

Inserção Escolar, Construção do Diagnóstico e Direitos de Crianças e Adolescentes em Sofrimento Psíquico sob a Ótica de Seus Familiares

School Insert, Construction of the Diagnosis and Rights of Children and Adolescents in Psychic Suffering Under the View of Their Families

Georgia Farah Semeghini

Graduação em Terapia Ocupacional pela Universidade Federal de São Carlos

E-mail: georgia.f.s@hotmail.com

Bruna Lidia Tanõ

Doutora em Educação Especial pela Universidade Federal de São Carlos

Docente do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Espírito Santo

E-mail: BrunaTano@gmail.com

Thelma Simões Matsukura

Doutora em Saúde Mental pela Universidade de São Paulo

Professora da Universidade Federal de São Carlos

E-mail: Thelmamatsukura@gmail.com

Endereço: Georgia Farah Semeghini

Rod. Washington Luis Km 235 São Carlos, Cep: 13565-905. Brasil.

Endereço: Bruna Lidia Tanõ

Av. Marechal Campos 1468, Muruípe Vitória – ES, CEP: 29043-900. Brasil.

Endereço: Thelma Simões Matsukura

Rod. Washington Luis Km 235 São Carlos, Cep: 13565-905. Brasil.

Editor-Chefe: Dr. Tonny Kerley de Alencar Rodrigues

Artigo recebido em 08/12/2017. Última versão recebida em 24/01/2018. Aprovado em 25/01/2018.

Avaliado pelo sistema Triple Review: a) Desk Review pelo Editor-Chefe; e b) Double Blind Review (avaliação cega por dois avaliadores da área).

Revisão: Gramatical, Normativa e de Formatação

RESUMO

Este estudo focaliza famílias de crianças e adolescentes em intenso sofrimento psíquico que estão vinculadas aos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSij). Tem como objetivo identificar como estes percebem/identificam as informações relacionadas ao acompanhamento de seus entes, no que tange, especialmente, à comunicação sobre o diagnóstico, e sobre como percebem/conhecem os seus direitos centrados no acesso à educação e a outros programas e políticas sociais. Participaram do estudo 16 familiares/responsáveis pelas crianças e adolescentes em intenso sofrimento psíquico, usuários de CAPSij. A coleta de dados junto aos familiares foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, e a análise dos dados foi feita por meio da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. Como resultado, identificou-se que os familiares têm dificuldade na compreensão acerca do diagnóstico de seus filhos, e discute-se sobre como esta realidade impacta na construção compartilhada dos projetos de cuidado. Observou-se, ainda, a presença de defasagem de informações em relação aos direitos dos usuários sobre a inserção escolar, o estudo evidenciou que as crianças e adolescentes com intenso sofrimento psíquico enfrentam dificuldades de permanecer estudando.

Palavras-chave: Saúde Mental. Criança. Adolescente. Famílias. Serviços de Saúde Mental. Escola

ABSTRACT

This review focus on families of children and teenagers in intense psychological distress who are vinculated to the Psychosocial Child Care Centers (CAPSij). The aim is to identify how they perceive/identify their formations related to the attendance of the relatives specially in reference of diagnostics communication as well as how they perceive/know their rights centered in the education access and other programs and social policies. Sixteen (16) relatives/responsible have participated for the children and teenagers in intense psychological distress CAPSij users. The data collection together with the relatives was performed by means of semi structured interviews and the data analysis was performed by Collective Subject Discourse method. As a result, it was identified that the relatives have difficulties in the comprehension of their child diagnosis discussing about this reality impact on shared construction of care projects. Also it was observed a gap of information in relation of user rights. About scholar insertion, the study has evidenced that the children and teenagers with intense psychological distress have faced difficulties in keep studying.

Key words: Mental Health. Children. Teenagers. Families. Mental Health Services. School.

1 INTRODUÇÃO

As atuais políticas e programas de saúde mental para crianças e adolescentes, inseridas no Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, encontram-se direcionadas para as situações de transtornos mentais e outras formas de sofrimento psíquico por meio da defesa de um cuidado integral e complexo que considere as múltiplas singularidades dessas experiências. Nesse caminho, observa-se um direcionamento, por parte das normativas ministeriais, para que se produzam variadas intervenções voltadas a esta população nos diferentes níveis de atenção em saúde estabelecidos nos territórios entre estes, a Atenção Básica representada, principalmente, pelas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), bem como pelos serviços de atenção psicossocial estratégicos, nestes casos, os Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenis (CAPSij) (BRASIL, 2011a; 2013).

Com relação à expressividade da importância do delineamento de políticas específicas para crianças e adolescentes com problemas decorrentes de sofrimento psíquico, estudos formulados por órgãos internacionais na década passada (OMS, 2001; 2005) indicam a grande incidência de acometimentos desta ordem e pontuam as implicações em longo prazo que a falta de programas de cuidado em saúde e em âmbito intersetorial podem ocasionar, relacionando-se, inclusive, ônus para a saúde durante a vida adulta e dificuldades de inserção no mercado de trabalho. Segundo informações da OMS (2001), entre 10 a 20% de todas as crianças e adolescentes do mundo necessitam de acompanhamento pontual em saúde mental, e de 3 a 4% da mesma população necessitará de apoio intensivo em saúde mental no decorrer de seu desenvolvimento.

Sobre as proposições de atenção ofertadas pelos CAPSij, ainda que cada serviço conte com a possibilidade de traçar suas próprias estratégias de intervenção, estão planejados no campo da assistência a necessidade de oferecer suporte para crianças e adolescentes em condições agravadas de sofrimento psíquico e ou transtornos mentais, como o autismo, quadros de depressão grave e síndromes ansiosas, surtos psicóticos, esquizofrenia e outros transtornos que comprometem a circulação e participação social, incluindo os danos causados por uso abusivo de substâncias como crack, álcool e outras drogas. Entre as estratégias de cuidado preconizadas, ressalta-se a importância da articulação em rede, na perspectiva da intersetorialidade, incluindo, além de diferentes setores pontos de atenção, a participação ativa da comunidade e da família no planejamento, condução e avaliação das dinâmicas de atenção estabelecidas (BRASIL, 2005, 2011a).

