



**PONTIFÍCA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS**  
**PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA**  
**COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU***  
**MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE**



**MESTRADO EM CIÊNCIAS  
AMBIENTAIS E SAÚDE**

**CONDIÇÕES AMBIENTAIS, FAMILIARES E SOCIAIS DE CRIANÇAS  
ATENDIDAS NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL  
INFANTIL DE UMA CAPITAL DO CENTRO-OESTE**

**LÍLLIAN LÚCIA ALVES**

**Goiânia-Goiás**

**Março de 2012**



**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS**  
**PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA**  
**COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU***  
**MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE**



**MESTRADO EM CIÊNCIAS  
AMBIENTAIS E SAÚDE**

**CONDIÇÕES AMBIENTAIS, FAMILIARES E SOCIAIS DE CRIANÇAS  
ATENDIDAS NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTIL DE UMA  
CAPITAL DO CENTRO-OESTE**

**LÍLLIAN LÚCIA ALVES**

**Orientador: Dr. Luc Vandenberghe**

**Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais e Saúde, da Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Ambientais e Saúde.**

**Goiânia**

**Março de 2012**



PUC GOIÁS

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS

PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA

COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*

MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE



MESTRADO EM CIÊNCIAS  
AMBIENTAIS E SAÚDE

Defesa da dissertação de Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde, mestranda Líllian Lúcia Alves, orientador Prof. Dr. Luc Vandenberghe, título: **Condições ambientais, familiares e sociais de crianças atendidas no Centro de Atenção Psicossocial Infantil de uma capital do Centro-Oeste.** Apresentação em 12 de Março de 2012, considerada \_\_\_\_\_ pela banca examinadora:

1) \_\_\_\_\_

Dr. Luc Vandenberghe – PUC/GO (presidente)

2) \_\_\_\_\_

Dr. Aristides Moysés – PUC/GO (membro convidado)

3) \_\_\_\_\_

Dra. Renata Fabiana Pegoraro – UNIP/GO (membro convidado)

4) \_\_\_\_\_

Dra. Fabiana Pavan Viana – PUC/GO (membro convidado - suplente)

## **DEDICATÓRIA**

Aos meus pais por tudo o que são e por tudo o que me ensinam.

Ao meu esposo pelo apoio e compreensão.

A todos aqueles que de alguma forma contribuíram trabalho.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço às pessoas, cujas colaborações auxiliaram na consecução e consolidação deste estudo:

Ao meu supremo criador, pela minha vida e todas as oportunidades vivenciadas.

A minha querida família, especialmente, aos meus pais pelo apoio moral e financeiro, pela paciência e compreensão, até mesmo nos dias em que foram privados de minha companhia e disponibilidade.

Ao meu esposo, com especial carinho, ela sua imensa paciência, compreensão e companheirismo de sempre.

Ao professor Dr. Luc Vandenberghe pelo seu conhecimento e admirável humildade na condução deste trabalho.

Aos profissionais do CAPSI, às famílias e às escolas que se demonstraram disponíveis para participar deste estudo, e que facilitaram a realização do mesmo.

Aos professores Aristίδes Moysés e Fabiana Pavan pelas significativas contribuições na etapa da qualificação.

Aos professores do mestrado pelas discussões instigantes, significantes e agradáveis, além do despertar para novas reflexões.

Aos colegas do mestrado, em especial à amiga Maria Socorro, pela amizade e convivência divertida.

À amiga Jackeline Patrícia pela amizade e pelo trabalho laborioso de revisão deste estudo.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para a exploração e o desenvolvimento da temática em estudo e para a consolidação deste trabalho.

O maior valor não é aquilo que sei.  
Tampouco o que faço, nem o que tenho.  
Nem mesmo o que sou.  
É o que sou capaz de compartilhar.  
Cada relação nos faz ser algo  
que nunca teríamos sido sem ela.

*Eva Bach e Per Darder<sup>1</sup>*

---

<sup>1</sup> Livro: Aprendendo com crianças hiperativas

## RESUMO

Foi realizado um estudo qualitativo com o objetivo de entender as condições ambientais, familiares e sociais das crianças atendidas no Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSI) de uma capital do Centro-Oeste. Participaram do estudo 12 profissionais de saúde do CAPSI, 11 cuidadoras e 12 crianças, sendo que duas crianças são referentes à mesma cuidadora. Para coleta de dados foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, que foram gravadas e transcritas para efeito de análise. Também foram realizadas visitas no domicílio e na escola da criança, para confecção de notas de campo. A abordagem para análise dos dados foi a *Grounded Theory* ou Teoria Fundamentada nos Dados. Consiste em um método indutivo e sistemático de análise que produz um modelo teórico com o objetivo de explicar uma realidade vivenciada. A teoria emergente dos dados sugere que os microsistemas e os mesosistemas dos quais as crianças participam, revelam interferências negativas e positivas para o desenvolvimento das mesmas. Nesse cenário, foram construídas seguintes categorias a saber: fatores psicossociais, fatores financeiros e fatores ambientais relacionados aos desafios do desenvolvimento infantil e os mesmos fatores, porém relacionados aos recursos do desenvolvimento infantil. Subcategorias sobre os desafios foram: a dinâmica familiar desorganizada, as limitações sociais, a baixa renda da família e o ambiente escolar despreparado para receber a criança. Subcategorias sobre os recursos foram: a supervisão contínua de uma cuidadora na vida da criança, a presença do brincar e dos amigos no cotidiano da criança, o contexto sócio-político benigno junto ao comprometimento dos profissionais e o ambiente organizado do CAPSI. O modelo pode ajudar profissionais e gestores a situar e acolher melhor as necessidades das crianças assistidas e ampliar as ações no setor da saúde e da educação, objetivando ações que favoreçam a ampliação dos fatores de proteção e de promoção de resiliência em crianças provindas de famílias economicamente desfavorecidas.

**Palavras-chave:** Cuidados à saúde mental; Famílias desfavorecidas; Desenvolvimento infantil.

## ABSTRACT

This is a qualitative study that sought to understand the environmental, family and social environment of children who are in treatment in a Center for Psychosocial Attention (CAPSI) in a state capital of the Brazilian Central-East. Participants were 12 health professionals from the CAPSI involved, 11 caretakers and 12 children, with two of the children being under the responsibility of one of the caretakers. The data were collected through semi-structured interviews, which were recorded and transcribed verbatim for analysis. The children's homes and schools were visited and field notes were written. A Grounded Theory analysis of the data was made. This is an inductive and systematic way to produce a theoretical model that explains an experienced reality. The data show that microsystems and mesosystems in which the children take part, interfere both negatively and positively in their development. Six categories were constructed. They were identified as psychosocial, financial and environmental challenges to child development and psychosocial, financial and environmental resources for child development. Subcategories representing challenges to children's development include: disorganized family dynamics, social limitations, low family income and unqualified school environment. Resources include: continuous caretaker supervision in the child's life, a place for play and friendships in the child's daily life, a benign social-political context, commitment by the professionals and the CAPSI's well organized environment. The model can help both professionals and health or education managers broaden their understanding of the children's needs and promote resilience in children of social-economically disfavored families.

**Key-words:** Mental health care; Disfavored families; Child development.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1:</b> Teoria ecológica do desenvolvimento .....	24
--	----

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1:</b> Identificação das crianças e cuidadores .....	34
<b>Quadro 2:</b> Identificação dos profissionais.....	36
<b>Quadro 3:</b> A percepção da realidade das crianças de acordo com os entrevistados .....	42
<b>Quadro 4:</b> Discurso dos sujeitos acerca dos desafios psicossociais ao desenvolvimento infantil .....	45
<b>Quadro 5:</b> Discurso dos sujeitos sobre os desafios financeiros ao desenvolvimento infantil.....	46
<b>Quadro 6:</b> Discurso dos sujeitos relacionado aos desafios ambientais ao desenvolvimento infantil.....	48
<b>Quadro 7:</b> Discurso dos sujeitos sobre os recursos psicossociais ao desenvolvimento infantil .....	51
<b>Quadro 8:</b> Discurso dos sujeitos relacionado aos recursos financeiros ao desenvolvimento infantil.....	52
<b>Quadro 9:</b> Discurso dos sujeitos acerca dos recursos ambientais ao desenvolvimento infantil .....	53

## LISTA DE APÊNDICES

<b>Apêndice I:</b> Termo de consentimento livre e esclarecido (Aos pais ou responsáveis pela criança) .....	74
<b>Apêndice II:</b> Termo de consentimento livre e esclarecido (Aos profissionais do CAPSI) .....	76
<b>Apêndice III:</b> Termo de consentimento livre e esclarecido (Ao diretor ou responsável da escola da criança estudada) .....	78
<b>Apêndice IV:</b> Perguntas para roteiro das entrevistas relativo à pesquisa .....	80
<b>Apêndice V:</b> Perguntas para roteiro das entrevistas relativo à pesquisa .....	81
<b>Apêndice VI:</b> Perguntas para roteiro das entrevistas relativo à pesquisa .....	82

