R\$900. ( ) R\$901 até 1 salário mínimo.  
( ) de 1 até 2 salários mínimos. ( ) de 2 até 3 salários mínimos.  
( ) de 3 até 4 salários mínimos. ( ) de 4 até 5 salários mínimos.  
( ) mais de 5 salários mínimos.

**5.2 - Recebe benefício socioassistencial e/ou previdenciário ou possui Cadastro Único (Bolsa família, Auxílio alimentação, Auxílio aluguel, Auxílio subsistência, BPC/LOAS, Aposentadoria, Passe Livre Municipal/Intermunicipal)?**

( ) Não. ( ) Sim.  
Qual deles?

**5.3 - Recebe pensão alimentícia?**

( ) Não. ( ) Sim. Valor: R\$ \_\_\_\_\_

**5.4 - Se adolescente, contribui com a renda familiar?**

( ) Não. ( ) Sim. Como?

**5.5 - Em relação ao meio de transporte que utiliza (a pé, transporte próprio, ônibus...)**

**5.6 - Em relação à moradia:**

( ) Própria ( ) Cedida ( ) Alugada ( ) Financiada ( ) Outra:

**5.7 - Dispositivos que utiliza no território (educação, saúde, previdência, assistência social, lazer – atividades físicas, parques, arte, cinema...):**

**VI) OUTRAS OBSERVAÇÕES:** Alimentação; Especificidades sociais/étnicas/culturais (família atingida por barragem, indígena, quilombola, ribeirinha, cigana, catadora de material reciclável, agricultora familiar); Necessidades educacionais especiais (monitor/professor de apoio, adequação das instalações, libras, salas de apoio à inclusão); Saneamento básico (acesso à água, esgoto, limpeza urbana); Risco habitacional (risco em período de chuvas, moradia em ocupação); Uso de telas; etc.

Encaminhamento para:

---

Assinatura e carimbo do(a) profissional

#### ANEXO 4 - Financiamento Federal para o CAPS IJ - Ouro Preto/MG

MG	314610	Ouro Preto	2112639	OURO PRETO SERVICO DE SAUDE MENTAL DE OURO PRETO	M	CAPS II	617	R\$ 33.086,25
MG	314610	Ouro Preto	2163462	OURO PRETO UNIDADE SAUDE MENTAL CAPS INFANTIL	M	CAPS INFANTO-JUVENIL	620	R\$ 32.130,00
MG	314610	Ouro Preto	6498434	OURO PRETO CAPS AD	M	CAPS AD	619	R\$ 39.780,00

Fonte: PORTARIA GM/MS Nº 3.350, DE 8 DE DEZEMBRO DE 2020.