A partir das mudanças paradigmáticas experimentadas por meio do movimento da Reforma Psiquiátrica e da Reabilitação Psicossocial, a família assume papel central tanto no cuidado do sujeito adoecido, como deve ainda ser protagonista nas ações de cuidado a serem construídas coletivamente por todos os envolvidos (BRASIL, 2004a; MELMAN, 2001; VASCONCELOS, 1999). A família e a comunidade assumem, nas perspectivas assinaladas como territórios fundamentais para as trocas sociais e de produção de valores (KINOSHITA, 2001).

Especificamente no caso de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, a garantia de mecanismos de apoio e de cuidado com as famílias assegura um cuidado mais emancipatório e autônomo para todo o núcleo familiar. Assume-se, assim, a importância de que os serviços de saúde mental para este grupo possam compor com familiares e comunidade no sentido da oferta de espaços que estimulem à participação cidadã e a garantia do acesso aos direitos fundamentais, tal como proposto em atuais políticas de saúde na esfera pública (BRASIL, 2013). Todavia, estudos sobre esta temática vêm apontando que os serviços de pontos de atenção da rede de atenção psicossocial ainda encontram dificuldades para a elaboração e sustentação de práticas que tenham como foco a participação, cuidado e engajamento das famílias (DIMENSTEIN *et al.*, 2010; REIS *et al.*, 2016).

Tais diretrizes se colocam, portanto, no sentido de possibilitar a construção e/ou reconstrução de laços sociais, direitos e cidadania para aqueles que estiveram historicamente aliados de tais processos, entre outros na superação da lógica de assistencialismo tradicionalmente ofertada para as crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade no contexto nacional. Nesse sentido, ações que garantam, problematizem o acesso ao pleno cuidado à escolarização e a outros direitos sociais são questões relevantes para o cuidado na perspectiva da atenção psicossocial (BRASIL, 2005; 2011a; 2014).

Em sintonia com estas prerrogativas, na perspectiva de uma atenção eficiente que oportunize a cidadania e o acesso a direitos fundamentais para crianças e adolescentes especificamente os relacionados à educação e escolarização, diferentes estudos e comunicações nacionais e internacionais apontam sobre as dificuldades específicas que crianças e adolescentes em sofrimento psíquico e/ou com transtornos mentais têm enfrentado para a inserção escolar. Destacam-se, substancialmente, as dificuldades e desafios que professores e comunidade escolar têm encontrado para a garantia do direito ao acesso à escola para estes sujeitos (BELTRAME; BOARINI *et al.*, 2013).

Com relação aos processos educativos de crianças e adolescentes que se encontram em sofrimento psíquico intenso, a partir de 2003, o Ministério da Educação (MEC), por meio da

Secretaria de Educação Especial (SEESP), assumiu o compromisso de fomentar e disseminar a política de construção de sistemas educacionais inclusivos, garantindo acesso e permanência de todas as pessoas com necessidades educacionais especiais no sistema regular de ensino (BRASIL, 2004a). A educação inclusiva é uma ação política, cultural e social que visa o direito de todos os alunos de estarem juntos. Ela surge das necessidades evidenciadas no sistema de ensino, a fim de supri-las e dar suporte a todos os alunos (BRASIL, 2008).

Segundo a Constituição de 1988, a educação é um direito de todos, e a Política Nacional de Educação Especial (2008), também preza pela garantia de acessibilidade e aprendizagem do aluno com deficiência. Essas políticas asseguram que as crianças estejam nas escolas, pois a estas não são apenas um espaço para aprendizado, ela também forma cidadãos, faz parte do desenvolvimento psicossocial, e é um dos mais importantes espaços de socialização. *“Sendo as práticas educativas um espaço de convivência de todos, acabam por contribuir de maneira significativa na configuração das identidades dos sujeitos”* (MARTINS; CUNHA; SOSA, 2009, p.8).

Neste caminho, a educação na perspectiva da educação inclusiva, tornando necessária a superação dos paradigmas de “normal” e “anormal”, com a intenção de estabelecer um novo lugar escolar que se afirmar na defesa da diversidade, diminuindo a segregação de alunos e o distanciamento entre família e escola. Entretanto, ainda há uma escassez de políticas públicas e de ações intersetoriais que sustentem essas prerrogativas (SANCHES; OLIVEIRA, 2011).

Verifica-se, portanto, que as ações relacionadas à atenção psicossocial para crianças e adolescentes, especialmente as realizadas pelos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenis acumulam certa responsabilidade pela criação de dispositivos de cuidado, bem como de articulações sociais que possam permitir, de certo modo, a garantia de direitos de crianças e adolescentes. Assim como apontam Couto e Delgado (2015), cabe a estas redes produzirem a abertura para enunciados, campos discursivos e ações que, de fato problematizem os atuais modos de vida e projetem coletivamente perspectivas de futuro mais autônomas para crianças e adolescentes em sofrimento psíquico. Destaca-se, ainda, numa perspectiva mais ampliada em relação ao campo dos direitos das pessoas com sofrimento psíquico, sejam crianças e adolescentes ou não, que este debate, tem sido silenciado durante anos (EMERICH; CAMPOS; PASSOS, 2014), tornando-se definitivamente, e necessário evidenciar tal conjuntura de modo que seja possível pautar novas ações e articular outros atores sociais.

Em composição a estes apontamentos sobre acesso aos direitos fundamentais, a Organização Mundial da Saúde (2014), aponta em seu relatório que a falta de recursos

humanos, o estigma que persegue as crianças nas escolas, a falta de transporte, a escassez de informação pública sobre saúde mental infanto-juvenil, e sobre direitos são barreiras importantes para o tratamento das incapacidades na infância e adolescência.

Assim, este estudo objetivou identificar como os familiares de crianças e adolescentes acompanhados dos Centros de Atenção Psicossocial percebem/identificam as informações relacionadas ao acompanhamento de seus entes, no que tange especialmente a comunicação sobre o diagnóstico, e sobre como percebem/conhecem os seus direitos centrados no acesso à educação e a outros programas e políticas sociais.