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>2 DESENVOLVIMENTO E SAÚDE NO CONTEXTO URBANO .....</b>	<b>16</b>
2.1 Cidade de Goiânia e o processo de urbanização.....	16
2.2 A teoria do ecossistema .....	21
2.3 Saúde mental e o CAPSI .....	27
<b>3 MATERIAL E MÉTODO .....</b>	<b>32</b>
3.1 Natureza do estudo .....	32
3.2 Participantes .....	33
3.3 Cenário .....	36
3.4 Critérios de inclusão e exclusão neste estudo.....	37
3.5 Coletas de dados .....	38
3.6 Análise dos dados.....	41
<b>4 DESAFIOS E PERSPECTIVAS PSICOSSOCIAIS, FINANCEIROS E AMBIENTAIS DE CRIANÇAS ATENDIDAS NO CAPSI.....</b>	<b>42</b>
4.1 Desafios psicossociais ao desenvolvimento <b>infantil</b> .....	43
4.2 Desafios financeiros ao desenvolvimento <b>infantil</b> .....	46
4.3 Desafios ambientais ao desenvolvimento infantil.....	48
4.4 Recursos psicossociais ao desenvolvimento infantil.....	49
4.5 Recursos ambientais ao desenvolvimento infantil.....	51
4.6 Recursos ambientais ao desenvolvimento infantil.....	52

<b>5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>54</b>
<b>5.1 Desafios psicossociais ao desenvolvimento infantil.....</b>	<b>54</b>
<b>5.2 Desafios financeiros ao desenvolvimento infantil.....</b>	<b>56</b>
<b>5.3 Desafios ambientais ao desenvolvimento infantil.....</b>	<b>57</b>
<b>5.4 Recursos psicossociais ao desenvolvimento infantil.....</b>	<b>59</b>
<b>5.5 Recursos ambientais ao desenvolvimento infantil.....</b>	<b>61</b>
<b>5.6 Recursos ambientais ao desenvolvimento infantil.....</b>	<b>62</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>63</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>67</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>74</b>

# 1 INTRODUÇÃO

A partir da década de 1990, passaram a entrar em vigor no país as primeiras normas federais, regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros núcleos ou centros de atenção psicossocial (NAPS/CAPS). Tinham a função de prestar atendimento clínico em regime de atenção diária e promover a inserção social das pessoas (LAURIDSEN, 2005).

Nesse cenário, surgiram os Centros de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSI) especializados no atendimento a crianças e adolescentes com transtornos mentais; e responsáveis pelo atendimento diário em saúde mental dessa clientela junto as suas famílias. Partindo da compreensão de que o sujeito assistido possui caráter biopsicossocial e cultural, o CAPSI trabalha com uma equipe multiprofissional capacitada para atender, de forma global, as reais necessidades do paciente/família que busca seus serviços (BRASIL, 2002).

O profissional, além de possuir conhecimentos técnicos científicos sobre as psicopatologias vivenciadas por cada família, tem que considerar o contexto de vida das mesmas para compreendê-las. Pois, cada família enfrenta problemas de saúde de modo peculiar, porque é influenciada por valores morais, culturais, religiosos, ideológicos e socioeconômicos. Contudo, em relação ao tratamento dispensado às famílias, é fundamental que seja considerado o despreparo destas diante da doença mental que vivencia. Torna-se complicado para as famílias lidar com a criança em sofrimento mental, pois se sentem desorientadas por não saberem gerenciar tal situação (Oliveira, 2008). Tais famílias refletem sentimentos de angústia, incompreensão e impotência diante do problema (CRUZ, 2006).

Partindo dessa perspectiva, este trabalho aborda questões a respeito do mundo das crianças, junto as suas famílias, atendidas no CAPSI de uma capital do Centro-Oeste. Recorreu-se a uma amostra constituída por 12 crianças, 11 cuidadoras, 12 profissionais de saúde da instituição e as notas de campo realizadas pela observação sistemática do domicílio, da escola da criança e do próprio CAPSI. Para tanto, a pesquisa foi realizada à luz da *Grounded theory*, ou seja, teoria fundamentada em dados na modificação proposta por Charmaz (2009), a partir da abordagem originalmente desenvolvida por Glaser e Strauss em 1967.

Optou-se por desenvolver uma investigação nesta temática por concordar que é indispensável um estudo descritivo sobre o contexto de vida das crianças atendidas no CAPSI

É importante ressaltar que a criança é considerada fundamental em qualquer sociedade. As questões referentes a sua saúde mental e seu desenvolvimento têm sido alvo de investigação em contextos diversos. A promoção de saúde mental infantil é de extrema importância, pois é sabido que tais problemas geram sérias consequências para a vida adulta futuramente. Nesse sentido, crianças que apresentam perturbações no seu desenvolvimento merecem especial atenção nos serviços de saúde disponíveis para a sociedade (COUTO, DUARTE E DELGADO, 2008; BARNES, 2006).

A perspectiva ecossistêmica considera que a criança desenvolve competências ao longo da infância através de sua relação com os ambientes vivenciados (HALPERN E FIGUEIRAS, 2004). A relação entre o desenvolvimento infantil e a compreensão ecossistêmica desse desenvolvimento é de interesse central do presente estudo.

Tendo em vista que as crianças vão desenvolvendo competências que visam aumentar seu bem-estar, deve-se considerar como alvo crianças que podem estar em risco de não desenvolver suas potencialidades. Para tanto, formula-se a seguinte pergunta de investigação: Quais são as condições ambientais, familiares e sociais de crianças atendidas no Centro de Atenção Psicossocial Infantil, potencialmente relevantes para o desenvolvimento destas crianças?

O objetivo que se propõe a alcançar é entender as condições ambientais, familiares e sociais das crianças atendidas no CAPSI de uma capital do Centro-Oeste. De forma mais específica delimitamos dois objetivos. O primeiro visa identificar tais condições na perspectiva dos profissionais do CAPSI dos pais ou responsáveis e da própria criança. O segundo consiste em identificar a relevância de tais condições para o desenvolvimento da criança.

Acredita-se que o conhecimento das condições de vida de crianças com problemas psicossociais constitui-se em uma etapa necessária ao planejamento de ações voltadas para a saúde da população atendida.

Este trabalho organiza-se estruturalmente em seis capítulos. Assim, no primeiro capítulo intitulado, *Introdução*, encontra-se uma apresentação do estudo. No segundo, trata-se do *Desenvolvimento e Saúde no Contexto Urbano*, que está dividido em três subcapítulos, sendo que o número um é destinado ao Processo de urbanização da cidade de Goiânia. Foi construído com a intenção de mostrar como ocorreu a formação do espaço físico de Goiânia, para melhor compreensão, por parte do leitor, dos locais onde as crianças do estudo residem.

O subcapítulo dois é dedicado à explicação da Teoria do Ecossistema, desenvolvida por Bronfenbrenner ([1979]1996), com a finalidade de mostrar a relação entre as pessoas com o ambiente, considerando que as crianças influenciam os ambientes e reciprocamente são influenciadas pelo meio em que se encontram. Segue no subcapítulo três uma noção sobre a saúde mental infantil e o funcionamento do CAPSI, no contexto da atenção aos usuários.

No terceiro capítulo, apresenta-se a metodologia da pesquisa baseada na *Grounded Theory*. Seguindo com as descrições da natureza do estudo, dos participantes, do cenário, dos critérios de inclusão e exclusão, da coleta de dados e da forma de análise dos mesmos.

O quarto capítulo tem como título *Desafios e Perspectivas Psicossociais, Financeiros e Ambientais de Crianças Atendidas no CAPSI*. Neste, mostra-se os resultados obtidos e exemplificados com os depoimentos dos participantes junto às notas de campo. Tais resultados foram dispostos em seis categorias, a saber: desafios psicossociais, desafios financeiros e desafios ambientais ao desenvolvimento infantil e recursos psicossociais, recursos financeiros e recursos ambientais ao desenvolvimento infantil.

E, finalmente, no quinto capítulo, são discutidos os resultados do estudo. Ressalta-se que para melhor compreensão do quarto e quinto capítulos, é importante saber que dependendo das disciplinas e abordagens seguidas, os fatores psicossociais podem abranger moradia, acesso a serviços públicos, atendimento dos direitos do cidadão (nas ciências sociais). Ou relações interpessoais das crianças no contexto dos microssistemas e dos mesossistemas dos quais participam (nas abordagens psicológicas). Na presente pesquisa, optou-se para a segunda abordagem. Por isso, atentou-se às questões como: recursos afetivos nas relações pessoais, familiares, amigos etc.

Os fatores financeiros referem à renda econômica e, conseqüentemente, à condição para a aquisição de bens materiais (brinquedos, móveis, casa própria entre outros). E fatores ambientais referem ao tamanho, organização, atratividade e estímulos dos espaços físicos como: a condição da moradia, a existência de saneamento básico, o acondicionamento e coleta de lixo entre outros, dos ambientes vivenciados pela criança. No estudo em questão destacam-se o domicílio, a escola, as ruas e praças e o próprio ambiente terapêutico (CAPSI).

Nas considerações finais, deste trabalho, sexto capítulo, organizou-se uma retrospectiva sobre todos os tópicos discutidos ao longo da investigação, enfatizando os elementos essenciais e relevantes ao tema que se propôs a pesquisar; seguido de algumas implicações e recomendações.



## **2 DESENVOLVIMENTO E SAÚDE NO CONTEXTO URBANO**

### **2.1 Cidade de Goiânia e o processo de urbanização**

Ao analisarmos o processo histórico do surgimento de Goiânia, percebe-se que desde sua fundação teve um crescimento desenfreado. A cidade que foi planejada em 1930, para conter até 50 mil habitantes; em 1980, já era habitada por 717 mil (CAMPOS E BERNARDES, 1993). Conseqüentemente, o número de população cresceu e vem crescendo significativamente devido à migração da população rural para a zona urbana, caracterizando a cidade como o núcleo de uma metrópole, contendo uma população de 1.302.001 habitantes em 2010. E, conseqüentemente, apresenta os típicos problemas de uma metrópole, como a segregação social e a degradação do meio-ambiente (IBGE, 2010).

A desagregação do espaço urbano levou a criação de espaços com condições insatisfatórias para uma vida saudável. Com isso, a região Noroeste institucionaliza-se como exemplo de uma segregação sócio-territorial. O novo espaço urbano, com características de uma periferia, trouxe sérios problemas evidenciados pela desigualdade social, aumento da violência e da pobreza. Em julho de 1979, ocorreu a invasão na fazenda Caveiras que culminou no Bairro Jardim Nova Esperança, hoje conhecido pelo mesmo nome. Em abril de 1981, houve uma expansão dessa invasão que culminou no surgimento do Jardim Boa Sorte, conhecido atualmente como Vila Boa Sorte. A prefeitura agiu de forma agressiva para conter novas invasões nesse local. Porém, a luta pelo direito de moradia ocasionou em uma terceira invasão ocorrida em junho de 1982, em que os invasores conseguiram ocupar um espaço denominado Jardim Boa Vista, também pertencente à Fazenda Caveiras. Mais uma vez, houve ação violenta, por parte política, que conseguiu impedir a expansão dessas invasões (MOYSÉS, 2001).

A segregação do espaço urbano continua tendo repercussões na gestão da cidade, pois a ação da população economicamente menos favorecida foi limitada e comprometida, pelo fato de que tal população não estava incluída nos objetivos da capital. Contudo, foi relegada a esses espaços desprovidos de toda estrutura que era destinada prioritariamente aos outros agentes construtores do espaço urbano (OLIVEIRA, 2005).

Campos e Bernardes (1993) apontam, em seus estudos, que outras regiões da cidade de Goiânia também foram marcadas pelas invasões e pelos assentamentos efetuados pelo Poder Público, cada uma apresentando as suas particularidades, tais como:

- Região Leste: O que contribuiu para a expansão foi a construção de conjuntos habitacionais como Riviera e o Aruanã II e III. A melhoria de alguns bairros, como Santa Geneveva, que receberam serviços de infra-estrutura básica (o asfalto). Assentamentos de invasões como a do Jardim. Guanabara 2. Além da proposta pelo poder público de criação de anéis viários na região.

- Região Sul: A ação do mercado imobiliário induziu o crescimento da cidade para essa região, pois, a mesma oferecia uma estrutura básica de moradia, criando novos loteamentos e levando ao processo de conurbação ocorrido com Aparecida de Goiânia. Esse processo ocorreu devido à facilidade da regulamentação do uso do solo em Goiânia e ao crescimento demográfico de Aparecida de Goiânia.

- Região Sudoeste: Houve ocupações através de várias invasões, ocorrendo ao mesmo tempo e, por isso, foram difíceis de serem contidos pela polícia. Tal situação resultou em loteamentos pouco adensados. Atualmente, devido à grande quantidade de loteamentos aprovados, a região encontra-se mais densificada.

- Região Oeste: Iniciou a ocupação a partir da década de 1980, porém predominam as áreas de baixa densidade populacional e os extensos vazios. Houve algumas invasões pontuais, por exemplo, o Bairro Goiá.

- Região Norte: Ocupada através de vendas de lotes irregulares na década de 1970, que se seguiu nos anos 80 com ação dos governos municipal e estadual, para solucionar o problema com a organização do Goiânia 2, permitido pelos governos, ainda que predominando condomínios irregulares e ocupação rarefeita.

Nesse contexto, Campos e Bernardes (1993) resumem os três atores que contribuíram para o processo de ocupação de Goiânia, sendo o governo, com o intuito de formação e organização do espaço urbano; o mercado imobiliário privado com seus interesses econômicos e os invasores na busca pela moradia.

Com isso, entende-se que, no processo da expansão do espaço urbano de Goiânia, interesses políticos e econômicos promoveram loteamentos irregulares nas regiões com melhor perspectiva de lucro. No âmbito nacional, a adequação do país à produção capitalista

ofereceu um contexto propício de posse para essa dinâmica. Sendo assim, a cidade surgiu com o seu espaço tomado pelo valor do capital. No entanto, não demorou muito para o surgimento da desigualdade sócio-espacial no cenário goianiense (OLIVEIRA, 2005).

A ocupação desenfreada fez com que a cidade sofresse um acelerado processo de urbanização condicionado à imposição do poder político sobre o poder público, pois, o Estado se viu obrigado a implantar loteamentos que abrigassem os desabrigados e satisfizessem as exigências de proprietários que compravam lotes irregulares. Para tanto, o complexo processo comprometeu a qualidade do espaço goianiense (NASCENTE E FERREIRA, 2007).

Acredita-se que tais lotes irregulares foram adquiridos através de ações políticas que emendavam as leis com objetivos eleitorais. A ideia de loteamentos irregulares entendida por Nascente e Ferreira (2007), é que são lotes situados geralmente nas regiões periféricas da cidade, cujas execuções não concordam com a legislação vigente. Muitas vezes, foram áreas de preservação ambiental sacrificadas com o objetivo de não causarem impacto econômico resultante das ocupações.

Ainda hoje, percebem-se contínuas transformações na paisagem urbana de Goiânia com a ampliação de novas áreas residenciais. Sendo que, de um lado, tem-se um grande aumento de moradias populares carentes de estrutura, serviços essenciais e saneamento, caracterizando-se em habitações insalubres. Do outro, tem-se a crescente construção de condomínios horizontais fechados de classe média com condições adequadas, revelando uma enorme desigualdade social e exclusão espacial. No entanto, ambos, as invasões e os condomínios de classe média podem prejudicar a futura qualidade de vida da cidade, porque os condomínios horizontais, muitas vezes, são construídos em lugares inadequados (NASCENTE E FERREIRA, 2007).

Segundo Moysés (2004), as famílias com míseras condições de moradia estão espalhadas no espaço metropolitano, ou seja, não se concentram em enormes favelas e/ou morros (devido o fato de Goiânia ser uma cidade plana). De certa forma, isso camufla o problema de moradias em péssimas condições no espaço goianiense. Em meio a essa paisagem, emergem os condomínios horizontais fechados em que seus espaços são provenientes de fazendas com maior área verde, contendo em sua maioria, lagos e animais ruminantes. Porém, na maioria das vezes, as construções civis são implementadas inadequadamente. Segundo o autor, esses condomínios surgiram em resposta a uma população de ricos e classe média, moldando o espaço goianiense em duas paisagens distintas: uma com bairros carentes sem infraestrutura adequada e ocupada de forma irregular,

cujos moradores são excluídos socialmente; e outra com residências planejadas em que os moradores são incluídos em um processo etilizado e socialmente isolados do mundo da pobreza.

Observa-se que ambas as paisagens também surgiram para atender aos interesses do governo. Mas com facetas diferenciadas, pois os espaços insalubres são ocupados para atender à pressão popular por moradia. E os condomínios horizontais são executados e ocupados para atenderem aos interesses imobiliários e às necessidades da população mais abastada. Neste contexto, percebe-se que o Poder Político jamais desenvolveu uma política habitacional sistemática para a cidade de Goiânia. Antes, vem organizando-se para atender aos seus anseios políticos enquanto o processo de urbanização vem agravando o problema ambiental na cidade.