2 MÉTODO

Este estudo integra pesquisa mais ampla acerca das práticas de cuidado realizadas pelos CAPSij, realizado junto ao Programa de Pós-Graduação em 2014, com aprovação para execução pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade vinculada, sob parecer 192 282 de fevereiro de 2013, bem como pelas Secretarias Municipais de Saúde relacionadas aos serviços contatados para o encontro com as famílias e, ainda, de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Além destes procedimentos, todos os familiares entrevistados foram previamente informados sobre as condutas relacionadas ao estudo e, na oportunidade, manifestaram concordância com a participação, assinando também o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Participaram desta etapa do estudo, 16 familiares e/ou responsáveis¹ de crianças e adolescentes em intenso sofrimento psíquico acompanhadas em CAPSij. O critério para participação no estudo decorreu da indicação pela equipe do CAPSij, a partir da premissa de que os participantes fossem responsáveis por crianças e/ou adolescentes em intenso sofrimento psíquico em acompanhamento pelo serviço. Pontua-se que este critério para a inclusão das famílias, por algumas vezes, não foi de consenso entre a equipe; a pesquisadora procedeu, então, pela sugestão do maior número de profissionais. Uma vez que a participação também se deu de forma espontânea em relação aos familiares, os convites feitos pela pesquisadora foram em número superior aos aceites. No geral, as famílias que se recusaram participar do estudo, o fizeram por motivo de falta de tempo.

¹ Em virtude da facilitação da leitura, todos os participantes serão nomeados por “familiares” das crianças e adolescentes acompanhados, ainda que, em uma das situações, a responsável pelo acompanhamento da criança era uma educadora social do Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes, ao qual a criança estava vinculada.

Dentre os dezesseis participantes tem-se 12 mães, 1 avó, 1 cuidadora de serviço de acolhimento institucional (antigos abrigos) e 2 pais. Em relação à idade, a faixa etária variou de vinte e sete a sessenta e três anos. Sobre a formação/escolaridade, 9 dos participantes possuíam o Ensino Médio Completo, 2 o Ensino Fundamental Completo, 3 o ensino Fundamental Incompleto, 1 não informou e outra possuía Superior Completo.

Quanto aos serviços, estes estão distribuídos em quatro municípios do Estado de São Paulo; três, localizados na região da Grande São Paulo e um no interior do Estado. À exceção deste último município, os serviços em tela eram os únicos CAPSij de cada localidade. Importa ainda destacar que, embora em sua maioria únicos nesta modalidade, todas as citadas elencadas no estudo possuíam a época da coleta de dados, mais de 500mil habitantes. Esta escolha buscou abarcar as diferenças e similaridades presentes nos serviços que compõem a atual rede de saúde mental do Estado de São Paulo situados em grandes centros urbanos. Adotou-se como base para a seleção dos serviços a listagem de CAPS, fornecida no sítio da Secretaria Estadual de Saúde em acesso, no mês de abril de 2012.

Como instrumento para coleta de dados foi utilizado roteiro de entrevista semiestruturado para os familiares, que abordava sobre o conhecimento dos familiares acerca das práticas de cuidado desenvolvidas nos CAPSij, sobre a trajetória do familiar de chegada aos serviços bem como sobre o percurso escolar de cada criança/adolescente e o referido conhecimento acerca de acesso aos direitos. Este roteiro, anterior à sua aplicação na pesquisa, foi submetido à avaliação por juízes especialistas na área contemplada a fim de que estivesse de acordo com as atuais demandas e apontamentos do campo. As entrevistas foram realizadas no espaço dos CAPSij e no domicílio dos familiares quando solicitado, tiveram duração média de 30 minutos, seu conteúdo foi gravado e posteriormente transcrito.

Os serviços relacionados no estudo também foram caracterizados com o objetivo de fossem caracterizadas as informações gerais destes, para tanto foram elaboradas fichas de identificação dos CAPSij. As fichas tiveram a finalidade de identificar objetivamente as principais informações acerca dos serviços em estudo, como também de caracterizá-los quanto a determinados aspectos como população adscrita, composição técnica, número de unidades de Atenção Básica de Saúde de referência e quantidade de prontuários ativos e modalidades de atenção disponibilizada (grupos, consultas, oficinas, espaços de ambiência, hospitalidade diurna, entre outros).

A análise dos dados das entrevistas foi realizada, utilizando a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). O DSC constitui-se por ser um método de representação social que tem por objetivo identificar e revelar o pensamento da coletividade, permitindo observar o

campo social pesquisado. Nessa modalidade de análise, importam tanto os depoimentos numericamente expressivos, como aqueles que ainda aparecem narrados por poucos participantes, mas que podem indicar pensamentos, sugestões e percepções relevantes para o campo estudado, para a composição de discursos coletivos, narrados em primeira pessoa (LEFÈVRE; LEFÈVRE; MARQUES, 2009; LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2010).

Os DSC's têm como objetivo a publicização de todas as percepções, opiniões e entendimentos presentes em determinada coletividade a respeito de um determinado assunto, incluindo tanto aquelas mais pronunciadas, como as ainda incipientes. Para tanto, efetiva-se na construção de blocos de discursos que trazem em sua composição, excertos de narrativas dos diferentes sujeitos que se identificam com semelhantes opiniões/reflexões almejando, com isso uma "escala coletiva" de enunciação, em que cada DSC composto gerará uma opinião sobre o tema em tela. O objetivo, neste modo de produção de estudos, se direciona para o aprofundamento no pensamento das coletividades, a partir do resgate das diferenças e semelhanças de opiniões entre os sujeitos que compõem os grupos (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2010).

A construção dos blocos de discursos coletivos se efetua a partir de determinados recursos operativos, delimitados pela técnica utilizada. Entre os principais operadores instrumentais da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo têm-se as *Expressões-Chave*, as *Ideias Centrais* e a *Ancoragem*, como componentes dos discursos que darão origem aos DSC. Por *Expressões-Chave (ECH)*, entendem-se pedaços, trechos dos relatos, que sintetizam e explicitam a ideia em tela. Por vezes, em um mesmo relato há mais de uma *ECH*. Essas *ECH* referentes ao mesmo tema, são "recortadas" e inseridas conjuntamente, a fim de formarem o DSC, sendo responsáveis por revelarem "a essência do conteúdo do depoimento ou discurso ou teoria subjacente" (LEFEVRE, 2010, p.74). As *Ideias Centrais (IC)* são as expressões que determinam mais sucintamente uma ideia ou *ECH*, e servem como etiquetas para o discurso a ser construído. Cada uma das *IC* dá origem e intitula um *DSC* (ibid.)

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. Informações recebidas pelos familiares sobre o diagnóstico das crianças e adolescentes

Com o objetivo de identificar sobre a inserção das crianças e adolescentes nos CAPSij, bem como sobre a compreensão dos familiares acerca da admissão e do acompanhamento realizado nos serviços, estes foram questionados quanto ao compartilhamento das informações sobre o diagnóstico e tratamento pela equipe do CAPSij. Os participantes descreveram diferentes formas de terem recebido as informações.

Percebe-se que o modo como o diagnóstico é transmitido para a família ocorre com limitações. Apenas dois DCS apresentaram informações claras sobre o diagnóstico de seus familiares, tal como a seguir:

DSC 1 - Sim, autismo. Ela está aqui desde os 3 anos de idade e recebeu o diagnóstico fechado depois dos 10 anos.

DSC 2 - Ele tem TDAH. Pra gente era esperado, ele apresentava sintomas desde os dois anos. Aí os problemas se intensificaram, ele foi crescendo e os problemas foram crescendo junto.

Em contrapartida, a partir dos DSCs a seguir apresentados, verifica-se que os familiares parecem não entender o que sua criança/adolescente apresenta, ou mesmo não sabem o que é:

DSC 3 - Olha aqui ele tem que eu vi lá F90, F91, que eles marcam no papel. E agora está tendo esse F31.

DSC 4 - Eles não explicam. A psiquiatra que o atendeu, eu perguntei pra ela: “Mas o que o U. tem?” E aí ela falou assim, “Ele tem transtorno disruptivo infantil”. Aí a gente foi procurar na internet, e quase caímos de costas, entendeu?

Os diagnósticos em psiquiatria comumente apresentam como base o Manual Diagnóstico e Estatístico em Saúde Mental (DSM), que se dilatou ao longo de suas 5 edições e hoje, apresenta 300 categorias diagnósticas descritas. Tal situação, não sem motivo, e orientada pela atual tendência à medicalização e patologização das infâncias e adolescências produz um sem fim de categorias nosológicas (SANCHES; AMARANTE, 2014) que outrossim, confundem familiares e podem também dificultar a comunicação mais clara e eficiente entre as pessoas acompanhadas e profissionais de saúde.

Dessa forma, pode-se questionar o fato de que, para que um diagnóstico seja estabelecido, ou mesmo uma comunicação entre a equipe e a família sobre o que aquela criança apresenta, necessita de pouco investimento em recursos/tecnologia para além do encontro clínico, empírico (Pinto, 2011). Assim, é necessário problematizar sobre a dificuldade dos serviços/técnicos em valorizar o encontro clínico, a clareza e a escuta, tecnologias importantes nesta situação. Neste sentido ainda, é importante que se considere, tal

como apontam Santos, Cintra Junior e Faria (2017), as múltiplas singularidades, particularidades e compromissos exigidos na clínica em saúde mental com crianças e adolescentes, estrategicamente manifestados na delicadeza e na constante revisitação das certezas e diagnósticos construídos.

Dos muitos profissionais apontados como mediadores do processo medicalizador da infância, dois se destacam por serem mais procurados devido às suas especialidades: o psiquiatra e neurologista (BRAGHINI, 2016). Estas duas especialidades estavam presentes como médicos dos serviços dos CAPSijs em tela e, mesmo que os pais confiem mais nas especialidades do que nos médicos generalistas (Gomes et al, 2015), isso não traz a segurança de um diagnóstico claro. Logo, nesse caso, o papel da equipe seria o de ter uma abordagem diferenciada, e tratar o assunto de forma mais profunda, proporcionando que a família pudesse compreender de forma mais concreta aquilo que as crianças e adolescentes apresentam, facilitando, inclusive, a contratualização mais ética (LIMA; et al., 2014) de um projeto de cuidado articulado e relacionado aos interesses e necessidades de todo grupo familiar. Sob este aspecto, um discurso que chama a atenção, é o DSC 4, em que os familiares precisaram procurar na internet o significado do diagnóstico atribuído ao filho, relatando o susto gerado.

Considerando as atribuições e a gestão do cuidado em um CAPSijs, o dispositivo Grupo de Familiares, é um dos recursos de ampliação da atenção que vai ao encontro com o cotidiano, por ter como centralidade a socialização, e é potente no sentido de que poderia favorecer o entendimento destes, quando do recebimento de um diagnóstico. Estudo feito em um CAPS por Santin e Klafke (2011), aponta como o grupo de familiares é um espaço para que estes tirem dúvidas sobre o tratamento e manejo com o usuário, assim como um local para que o cuidador possa desabafar suas angústias e se colocar também como pessoa, não só como cuidador.

Ainda que todos os CAPSijs do estudo tenham relatado desenvolver atividades direcionadas para os familiares, principalmente centradas nas abordagens grupais, fica o desafio destacado em transformar estes espaços em potenciais encontros centrados na oferta de informações, na construção de espaços de escuta e de articulação do cuidado, bem como na garantia da contratualização ética da atenção, por meio de uma negociação mais horizontalizada tanto das informações transmitidas, como da planificação do projeto terapêutico (LIMA *et al.*, 2014).