Diante disso, estudos realizados, por Bernardes e Júnior (2007), demonstram uma supervalorização das áreas ao entorno dos condomínios horizontais fechados. Visando deixar a região atrativa, o mercado imobiliário junto à prefeitura tem proporcionado mudanças significativas na estrutura urbana; o que resulta em profundas modificações do espaço, tais como construção de avenidas que ligam áreas periféricas que antes tinham apenas uma saída para as áreas centrais.

Os autores trazem ainda uma reflexão sobre essa temática, em que o Poder Público tem uma participação legal de aprovação e fiscalização dos projetos. Porém, ressaltam que é o poder do capital no mercado imobiliário que define os limites e a expansão dos espaços do município de Goiânia.

Neste contexto, outro problema que se evidencia é a ocupação da área rural da cidade. Goiânia possui um território rural considerável e caracterizado por uma produtividade diversificada, o que lhe confere certa sustentabilidade. No entanto, o espaço rural vem sofrendo uma pressão imobiliária para sua desapropriação. Mas se considera que tal pressão é desnecessária, pois ainda há espaços urbanos suficientes para serem ocupados pelos sedentos interesses do mercado imobiliário.

É válido ressaltar que a expansão urbana ocorre devido à inserção de espaços rurais ao tecido urbano, através da criação de novos loteamentos ou pelo adensamento ou intensificação do uso de espaços já parcelados da cidade. É importante relatar que o Plano Diretor de Goiânia incorporou 300 alqueires como expansão urbana do entorno (DIÁRIO OFICIAL, 2007).

Contudo, percebe-se que justamente o espaço rural que sustentava a cidade está sendo sujeito aos loteamentos e integrando-se ao município e seus recursos vitais para a sustentabilidade urbana (como área verde e nascente) estão transformando-se em condomínios verticais.

O problema trazido pela construção dos condomínios verticais é o abandono dos mesmos pelos responsáveis por variados motivos imobiliários. Refletindo sobre esse abandono, entende-se que o mesmo traz sérias consequências para o município, dentre elas: as consequências ambientais, tais edificações levam ao microclima urbano (aumento da temperatura local), além de proporcionar a poluição visual da cidade, porque na tentativa de esconder essas obras, muitas vezes, o proprietário faz uso indevido de outdoors; as consequências sociais, devido ao fato de que as construções abandonadas transformam-se em refúgio para marginais; consequências na saúde pública, esses edifícios são desprovidos de vigilância e também alojam entulhos e insetos, servindo até de criadouros do mosquito *Aedes aegypti*, responsável pela transmissão da dengue (SEIBT E PASQUALETO, [s/d]). Tais práticas prejudiciais eram mais comuns nas décadas de 1980 e 1990. Houve uma melhora devido ao fortalecimento do mercado imobiliário. Mas de acordo com os autores anteriormente mencionados, a prática prevalece em determinadas regiões.

De acordo com Nascente e Ferreira (2007), a desagregação ambiental nas regiões metropolitanas é resultado da concentração de renda determinando a periferização de áreas da cidade. Tudo isso somado a uma crescente apropriação do solo sem estudos técnicos e científicos e sem preparo da sociedade para o uso racional do ambiente metropolitano. Contudo, acredita-se que o planejamento e a implementação de medidas que organizem o uso do ambiente urbano sejam uma forma de minimizar o impacto ambiental e melhorar o processo sócio-ambiental visando à igualdade social. Para tanto, faz-se necessária uma interação entre a iniciativa privada junto à intervenção do poder público para organização da casa (FERRERIA, 2005).

É importante ressaltar que os autores consultados entendem que o impacto ambiental são mudanças físicas, químicas e biológicas ocorridas no meio que trazem consequências prejudiciais à saúde, segurança e bem estar tanto da população quanto ao próprio meio ambiente. Portanto, observa-se que a qualidade do meio ambiente está diretamente ligada ao desenvolvimento infantil positivo, pois o desenvolvimento da criança acontece através de um complexo processo de interação recíproca entre ela e o ambiente em que vive. Com isso,

qualquer fator que interfira no ambiente de forma prejudicial, acarretará prejuízos ao desenvolvimento infantil.

Refletindo sobre essa temática, percebe-se uma mudança no comportamento das famílias em relação ao espaço urbano. Antes, a rua era o espaço de socialização e brincadeiras tanto para as crianças quanto para os adultos. A partir do século XIX, evidenciou-se o crescimento das cidades, resultando em mudanças sociais e econômicas que restringiram gradativamente o acesso das pessoas aos espaços urbanos públicos, como ruas e parques. Sendo assim, a rua tornou-se via de circulação e lugar de perigo, sobretudo para as crianças. Em consequência, a este fato, as famílias tiveram que adaptar seus hábitos de lazer. Para tanto, após a Revolução Industrial, os parques públicos infantis tornaram o espaço urbano de lazer da família trabalhadora. Porém, os grandes centros sofrem com o adensamento populacional e com a redução de área verde e aumento da criminalidade, levando as famílias da classe trabalhadora a se preocuparem também com o livre acesso das crianças a esses espaços, devido aos riscos sociais e físicos que os mesmos apresentam (LUZ, RAYMUNDO E KUHNEN, 2012).

Acredita-se que a falta de acesso aos espaços recreativos e à área verde e sua não utilização são prejudiciais à saúde e maturação infantil. O espaço ao ar livre mostra-se importante para o desenvolvimento infantil, por oportunizar habilidades físicas, sociais e afetivas. Privar o acesso da criança a esses espaços a levará a problemas social e espacial, e conseqüentemente, a problemas de saúde física e psíquica. Pois, resulta em prejuízos à saúde e ao desenvolvimento das crianças. A identificação desses fatores auxilia no conhecimento sobre como organizar esses espaços, a fim de maximizar as chances de torná-los mais adequados às necessidades das crianças. (LUZ, RAYMUNDO E KUHNEN, 2012).

## **2.2 A teoria do ecossistema**

Quando se fala em saúde é necessário considerá-la em um contexto mais amplo, ou seja, compreender que as condições de moradia, saneamento, renda, segurança e acesso ao lazer são aspectos que favorecem o bem estar e conseqüentemente uma melhor qualidade de vida.

Riggoto e Augusto (2007) compreendem que o processo relacionado à saúde e doença deve ser entendido baseando-se na complexa relação entre o homem e a natureza,

ocasionada pelas relações sociais através do trabalho. No entanto, é correto destacar que a exposição da família às condições desfavoráveis de vida, acarreta vulnerabilidade na saúde de seus membros. Franco (2002) denomina o agrupamento desses eventos desfavoráveis às condições do bem-estar humano como vulnerabilidade sócio-ambiental que ocasionam impactos tanto à saúde do homem quanto à do ecossistema (CARVALHO, 2009).

Refletindo sobre a temática da criança, tem-se que mencionar a Teoria Ecológica do Desenvolvimento Humano estudada por Bronfenbrenner ([1979] 1996) e seus colaboradores há quatro décadas. O autor refere-se à relação entre o ambiente e o desenvolvimento humano. Neste cenário, suas pesquisas podem ser divididas em duas fases. A primeira descreve o modelo ecológico e enfatiza o papel do ambiente como primordial ao desenvolvimento, porém os processos individuais do ser humano são pouco considerados. O trabalho publicado em 1979, foi traduzido para a língua portuguesa em 1996. A segunda fase foi uma reformulação do modelo original descrita como modelo bioecológico. Nesse modelo, o autor enfatiza as diversas formas de interação das pessoas com o ambiente, considerando que as crianças influenciam os ambientes através de novas atividades (aprendizagem nas interações sociais com outras pessoas) e reciprocamente são influenciadas pelo meio em que se encontram. O autor considera tanto o ambiente quanto o dinamismo e a interação das relações da criança em desenvolvimento (MARTINS E SZYMANSKI, 2004; CECCONELLO E KOLLER, 2003).

É importante ressaltar que, nesse modelo, o desenvolvimento é compreendido através da interação recíproca e progressiva cada vez mais complexa entre um ser humano ativo e as pessoas, os ambientes e os símbolos do seu ambiente (BHERING E SARKIS, 2009).

Para uma melhor análise do desenvolvimento, os autores explicam dois aspectos desse processo, o proximal e o distal. No processo proximal, enfatiza-se as experiências específicas encontradas por uma criança em uma dada classe sócio-demográfica. Cecconello e Koller (2003), em seus estudos, salientam que os processos proximais produzem dois efeitos, sendo um deles a competência em que a criança adquire conhecimento que lhe confere a habilidade de se coordenar diante das situações vivenciadas; o outro, a disfunção, que manifesta o contrário, pois a criança tem dificuldade em se direcionar diante das situações.