Com relação a esta temática, Pontes (2009), afirma que nos grupos é comum que as discussões se centralizem em torno dos sintomas e, por isso, é importante que o profissional que coordena o grupo fique atento às possibilidades e ao conjunto de recursos que a família

apresenta, e como cada um se aproxima dos seus problemas. Sendo assim, o grupo de familiares poderia ofertar outras formas de encontro com as classificações diagnósticas por meio do compartilhamento dos entendimentos e experiências conjuntamente, no que se verificaria como uma mudança nos rumos das atuais formas de comunicação entre profissionais de saúde e familiares, em especial na saúde mental, o que certamente exige um manejo adequado e continente por parte da equipe técnica.

Mesmo que os diagnósticos em saúde mental para crianças e adolescentes devam ser considerados com cautela, é importante que se criem condições nos serviços e na rotina de atendimentos, para que os familiares possam compreender e até mesmo, nomear aquilo que seus filhos apresentam como forma de poderem, entre outras situações, organizar suas expectativas, rotinas e angústias.

Assim como aponta Taño (2014) o momento de discussão acerca do compartilhamento de informações sobre diagnóstico entre equipe e familiares, mesmo que este seja um momento de possível tensão, deve ser construído e receber atenção. Esses momentos são capazes de favorecer que a família se sinta participante e atuante na construção do cuidado com seus entes e que possam ter mais chances de lidar melhor com as situações que a vida trará para o relacionamento.

3.2. Sobre os direitos das crianças, adolescentes e suas famílias

Os familiares foram questionados quanto ao conhecimento sobre os direitos de seus entes em acompanhamento no CAPSij. Os resultados permitiram identificar que as pessoas acessam alguns de seus direitos básicos, como transporte, medicação e outros serviços. Parte expressiva dos participantes refere que recebeu orientações ou tomou conhecimento sobre determinado direito por intermédio de conhecidos e colegas que não somente os profissionais dos serviços que os acompanham, porém, não os reconhecem enquanto direitos, pois muitas vezes, quando questionados sobre, diziam que não conheciam e não obtinham, ainda que referissem receber medicamento, transporte, e alguns outros dispositivos de direitos.

Em composição a este tema, os participantes foram questionados ainda sobre se foram ou não orientados e buscarem por seus direitos, uma vez que muitos familiares afirmaram ter conhecimento de seus direitos por intermédio de outras pessoas:

DSC 1 - Eu acho que sim. Direito a educação, medicação, escola. O U. tem o vale transporte, medicamento graças a Deus eles também dão.

DSC 2 - Então, são muito poucos que eu sei...até gostaria de saber mais... eu sei poucos, muitos eu não sei, só sei assim alguns direitos que eu corri atrás, como a cartpineirinha de ônibus os remédios também. Pouca coisa a gente vai aprendendo com os problemas. Por exemplo, um dia U. deu um tapa em um menino da mesma idade dele, e a mãe do menino chamou a polícia. Ai eu fiquei sabendo que meu filho não podia ser processado porque até os nove anos ele é inimputável, e a F. até me deu um livrinho do ECA para que eu visse os direitos dele.

Sobre as orientações, podemos perceber que muitos familiares não foram orientados pela equipe do CAPSij e sim entraram em contato com seus direitos através de usuários dos CAPSij, o que se faz um problema evidencia uma escassez nas informações passadas dentro dos serviços, considerando que, sobremaneira, tais equipamentos de saúde reúnem tecnologias e estratégias que devem, a partir de uma organização em rede, favorecer o acesso aos direitos sociais, especialmente, os que garantam autonomia e mais participação social (BRASIL, 2014; TAÑO, 2015). Todavia, a narrativa expressa no DSC seguinte indica que em alguns serviços as informações e orientações têm sido transmitidas, mesmo que mais singelamente.

DSC 4 - As pessoas que são atendidas aqui dentro, e alguns profissionais também, me orientaram sobre esses direitos. Fiquei sabendo sobre a carteirinha através do pessoal daqui e a F. que é a profissional daqui me deu um papel pra eu levar para conseguir a passagem.

Importantes normativas e legislações como o Estatuto da Criança e Adolescente (BRASIL, 2005), a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (BRASIL, 2008), a Constituição de 1988 (BRASIL, 2012), a Linha de Cuidados para a atenção às pessoas com TEA e suas famílias da rede de atenção psicossocial do SUS (BRASIL, 2013), entre outros, têm, no campo das políticas sociais brasileiras, buscado assegurar direitos de crianças e adolescentes, especialmente das crianças e adolescentes com deficiências e com transtornos mentais que, para além de partirem de uma população já tardiamente incluída nas políticas públicas, fazem parte também de uma população marginalizada em relação à sociedade atual. Por serem crianças e adolescentes, por si só, têm que lidar com o fato de não terem voz em muitos locais dos quais participam. Quando falamos então de adolescentes em intenso sofrimento psíquico, sua voz é reduzida ainda mais.

A Constituição de 1988 preconiza em seu artigo 196, seção 3, que a saúde é um direito de todos e dever do estado (BRASIL, 2012). Nos presentes resultados, aparentemente, a maioria dos familiares se mostra satisfeito em relação ao atendimento recebido pelos CAPSij.

Outro ponto relevante a ser discutido, é a escassez de informação que os usuários recebem estando dentro dos CAPSij. Uma vez vinculados a este serviço, poderiam contar com ele para o acesso a informações, porém observou-se nesta pesquisa que a pouca informação que os usuários recebem, nem sempre tem origens na equipe ou nos gestores dos serviços.

Emerich, Campos e Passos (2014), em pesquisa com o objetivo de analisar a perspectiva de usuários e gestores de CAPS acerca dos direitos dos usuários, revelam que há pouco diálogo entre as leis, o conhecimento dela e as percepções do que seriam os direitos dos usuários por parte dos gestores. Para além disso, nos mostra que os usuários reconhecem como seus direitos básicos: a recusa ao tratamento, o acesso à informação e o passe gratuito de ônibus. Entretanto, mesmo sabendo sobre seus direitos em relação ao acesso a informação, criticam a indisponibilidade de gestores e profissionais dos CAPS de conversarem sobre esse assunto com eles.

Estes autores apontam ainda, que se pode desprezar a informação como condição básica para o exercício de direitos, e que, portanto, não basta apenas informar. Assim,

“O sujeito de direitos é aquele que tem a experiência de seus direitos encarnada e é reconhecido pelo outro como tal. (...) É necessário que ele seja legitimado como um sujeito de direitos, cuja decisão deve ser considerada pelos profissionais de saúde e comunidades” (EMERICH; CAMPOS; PASSOS, 2014, p. 690).

Portanto, além de permitir o acesso às informações, é dever do profissional também, explicar o que deve ser feito com eles, rompendo, portanto, com a histórica institucionalização do sofrimento psíquico e com a fragilidade de acesso aos direitos civis, sociais e humanos acompanhados (BRASIL, 2005; 2014; EMERICH; CAMPOS; PASSOS, 2014).

3.3. Inserção das crianças e adolescentes nas escolas

Outro tópico de investigação deste estudo, buscou identificar sobre a inserção escolar das crianças e adolescentes acompanhadas nos CAPSij. Ainda que se trate de outro direito a ser garantido a todas as pessoas, pela Constituição Federal de 1988, dada a relevância da temática, optou-se por apresentar estes resultados em separado dos resultados anteriores.

A escola é um local potente para que crianças e adolescentes possam se desenvolver e partilhar o mundo. Neste estudo, do total de 16 crianças e adolescentes retratadas à época da coleta de dados, 3 estavam fora da escola, .3 frequentavam apenas escolas especiais, e outras 10 estavam inseridas em escolas regulares, sendo uma destas inserida no contraturno também em escola especial.

Os resultados permitiram identificar que a medicação figura como questão bastante relacionada ao tema da possibilidade de permanência na escola, sendo entendida tanto como

um fator que pode apoiar ou ainda atrapalhar a experiência de escolarização. Os DSC's apresentados a seguir indicam estas afirmações:

DSC 1 - Antes da doença ela sempre foi ótima aluna, comportada, os cadernos dela eram muito caprichados. Ai depois do problema ela ficou bem prejudicada. Como o tipo da esquizofrenia dela é resistente, ela troca muito de medicamento, então ela ouvia muitas vozes e por conta disso não conseguia ficar na sala de aula. O remédio está dando muito sono e agora ela reclama que dorme todo dia na sala de aula. Ou então ela faz coisas erradas, fica agressiva, não se dá bem com as crianças, começa a esconder a borracha e não para quieta na sala de aula.

Por outro lado, outros participantes citaram a medicalização de forma positiva:

DSC 2 - Ai eu percebi que ele estava mal na escola, falei com a doutora daqui do CAPSij, então ela deu um remédio pra tomar de manhã e outro pra tomar a noite, e agora ele está bem melhor.

Segundo estudo desenvolvido por Beltrame e Boarini (2013) o medicamento vem sendo uma das alternativas para que se minimizem a agressividade e agitação das crianças, com a crença de que isso seja aliado do ensino e aprendizagem.

Com a dilatação do DSM V (CRUZ; *et al*, 2016), a busca pela normalização e normatização da vida e, conseqüentemente, eliminação dos estigmas, vem crescendo cada dia mais, tomando proporções assustadoras. Neste sentido, tal como apontam Collares e Moyses (2013), tudo aquilo que se constitui em diferença, ganha socialmente o rótulo de transtorno.

O saber a respeito do aprendizado da criança vem sendo rapidamente medicalizado destacando-se o fracasso escolar como parte do processo de medicalização; assim,

A aprendizagem e a não-aprendizagem sempre são relatadas como algo individual, inerente ao aluno, um elemento meio mágico, ao qual o professor não tem acesso - portanto, também não tem responsabilidade" (COLLARES; MOYSES, s/d).

Os resultados deste estudo revelam a possibilidade de que existem dois lados em relação às drogas medicamentosas, elas podem melhorar ou atrapalhar, conforme registrado na primeira fala citada acima, a aluna fica tão calma que chega a dormir durante a aula.

Por meio dos relatos expostos a seguir, evidencia-se também que a inserção escolar não foi, ou ainda é uma trajetória facilmente percorrida para nenhum dos entrevistados. A exclusão é fortemente marcada e, na maior parte das vezes, é realizada pelos educadores e pelas instituições escolares, comprovados através da narrativa:

DSC 3 - Aproveitaram o tamanho dele nessa escola nova, porque ele era muito pequenininho né, só aumentava a idade, o tamanho e a série não. Então ele ficou 3 anos no primeiro ano, um no segundo ano, um do terceiro e um ano no quarto ano.

Neste sentido, outros relatos ainda somam às afirmações realizadas:

DSC 4 - A escola começou a reclamar da agitação de U. Os remédios estavam dando birutice, por exemplo, ele tinha brincadeira de borboleta, daí tinha hora que o U. saia da classe e ficava imitando a brincadeira de borboleta lá fora sozinho. Então a escola conversou comigo e falou que por conta da agitação ele não estava aprendendo e estava atrapalhando os outros alunos. Então ele parou de frequentar a classe e por 2 meses ficou fazendo aula sozinho. A escola disse que se ele melhorasse ele voltava pra escola, senão, teríamos que batalhar por uma escola especial. Eu me senti “meio assim”. Então ele ficava nessa sala, mas se ele desse trabalho ela me ligava. No começo, ele ficava três horas, depois foi diminuindo, meia hora, 20 minutos, até que ele chegou a ficar 10 minutos só e ela já me ligava. Ai eu vi que não dava, e tirei ele da escola.

DSC 5 - Ele estudou até a sexta série, mas ai começou a ficar agressiva e a professora não quis mais ela. Agora faz mais de 4 anos que ele não está mais. Nós demos entrada na APAE, mas ela foi rejeitada, não a aceitaram lá devido ao problema dela.

Mesmo que a exclusão seja realizada por educadores e técnicos, a decisão da retirada escolar cabe à família, que sofre agora a exclusão disfarçada de inclusão. A culpa por ser diferente ou ter um filho diferente se transforma em culpa genética (COLLARES; MOYSES, 2013), e tão logo, impossível de ser superada pelos atores envolvidos.