Já no processo distal enfatizam-se os aspectos mais amplos, ou seja, as macroinstituições (Governos Federal, Estadual e Municipal) que exercem influências nos

costumes, padrões sociais, ideologias, crenças, culturas e subculturas da pessoa. Interferindo, assim, nas interações de todos os níveis ambientais (CECCONELLON, 2003).

Dentro desse modelo, a autora supracitada também considera quatro elementos chave: o modelo Pessoa, Processo, Contexto e Tempo, conhecido pela sigla PCT. Entende-se que o elemento Pessoa refere-se às próprias características no decorrer de seu desenvolvimento, como exemplo, tem-se: suas convicções, seu temperamento, suas motivações e seus objetivos. Essas características serão relevantes no modo pelo qual a pessoa vivenciará as experiências em sua vida. O Processo pode ser entendido como uma interação entre pessoas, objetos e símbolos existentes no ambiente imediato. Contudo, Bronfenbrenner ([1979]1996) considera que os processos proximais é o primeiro mecanismo produtor de desenvolvimento humano. Para exemplificar, temos as interações sociais (COPETTI E KREBS, 2004).

Já no Contexto, os autores anteriormente citados explicam que são os termos físicos, sociais e culturais os quais a pessoa vivencia seus processos desenvolvimentais. Abrangem tanto os ambientes mais imediatos que a criança influencia de forma direta, como a escola em que ela frequenta, quanto os mais remotos em que influencia de forma indireta por não estar presente, como exemplo o trabalho dos pais (PRATI *et al.*, 2007). Como último elemento, tem-se o Tempo; para os autores ele tem um papel no desenvolvimento, pois a partir dos pequenos episódios da vida familiar ocorrem transformações significativas, para o desenvolvimento humano. Como exemplo, temos a estrutura familiar na década de 1940 e na atualidade (CECCONELLO E KOLLER, 2003; PRATI *et al.*, 2007).

A questão comportamental de uma criança dependerá da natureza do ambiente em que ela se encontra. Há de se considerar que em ambientes desfavoráveis e desorganizados existe maior probabilidade de ocorrer uma disfunção. No entanto, em um ambiente favorável e organizado a competência tem maior possibilidade de ocorrer, pois se manifesta com maior frequência e intensidade (CECCONELLO E KOLLER, 2003).

O modelo bio-ecológico pode ser visualizado na Figura1, que descreve a interação da criança (ser biológico) com o meio social imediato representado pela família, onde acontecem os eventos e os relacionamentos ao longo do tempo, resultando nos primeiros mecanismos para o desenvolvimento humano e, concomitantemente, a interação desse processo entre criança e família com o meio ambiente mais amplo. A seguir, tem-se esquematizado a Teoria do Ecosistema.





**Figura 1** - Teoria ecológica do desenvolvimento<sup>15</sup>

**Fonte:** Halpern e Figueiras (2004, [s/p])

A Teoria Ecológica do Desenvolvimento desenvolvida por Bronfenbrenner (1996) propõe um modelo que explica a interação recíproca e progressiva entre a criança e o meio ambiente, organizada através de níveis de influência (HALPEN E FIGUEIRA, 2004). Tais níveis são identificados como:

- **Microsistema:** a criança é compreendida como um organismo biológico que estabelece uma relação com o seu meio social imediato caracterizado pela família. Isto é, o ambiente familiar constitui o meio social imediato com características específicas em que a criança experimenta atividades nas brincadeiras cotidianas, papéis e relações interpessoais.

- **Mesosistema:** são as interações de vários microsistemas em que a criança mantém-se ativamente participativa. Exemplo: a criança pode manter relações em casa, na creche e no CAPSI. Sendo que essas relações podem ser ampliadas sempre que ela participar de um novo ambiente.

- Exossistema: envolve ambientes que a criança não é participante ativa. Porém, esses ambientes podem desempenhar uma influência indireta sobre o desenvolvimento. Por outro lado, o meio social imediato da criança também pode causar influências indiretas no exossistema. Como exemplo deste nível, destaca-se o trabalho dos pais, da escola, do irmão, entre outros.

- Macrossistema são todos os ambientes que estão interligados por um padrão global de ideologias, crenças, valores, religiões, formas de governo, culturas e subculturas presentes no cotidiano da criança, que influenciam seu desenvolvimento. Exemplo: estrutura política do município em que a criança reside, o Programa Bolsa Família em que a família da criança é beneficiária (CECCONELLO, 2003).

Considerando que o modelo bioecológico também integra os aspectos sócio-políticos, econômicos, culturais e ecológicos, pode-se incluir, nesta reflexão, a temática da saúde mental. De acordo com a concepção ampliada sobre saúde, tão divulgada atualmente, torna-se necessário a discussão sobre a relação entre ambiente, ecossistemas e a saúde mental, já que esta última encontra-se intimamente ligada aos mesmos fatores que determinam a saúde ambiental, ecológica e do homem. Nesta reflexão, compreende-se que a qualidade de vida e, conseqüentemente, a saúde mental da criança está diretamente relacionada a um ambiente físico, social e emocional harmonioso que resulte em uma interação saudável entre o meio ambiente e a criança como ser em desenvolvimento (BHERING E SARKIS, 2009).

Diante disso, torna-se compreensível que na saúde mental infantil os processos proximais e distais atuam simultaneamente na determinação de um ambiente favorável ou desfavorável para a criança. Para entender o ambiente da criança deve-se atentar para as condições familiares, incluindo características comportamentais dos pais e as condições da família. Considerando também, os aspectos ambientais, sociais, econômicos, culturais e políticos, nos quais uma determinada família encontra-se inserida. É importante enfatizar que tais aspectos influenciam diretamente na determinação dos fatores de proteção e de risco para a saúde mental da criança e, conseqüentemente, para o seu desenvolvimento.

Pode-se entender como fator de risco para o desenvolvimento infantil qualquer evento que provoque mudanças no ambiente, que eleve o grau de tensão e que interfira nos padrões normais de resposta da criança (REPOLD *et al.*, 2002). É válido lembrar que a criança, devido ao seu processo de desenvolvimento, é mais vulnerável ao lidar com situações tensas. Pesquisas apontam que os maus tratos provocam conseqüências desastrosas ao

desenvolvimento infantil, ocasionando déficit no comportamento em geral, inclusive no afeto (MAIA E WILLIAMS, 2005).

Ao se discutir acerca de fatores de risco, considera-se não somente os fatores relacionados à criança, mas também àqueles referentes à família. Para tanto, em relação à família o Ministério da Saúde (2001) destaca alguns fatores, a saber: pais que apresentam desigualdade na autoridade e no poder sobre a educação dos filhos; membros da família que não conseguem organizar limites para a convivência cotidiana; nível de tensão constante no ambiente familiar, muitas vezes, devido à falta de diálogo e a presenças de agressividade entre seus membros; família com relações sociais restritas, famílias cujo o relacionamento afetivo é ausente ou insuficiente entre seus membros e famílias em situações adversas, como desestrutura no relacionamento conjugal, crises financeiras ou morte.

No que se refere à criança, o Ministério da saúde também evidencia alguns fatores de risco importantes. Entre eles têm-se: ausência de vínculo parental na primeira infância; presença de psicopatologias; separação materna, devido à prematuridade ou doença ao nascimento e/ou malformações congênitas e doenças crônicas e dificuldades na aprendizagem escolar ou abandono da escola (evasão escolar).

Sobre os fatores de proteção, também há de se considerar três aspectos: o primeiro diz respeito às próprias características e habilidades da criança, em relação à autoestima, autonomia, interação social, entre outras. A presença dessas características e habilidades evidencia que a criança tem a capacidade de vivenciar situações boas ou ruins e se organizar positivamente durante seu processo de vida. Alguns autores denominam esta capacidade de resiliência, termo utilizado na saúde e nas ciências sociais para indicar a capacidade da pessoa superar adversidades (TABOADA, LEGAL E MACHADO, 2006; MENGEL E LINHARES, 2007; BRAUN, 2008).

O segundo aspecto é a característica da família em relação ao envolvimento afetivo, ausência de discórdias e cuidados dispensados à criança. E o terceiro trata-se do apoio social e institucional à criança e à família o que favorecerá a socialização. Como exemplo, a promoção de contatos sociais na vida de uma criança possibilitará a troca de experiências que favorecerá o seu desenvolvimento; e uma rede institucional de apoio cultural, social e político disponível para atender o indivíduo e/ou família também ajudará neste processo (BRAUN, 2008).