A Política Nacional de Educação Inclusiva propõe a igualdade do direito de todos os alunos estarem juntos, aprendendo e participando sem nenhum tipo de discriminação (Brasil, 2008). Infelizmente, não é o que os relatos deste estudo revelam, onde a evasão dos alunos é marcada pela falta de experiência dos professores em lidarem com questões relacionadas à saúde mental. De modo geral e com relação às orientações das normativas é relevante destacar que, ainda que advoguem sobre a inclusão universal, crianças e adolescentes em sofrimento psíquico não são contemplados nas ações de sustentação da permanência, como os recursos Atendimento Educacional Especializado, descritos pela mesma legislação que trata sobre a educação especial na perspectiva da educação inclusiva, e define como público-alvo desta as pessoas com deficiências físicas e sensoriais, com altas habilidades/superdotação e /ou com transtornos globais do desenvolvimento (BRASIL, 2011b).

A Constituição de 1988, artigo 205 da seção 1, preconiza que a educação é um direito de todos e dever do Estado. No seu artigo 206, ainda na seção 1, estabelece “igualdade de condições de acesso e permanência na escola” (Brasil, 2012). Esse é um ponto delicado na atual consolidação das ações de educação tal como propõe a política brasileira. Isso porque, nos resultados aqui apresentados, algumas crianças se encontram fora da escola e muitos familiares clamam por escolas especiais ou atendimento educacional especializado, assim como auxiliares para seus filhos dentro das salas de aula. Esses temas são abordados e garantidas pela Política Nacional de Educação Especial (BRASIL, 2008), que não se fazem

valer, talvez pela desorientação e desinformação das famílias, que, não sabendo de seus direitos, não podem lutar por eles.

Em pesquisa realizada por Soares e colaboradores (2014), feita com 31 professores do ensino fundamental e médio de uma escola estadual do município de São Paulo, os educadores afirmaram que pouco sabem sobre o assunto da saúde mental e também que materiais informativos os ajudam, pois necessitam ter uma bagagem conceitual. Esse desconhecimento faz com que acabem por excluir, ainda que sutilmente, os alunos da sala de aula. No presente estudo, observa-se tal situação nos DSC's 4 e 5 apresentados acima.

Cabe destacar que a atual política nacional de educação especial (BRASIL, 2008), prevê que as crianças e adolescentes com necessidades educacionais especiais devem ser acompanhadas em escola regular, com oferta de atendimento educacional especializado quando necessário. Desta forma, não são mais preconizadas em esfera pública, escolas especiais separadas. Todavia, tal política não abarca parte da população que frequenta os CAPSij. Essa situação pode, em grande medida, contribuir para a estigmatização das crianças e adolescentes em sofrimento psíquico e produzir situações no ambiente escolar que, de forma profunda, contribuam para sua evasão.

O pedido recorrente para a inserção em escola especial, revela, portanto, a dificuldade com que as crianças e adolescentes em grave sofrimento psíquico têm em se manter inseridas e respeitadas nos espaços regulares de educação. Situação esta, que tem raízes profundas nas formas de cuidado e de aprendizagem segregadoras que foram produzidas no país.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente artigo teve como objetivo identificar a percepção e opinião de familiares de crianças e adolescentes inseridos em CAPSij acerca da garantia e acesso aos direitos, especialmente os centrados na inserção escolar, bem como sobre o conhecimento e compartilhamento das informações relacionadas ao acompanhamento de seus entes nestes serviços.

Os resultados evidenciaram que parte dos familiares desconhece o diagnóstico de seus filhos ou, ainda, que mantém relevantes dúvidas quanto a estes. Defende-se neste trabalho, que o acesso à horizontalidade na comunicação entre trabalhadores de saúde e pessoas acompanhadas reside, também, na construção compartilhada sobre diagnósticos, suas problematizações e entendimentos. Nesse sentido, entende-se que, de certa forma, este

desconhecimento pode resultar em dificuldade de circulação e permanência em outras políticas sociais como a de educação.

Quando questionados sobre o tema da escolarização, muitos resultados apontaram para as dificuldades, não necessariamente destacadas no momento da entrada das crianças nas escolas, outrossim, para a manutenção desta permanência. Ainda que o relatado aponte para a importância dos CAPSij nessa mediação, segue o enorme desafio para a construção de políticas e ações que, de fato, contemplem as crianças e adolescentes em sofrimento psíquico como público-alvo de programas que facilitem o acompanhamento e pertença escolar.

Sobre outros direitos das crianças, jovens e suas famílias, percebe-se que essas informações não chegam até a família, que não se reconhecem como sujeitos de direitos, ficando, então, dificultada a busca por aquilo que ainda não conhecem. Aponta-se que esta dimensão, relativa ao empoderamento e organização dos familiares, na perspectiva do reconhecimento de sujeitos de direitos, deve estar presente nas ações de cuidado e intervenção junto a esta população a serem oportunizadas pelos CAPSij, mas não somente, outrossim por toda a Rede Intersetorial engajada na promoção de cidadania e de qualidade de vida de crianças, adolescentes, suas famílias e comunidades.

Retoma-se ainda, que as barreiras apontadas por relatórios internacionais estiveram apresentadas neste estudo, e podem indicar, desta forma, a relevância da temática e da construção de ferramentas e dispositivos sociais que oportunizem acesso a direitos e garantia do exercício da cidadania.

Por fim, aponta-se a importância de que outros estudos enfoquem sobre como os serviços que devem garantir os direitos dessa população têm trabalhado e percebido as demandas e necessidades de famílias com crianças e adolescentes em intenso sofrimento psíquico, especialmente aqueles centrados na discussão acerca da escolarização e inserção educacional de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico no ensino regular.

REFERÊNCIAS

BELTRAME, M. M; BOARINI, M. L. Saúde Mental e Infância: Reflexões Sobre a Demanda Escolar de um Capsi. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v.33, n.2, p. 336-349, 2013.

BRAGHINI, S. **Medicalização da Infância**: Uma análise bibliográfica. 2016. Dissertação (Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde) Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

BRASIL. Ministério da Educação. **Educação inclusiva**: v.1: A fundamentação filosófica. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Especial, 2004a.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 35^a ed, 2012.