Ressalta-se que alguns autores não utilizam os termos fatores de proteção ou de risco, e sim mecanismos de risco ou de proteção. Consideram que o termo mecanismo define melhor o fenômeno, pois acreditam que um evento pode ser entendido como negativo ou positivo de acordo com o contexto em que o mesmo possa ocorrer (BRAUN, 2008).

### **2.3 Saúde mental infantil e o CAPSI**

Quando se discute saúde mental é imprescindível mencionar as transformações assistenciais vivenciadas ao longo dos anos. Inicialmente a forma de tratamento estava vinculada ao modelo asilar, baseado na exclusão social do portador de sofrimento mental. E atualmente o modelo adotado privilegia a inclusão social, a qualidade de vida e o vínculo familiar (OLIVEIRA, 2008).

É importante ressaltar que no contexto da assistência à saúde mental, tem-se o surgimento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que se caracterizam como unidades de atendimento intensivo e diário, destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais. Possuem papel de estimulação e integração social e familiar do paciente, oferecendo-lhe atendimento médico e psicológico, a fim de que o mesmo busque sua autonomia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O primeiro CAPS surgiu na cidade de São Paulo e foi inaugurado em março de 1986, nomeado como Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira. Desde então, essa categoria de serviços de saúde mental foi surgindo em outras regiões do país, tornando-se eficaz na diminuição de internações e na mudança do modelo assistencial (ONOCKO-CAMPOS, 2006).

Os CAPS, os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) foram criados oficialmente a partir da Portaria GM 224/9. Sendo que o CAPSI foi regulamentado pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Ambos integram a rede do Sistema Único de Saúde (SUS) e são instituídos pelas Leis Federais 8.080/1990 e 8.142/1990, tem a visão do Estado democrático e de cidadania plena como determinantes de uma saúde sendo direito de todos e dever do Estado, previsto na Constituição Federal de 1988 (ONOCKO-CAMPOS, 2006; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O CAPS procura integrar o paciente a um ambiente social e cultural concreto, entendido como o espaço da cidade onde se desenvolve sua vida cotidiana junto a sua família, denominado de território. O termo território aqui mencionado, não é somente a área geográfica, mas também as pessoas que nele habitam, com seus conflitos, seus interesses, seus amigos, seus vizinhos, sua família, suas instituições, seus cenários (LAURIDSEN, 2005; MS, 2004).

Para tanto, o CAPS procura organizar o território por meio de uma rede de atenção às pessoas com sofrimento mental junto à família, amigos e interessados. E para concretizar essa rede, é necessário considerar os recursos afetivos (relações pessoais), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esporte etc.), econômicos (dinheiro, previdência etc.), culturais, religiosos e de lazer; tendo em vista fortalecer a assistência das equipes de saúde nos esforços de cuidado e reabilitação psicossocial do paciente (MS, 2004).

De acordo com o Ministério da Saúde (2004), os CAPS possuem algumas diferenças, dentre elas, quanto à especificidade da demanda, tem-se:

- CAPS I - destinado a municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, com funcionamento das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira. Oferece atendimento diário a adultos, abrangendo a população com transtornos mentais severos e persistentes;
- CAPS II - destinado a municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes. Funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira; podendo estender-se a um terceiro período, funcionando até 21 horas. Oferece atendimento diário a adultos, abrangendo a população com transtornos mentais severos e persistentes;
- CAPS III - destinado a municípios com população acima de 200.000 habitantes, com funcionamento em regime de 24 horas, diariamente, incluindo feriados e fins de semana. Oferece atendimento à população adulta com transtornos mentais severos e persistentes;
- CAPSad - destinado a municípios com população acima de 100.000 habitantes, com funcionamento das 8 as 18 horas, de segunda a sexta-feira. Também podendo ter um terceiro período, funcionando até 21 horas. Seu atendimento é voltado para dependentes de álcool e drogas, com assistência diária a população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas). Possui leitos de repouso, objetivando o tratamento de desintoxicação exclusivamente.

- CAPSi - destinado a municípios com população acima de 200.000 habitantes. Funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo ter um terceiro período funcionando até as 21 horas. Destina-se ao atendimento de crianças e adolescentes que apresentam transtornos mentais. Tem capacidade para realizar o acompanhamento mensal de cerca de 180 pacientes infantis, entre meninos e meninas. A equipe mínima para esse serviço é de onze profissionais de nível médio e superior (BRASIL, 2004; OLIVEIRA, 2008).

É importante ressaltar que todos os CAPS obedecem às exigências do Ministério da Saúde quanto à diversificação de profissionais. Em relação ao CAPSI, a especialidade e a quantidade de profissionais recomendadas são: 1 médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental; 1 enfermeiro; 4 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico (BRASIL, 2004).

O surgimento do CAPSI veio em resposta a uma lacuna na assistência à Saúde Mental, pois as políticas de saúde mental, até então, prevalentes contemplavam somente os problemas dos adultos e não consideravam as particularidades dos pacientes infantis, entre elas os tipos de transtornos, os fatores de risco e de proteção e estratégias de intervenção que atendessem as reais necessidades da população em questão (COUTO, DUARTE E DELGADO, 2008).

Segundo Ministério da Saúde (2005), a saúde mental infantil foi incluída na agenda das políticas de saúde mental, tanto nacional quanto internacional, em decorrência do número alarmante de crianças que necessitavam e necessitam de assistência nesta área, variação no período de incidência e, por fim, aos prejuízos relacionados a todo o processo de doença mental.

Contudo, de acordo com o Ministério da Saúde (2006), o Pacto pela Vida, componente significativo do Pacto pela Saúde que se compromete em desenvolver ações que reduzam a morbimortalidade infantil em todo o Brasil, pactua a construção de políticas que estimulam práticas preventivas e de vida mais saudável para os brasileiros, como exemplo, o desenvolvimento de uma consciência responsável por parte da coletividade com a qualidade de vida, a fim de combater práticas e hábitos que interfiram de forma negativa no processo saúde.

Couto, Duarte e Delgado (2008) relatam que um dos principais objetivos das políticas de Saúde Pública é incorporar os cuidados em Saúde Mental na assistência às crianças na rede de atenção básica em todo país, pois os problemas de saúde mental em crianças são decorrentes de vários fatores, tais como físicos e ambientais. Além de aspectos culturais e sociais que impactam de forma relevante o desenvolvimento infantil tanto positiva quanto negativamente. Para tanto, a questão entre problemas de comportamento infantil, ambiente familiar e o meio ambiente em que a criança está inserida tem sido alvo de estudos. Sabe-se que o ambiente é um elemento importante para o campo da saúde mental, portanto essa discussão tem sido incorporada pela Saúde Ambiental. As crianças expostas a riscos ambientais têm demonstrado um comprometimento de especial sensibilidade caracterizada pelo desenvolvimento físico e mental; assim, esse grupo populacional caracteriza-se como prioritário para investigações e ações de caráter preventivo (ANTUNES E QUEIROZ, 2007; MAZOTO *et al.*, 2011).

No caso do Brasil, entretanto, os cuidados com a saúde mental de crianças ainda não foi tomado como prioridade. Tenta-se de forma bem tímida atender os casos mais graves de transtornos desenvolvimentais (crianças com dificuldades na aprendizagem), deixando de perceber e atuar frente aos problemas emocionais e comportamentais. No contexto nacional, fala-se pouco em promoção de saúde mental e prevenção de transtornos mentais. Outra faceta dos cuidados em saúde mental, no país, é que parte deles esteve, historicamente, voltada ao controle da infância internada ou abrigada, especialmente através da prescrição medicamentosa ou da institucionalização (ANDREOLI, 2007; BORDIN, 2006).

Problemas de saúde mental na infância podem prejudicar o desenvolvimento da criança e estão associados a riscos psicossociais na vida adulta. A associação entre problemas de comportamento e variáveis do ambiente familiar tem sido insistentemente verificada. A quantidade ou qualidade de eventos de vida negativos provenientes da família vem sendo apontada como particularmente prejudicial ao desenvolvimento infantil, sendo fator predisponente a problemas de comportamento (MARTURANO, 2006). Para responder a essa demanda e oferecer suporte técnico à família, o CAPSI presta assistência diária a crianças e adolescentes. Estabelecendo, sempre que necessário, as parcerias necessárias com a rede de saúde, educação e assistência social ligadas ao cuidado da população infanto-juvenil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Em Goiânia, o CAPSI é uma unidade especializada em saúde mental, que dispõe de uma equipe multiprofissional, para atendimento a crianças e adolescentes até dezoito anos de

idade com transtornos mentais e vítimas de violência. Acolhe pessoas por demanda referenciada pelas Unidades de Saúde, Conselhos Tutelares, Escolas, Hospitais, entre outros, bem como demanda espontânea. É referência para orientação e discussão em saúde mental junto às diversas entidades e organizações da sociedade, referente a crianças e adolescentes portadores de transtornos mentais e vítimas de violência do município de Goiânia. Para tanto, encontra-se vinculado à Divisão de Saúde Mental da Diretoria de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde.

Embora atenda usuários de todo o município, o CAPSI localiza-se na Região Sul de Goiânia que, por sua vez, possui algumas peculiaridades sócio-espaciais diante da expansão urbana da capital, pois nela concentram-se os investimentos públicos, os investimentos de serviços e a população de elevado poder aquisitivo. A paisagem dessa região constitui-se em luxuosas construções verticalizadas e horizontais e atividades comerciais voltadas para as camadas de rendas média e alta, concentrando-se os grandes equipamentos públicos e privados. É uma região privilegiada pelo Poder Público com todos os seus benefícios, tais como: ruas limpas, jardins cheios de flores e equipamentos de lazer, dentre eles Shop.ing e até mesmo o estádio de futebol da cidade (MARINHO, 2006).

É nesse cenário que se encontra o CAPSI estudado, uma unidade de saúde pública voltada para toda a população goianiense. Seus serviços estão alicerçados nos princípios de acesso universal, público e gratuito. Para tanto, a maior parte do seu público evidencia-se em uma população carente.



## 3 MATERIAL E MÉTODO

### 3.1 Natureza do estudo

O presente estudo possui uma abordagem qualitativa, de caráter descritivo e exploratório. A análise dos dados foi baseada à luz da *Grounded Theory*, ou seja, teoria fundamentada em dados na modificação proposta por Charmaz (2009), a partir da abordagem originalmente desenvolvida pelos sociologistas Barney Glaser e Anselm Strauss, no livro *The Discovery of Grounded Theory* em 1967.

A *Grounded Theory* tem como prioridade os dados e o campo em estudo. Através destes a teoria é formulada, objetivando explicar o fenômeno mediante a análise dos dados empíricos obtidos de forma sistemática a partir de situações concretas (FLICK, 2009; MATIAS, 2004).

É necessário pontuarmos alguns conceitos referentes a essa teoria:

A *amostragem teórica* foi desenvolvida por Glaser e Strauss em 1967, e pode ser entendida como o mecanismo de coleta de dados em que o pesquisador pode decidir quais dados serão coletados e onde encontrar os mesmos para que possa desenvolver sua teoria (FLICK, 2009).

A *codificação* significa dar nomes a segmentos de dados, categorizando-os de forma que possam ser classificados analiticamente. Através dela, o pesquisador pode definir o que ocorre com os dados e alcançar uma teoria emergente para explicar os mesmos (CHAMAZ, 2009).

O *memorando ou memo* é um meio que o pesquisador utiliza para armazenar informações relevantes que poderão ser usadas na pesquisa para melhorar as reflexões sobre o fenômeno estudado. Sendo assim, esses registros poderão ser acrescidos à pesquisa sempre que se fizer necessário e sua importância tem ser demonstrada essencial na *Grounded Theory*.

As *notas de campo* são as observações realizadas pelo(a) pesquisador(a) durante a visita técnica domiciliar e escolar. Lembramos que, neste estudo, essas observações seguiram um roteiro que serviu para direcionar a mesma.

A *saturação teórica* ocorre quando há a exaustão dos dados, ou seja, os dados coletados não trazem propriedades novas que conduzem a outros códigos. No desenvolvimento metodológico de estudos de caso qualitativo, o conceito de amostra segue os seguintes critérios teóricos: 1) o quantitativo de participantes pode ser definido somente durante o processo em campo; 2) a seleção dos participantes - considera-se a qualidade das informações coletadas nas entrevistas e 3) a observação - conteúdo e qualidade das mesmas (HAMMERSLEY E ATKINSON, 1992).

Sendo assim, é válido ressaltar que para o estabelecimento de amostragem em pesquisa qualitativa não é permitido fechar o número de participantes antecipadamente, porque dependerá do conteúdo do sujeito em seu meio social (MINAYO, 1998)

Por outro lado, o critério é o de encerrar a coleta quando ocorre saturação. Isto significa que termina a coleta de dados quando não há nova informação relevante com cada novo participante acrescentado. Entende-se que tais informações se tornaram reincentes e deram mostras de exaustão, considerando que a coleta de dados deve ser encerrada quando os dados já coletados permitem responder à questão da pesquisa. Contudo, em consequência ao encerramento tem-se o número de participantes do estudo em questão (MINAYO, 1998)

Porém, Charmaz (2009) assinala que na *Grounded Theory* a saturação pode ser entendida como uma limitação do pesquisador, pois ao mudar a maneira de indagar o entrevistado poderemos obter novos dados.

Ressalta-se que essa teoria não tem a preocupação de analisar uma representatividade de dados sobre uma determinada população. Mas, sim, de aprofundar o conhecimento a respeito dos indivíduos ou grupo que se dispõe a pesquisar, a fim de gerar uma teoria de pesquisa alicerçada nos dados encontrados.

### **3.2 Participantes**

Os participantes deste estudo totalizaram trinta e cinco, entre crianças, cuidadores e profissionais residentes na cidade de Goiânia. Portanto, obtivemos a seguinte amostra:

- 12 crianças (sendo 3 do sexo feminino e 9 do sexo masculino) foram identificados pela sigla R seguida números. Como duas crianças moravam na mesma casa, elas foram nominadas de R8A e R8B. No entanto, foi realizada uma ficha de transcrição para cada uma

dessas crianças. Cabe ressaltar que nem todas as crianças indicadas pelos profissionais foram as que participaram do estudo. Durante o tempo em que a pesquisadora permaneceu no ambiente do CAPSI, elas foram identificadas e após a abordagem aceitaram participar da pesquisa. Do total de crianças pesquisadas, 7 residem em casas próprias e 5 residem em casas alugadas. Em relação à escola, 11 estudam em escolas públicas e 1 em escola conveniada à instituição filantrópica. Dentro desta amostra foram diagnosticadas crianças com transtorno de déficit da atenção com hiperatividade, dificuldades de aprendizagem específicas, ansiedade e depressão.

- 11 cuidadores (6 mães e 5 outros membros da família) foram identificados pela sigla C. Ressaltamos que uma das crianças ficava em dois ambientes domiciliares, portanto foi realizada a visita técnica nas duas residências, porém foi entrevistado somente um cuidador, pois consideramos que o cuidador a ser entrevistado teria que participar de forma ativa no tratamento da criança no CAPSI. A idéia de determinar esse critério surgiu devido ao fato de facilitar a abordagem da criança/cuidador para a participação na pesquisa no ambiente do CAPSI. Nesse sentido, acreditamos que ao entrevistar uma criança, cujo cuidador não a acompanha no tratamento seria um empecilho para que o mesmo concordasse em participar e assinar o TCLE. Pois, os responsáveis pelas crianças atendidas no CAPSI têm que participar do tratamento. Porém, muitas vezes, ao abordar o cuidador para que participasse da pesquisa, percebeu-se que o mesmo estava acompanhando a criança somente naquele dia; não era, portanto, o responsável direto pela criança. Esses foram excluídos do estudo.

- 12 profissionais (8 do sexo feminino e 4 do sexo masculino) que não se ocupavam somente das questões administrativas da instituição, mas que assistiam diretamente as crianças/famílias usuárias do serviço. Os profissionais da instituição foram identificados pela sigla P.

A seguir, no quadro 1, é apresentada a identificação das crianças e de suas respectivas cuidadoras participantes deste estudo.