_____. **Decreto 3088 de 23 de dezembro de 2011 (republicada)**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. Governo Federal. Brasília, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. **Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva**. Brasília, 2008.

_____. Presidência da República. Casa Civil. **Decreto 7611 de 17 de novembro de 2011**. Dispõe sobre a educação especial, o atendimento educacional especializado e dá outras providências. Brasília, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental: Cadernos de Atenção Básica**, nº 4. Brasília: Ministério da Saúde: 2013b.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes no SUS: tecendo a rede para garantir direitos**. Brasília: Ministério da Saúde e Conselho Nacional do Ministério Público: 2014.

COLLARES, C. A. L.; MOYSES, M. A. A. **A transformação do espaço pedagógico em espaço clínico** (A patologização da educação). Série Ideias, São Paulo: FDE, v.23, p. 25-31 s/d.

COLLARES, C. A. L.; MOYSES, M. A. A.; RIBEIRO, M. C. F. Apresentação. In.: _____. (org.) **Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos**. Campinas: Mercado de Letras, 2013, p. 15-20.

DIMENSTEIN, Magda *et al.* Estratégia da Atenção Psicossocial e participação da família no cuidado em saúde mental. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1209-1226, 2010.

EMERICH, B. F; CAMPOS, R. O; PASSOS, E. Direitos na loucura: o que dizem usuários e gestores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). **Comunicação Saúde Educação**, v.18, n.51, p. 685-696, 2014.

GOMES, F. M. A. *et al.* Saúde Mental infanto-juvenil na Atenção Primária à Saúde: discurso de profissionais médicos. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.24, n.1, p. 244-258, 2015.

GUARIDO, R. A Medicalização do Sofrimento Psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.33, n.1, p. 151-161, jan./abr. 2007.

KINOSHITA, R.T. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In.; PITTA, A. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2001, p. 55-59.

LIMA, C. A. *et al.* Relação profissional-usuário de saúde da família: perspectiva da bioética contratualista. **Revista Bioética**, Brasília, v.22, n.1, p. 152-160, 2014.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A.M.C.; MARQUES, M. C. C. Discurso do sujeito coletivo, complexidade e auto-organização. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p. 1193-1204, 2009.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **Pesquisa de Representação Social: um enfoque Qualiquantitativo, a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo**. Brasília: Liber Livro, 2010.

MARTINS, E. B.; CUNHA, J. L.; SOSA, D. A. C. **A educação como aporte de socialização e constituição da cidadania: Compreendendo as relações de poder como subsídio teórico na configuração dos processos educativos**. Publicatio UEPG. Ciências Humanas, Linguística, Letras e Artes. Ponta Grossa, p. 167-175, 2009.

MELMANN, J. **Família e Doença Mental** – repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. Escrituras: São Paulo, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde. **Relatório sobre a saúde no mundo: saúde mental** – Nova concepção, nova esperança. Suíça: World Health Report, 2001.

PINTO, D. M. *et al.* Projeto Terapêutico Singular na Produção do Cuidado Integral: Uma Construção Coletiva. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.20, n.3, p.493-302, jul./set. 2011.

PONTES, M. N. Famílias e psicoses. In: OSÓRIO, L. C.; VALLE, M. E. **Manual de terapia familiar**. Porto Alegre: Artmed, p. 343-349, 2009.

_____. **Atlas - Child and Adolescent Mental Health Resources: global concerns, implications of future**. 2005.

REIS, T. L. *et al.* Sobrecarga e participação de familiares no cuidado de usuários de Centros de Atenção Psicossocial. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 70-85, 2016.

SANCHES, V. N. L; AMARANTE, P. D. C. Estudo sobre o processo de medicalização de crianças no campo da saúde mental. **Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, v.38, n.102, p.506-514, 2014.

SANCHES, A. C. G; OLIVEIRA, M. A. F. Educação Inclusiva e Alunos com Transtorno Mental: Um Desafio Interdisciplinar. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.27 n.4, p. 411-418, out./dez. 2011.

SANTIN, G.; KLAFKE, T. E. A Família e o Cuidado em Saúde Mental. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 34, p.146-160, 2011.

SANTOS, K. R; CINTRA JUNIOR, D. F; FARIAS, R. R. S. Saúde mental na infância: os seus riscos e desafios na contemporaneidade. **Revista FSA**, Teresina, v. 14, n.6, p. 204-229, 2017.

SOARES, A. G. S. *et al.* Percepção de professores de escola pública sobre saúde mental. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n.6, p.940-948, 2014.

SOUZA, C. Z. Avanço à ação intersetorial: produção de saúde mental na escola. IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 27 de junho a 01 de julho de 2010, Brasília. **Textos de Apoio**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010.

TAÑO, B. L. **Os Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenis (CAPSi) e as Práticas de Cuidado para as Crianças e Adolescentes em Intenso Sofrimento Psíquico**. São Carlos, 2014. (Mestrado em Terapia Ocupacional) – Universidade Federal de São Carlos, Departamento de Terapia Ocupacional.

TAÑO, B. L.; MATSUKURA, T. S. Saúde Mental infanto-juvenil e Desafios do Campo: reflexões a partir de um percurso histórico. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 23, n. 2, p. 439-447, 2015.

Como Referenciar este Artigo, conforme ABNT:

SEMEGHINI, G. F; TANÕ, B. L; MATSUKURA, T. S. Inserção Escolar, Construção do Diagnóstico e Direitos de Crianças e Adolescentes em Sofrimento Psíquico sob a Ótica de Seus Familiares. **Rev. FSA**, Teresina, v. 15, n. 2, art. 9, p. 156-175, mar./abr. 2018.

Contribuição dos Autores	G. F. Semeghini	B. L. Tanõ	T. S. Matsukura
1) concepção e planejamento.	X	X	X
2) análise e interpretação dos dados.	X	X	
3) elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo.	X	X	X
4) participação na aprovação da versão final do manuscrito.	X	X	X