<b>Quadro 1: Identificação das crianças e cuidadoras participantes do estudo</b>							
CRIANÇA	GENERO	IDADE	CUIDADOR DIRETO	BAIRRO/ REGIÃO	Nº DE IRMÃOS	RENDA FIANCEIRA	DIAG-NÓSTICO
R1	Feminino	11anos 5meses	C1	Bairro São Domingos/	1	3 salários	TDA

			(Tia paterna)	Noroeste		mínimos	
R2	Masculino	9anos 5meses	C2 (Mãe)	Jardim Novo Mundo/ Leste	2	2 salários mínimos	TDA
R3	Masculino	9anos	C3 (Mãe)	Vila Maria Luiza/ Leste	2	1 salário mínimo	TDAH
R4	Masculino	8anos	C4 (Mãe)	Santos Dumont/ Norte	0	3 salários mínimos	TDAH
R5	Masculino	9 anos	C5 (Avó paterna)	Vila São José/ Oeste	1	4 salários mínimos	TDA
R6	Masculino	7anos	C6 (Mãe)	Vila Canãa/ Campinas Centro	1	3 salários mínimos	TDAH
R7	Masculino	7anos	C7 (Mãe)	Setor Faiçalville/ Sudoeste	1	1 salário mínimo	Depressão
R8A	Feminino	8 anos	C8 (Avó materna)	Jardim Lagedo/ Leste	3	1 salário mínimo	TDA
R8B	Feminino	7 anos	C8 (Avó materna)	Jardim Lagedo/ Leste	3	1 salário mínimo	TDA
R9	Masculino	10 anos	C9 (Mãe)	Residencial Senador Albino/Noroeste  Vila São José/ Oeste  ( casa do Tio materno)	1	   3 salários mínimos	TDAH
R10	Masculino	7anos	C10 (Mãe)	Jardim do Cerrado/ Oeste	1	1 salário mínimo	TDAH
R11	Masculino	5anos	C11 (Mãe)	Residencial Itaipu/ Sudoeste	1	2 salários mínimos	TDAH

Nas fichas de transcrição foram utilizadas as siglas R para as crianças e C para as cuidadoras, acompanhadas com os números referidos no quadro. Em relação à coluna do

Diagnóstico o Transtorno de Déficit de Atenção sem e com Hiperatividade estão descritos pelas siglas (TDA e TDAH respectivamente).

A identificação dos profissionais que participaram deste estudo é apresentada no quadro 2.

<b>Quadro 2: Identificação dos profissionais participantes do estudo</b>		
<b>CATEGORIA PROFISSIONAL/SIGLA</b>	<b>GÊNERO</b>	<b>TEMPO DE ATUAÇÃO NO CAPSI</b>
P1 (Psicólogo)	Feminino	21 anos
P2 (Psicólogo)	Feminino	15 anos
P3 (Psicólogo)	Feminino	11 anos
P4 (Psicólogo)	Feminino	9 anos
P5 (Psicólogo)	Masculino	9 anos
P6 (Assistente Social)	Feminino	11 anos
P7 (Assistente Social)	Feminino	3 anos 6 meses
P8 (Arte-terapeuta)	Feminino	6 anos
P9 (Fonoaudióloga)	Feminino	15 anos
P10 (Psiquiatra)	Masculino	1 ano 6 meses
P11 (Educador Físico)	Masculino	5 anos
P12 (Educador Físico)	Masculino	4 anos

Nas fichas de transcrição foram utilizadas as siglas P numeradas de acordo com o andamento das entrevistas.

### **3.3 Cenário**

O CAPSI que foi escolhido para o presente estudo é uma unidade em saúde mental localizada na Região Sul da cidade de Goiânia, o qual é dotado de uma equipe multiprofissional, para atendimento a crianças e adolescentes de até dezoito anos de idade

residentes no município goianiense, que apresentam transtornos mentais e que tenham sido vítimas de violência. Tal instituição acolhe pessoas por demanda referenciada pelas Unidades de Saúde, Conselhos Tutelares, Escolas, Hospitais, entre outros, bem como por demanda espontânea. É referência para orientação e discussão em saúde mental junto às diversas entidades e organizações da sociedade goiana referente à criança e adolescentes portadores de transtornos mentais e vítimas de violência.

Ao todo, a unidade possui quarenta e sete profissionais (sendo gestores, assistencialistas e administrativos). Destes, vinte e sete profissionais participam da assistência diretamente. A equipe de saúde do CAPSI é composta por um diretor geral, uma diretora técnica, um diretor administrativo, doze técnicos administrativos, cinco psiquiatras, uma enfermeira, sete psicólogos, quatro assistentes sociais, três educadores físicos, quatro fonoaudiólogas, dois arte-terapeutas, dois musicoterapeutas, cinco recepcionistas, um farmacêutico e uma segurança.

As atividades desenvolvidas, nessa instituição, são bastante diversificadas, oferecendo atendimentos em grupos e individuais, oficinas terapêuticas e de criação, atividades físicas, atividades lúdicas, arte-terapia, além da distribuição da medicação prescrita aos pacientes. Esta última atividade, antes era considerada a principal forma de tratamento e atualmente caracteriza-se como parte do tratamento psicossocial. A instituição atualmente possui 3.367 prontuários, sendo 681 ativos. Destes, são 364 atendidos duas ou mais vezes por semana e assistido pela equipe multiprofissional através da participação em alguma atividade oferecida pelo CAPSI; e 317 são atendidos uma vez por mês em ambulatório e assistido somente pelo psiquiatra. Os pacientes que completam dezoito anos podem receber alta ou ser encaminhados para outra unidade destinada a pacientes adultos, isso dependerá do seu estado clínico.

A família é considerada como componente fundamental do processo de tratamento, nesse serviço de saúde mental, tendo atendimento específico (grupal ou individual) e livre acesso ao serviço sempre que se fizer necessário.

### **3.4 Critérios de inclusão e exclusão neste estudo**

Como critérios de inclusão de sujeitos participantes foram determinados os seguintes:

- Crianças com idade de 5 a 12 anos, de ambos os sexos e com psicopatologia diagnosticada, atendidas no CAPSI há pelo menos 1 ano e que concordaram em participar da entrevista;
- Sujeitos que os pais concordaram em participar da pesquisa, assinando o TCLE de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS);
- Responsáveis pela criança que participaram de forma ativa no tratamento da mesma no CAPSI e que concordaram em participar da pesquisa, assinando o TCLE de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS);
- Profissionais de nível superior que atendiam diretamente as crianças no CAPSI que aceitaram a participar da pesquisa e assinar o TCLE.

Os critérios de exclusão de sujeitos participantes foram deliberados os seguintes:

- Sujeitos que demonstram dificuldades ou falta de compreensão acerca das informações referentes ao estudo fornecidas pela pesquisadora e/ou com problemas de comunicação que dificultaram a entrevista;
- Componentes de grupos vulneráveis (populações indígenas);
- Aqueles que não concordaram em participar da pesquisa e aqueles que concordaram, mas não quiseram assinar o TCLE.

### **3.5 Coletas de dados**

Ressalta-se que o projeto de pesquisa foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Urgências de Goiânia (CEP/HUGO), sob o protocolo de número 055/2010 e aprovado em 21/10/2010. Somente após essa aprovação foi iniciada a coleta de dados.

A coleta de dados foi realizada em três momentos: entrevistas, visita técnica no domicílio da criança e visita técnica na escola/colégio da criança.

As entrevistas com os cuidadores e as crianças se organizaram à medida que os mesmos compareciam no CAPSI e foram realizadas tanto no período matutino quanto no vespertino. Já os profissionais foram entrevistados na própria instituição, de acordo com a disponibilidade dos mesmos.

Antes de cada entrevista os cuidadores e os profissionais foram devidamente informados sobre os propósitos desta pesquisa através de um termo de esclarecimento, e sua espontânea vontade de participar da mesma foi registrada através da assinatura no respectivo termo. Informamos que foram elaborados três modelos termos de esclarecimento, um para o profissional de saúde, um para o cuidador e um para o diretor ou responsável pela instituição de ensino, frequentada pela criança entrevistada neste estudo. Esses termos encontram-se anexos ao trabalho.

Os dados foram coletados através de entrevistas semi-estruturadas. As perguntas foram lidas e as entrevistas gravadas. Durante as entrevistas foram realizadas anotações, pela pesquisadora, sobre as observações pertinentes que poderiam ser relacionadas com as futuras categorias. Estas anotações constituíram os primeiros memorandos.

Após esse processo, as entrevistas foram transcritas para que prosseguisse a análise dos dados. A entrevista permitiu explorar os pontos de vista dos sujeitos entrevistados facilitando, assim, a interação com o entrevistador. O conteúdo das entrevistas contemplava temas determinados de acordo com uma revisão prévia da literatura. Foram feitas cinco perguntas para as crianças, dez para os cuidadores e quatro para os profissionais de saúde. As perguntas das entrevistas encontram-se no anexo deste trabalho.

Posteriormente às entrevistas com cada cuidador, foi marcado uma data e um horário para a visita técnica no domicílio e anotado os seguintes dados: endereço residencial da criança e telefone para contato. Porém, uma das cuidadoras não consentiu com a visita técnica, mas os dados informados na entrevista permaneceram na pesquisa, devido à relevância das informações. Após esse processo foi iniciado, então, o segundo momento da coleta de dados.

Na realização da visita técnica domiciliar, foram observados atentamente os seguintes aspectos: característica da residência ou escola, qualidade de saneamento básico, coleta urbana do lixo, acondicionamento do lixo pela família ou instituição, característica da rua/avenida da residência ou instituição, arborização/ praça recreativa/ pista e caminhada/ parque recreativo no local. É importante ressaltar que esse roteiro foi utilizado para direcionar a observação sistemática, ou seja, através dele a pesquisadora descrevia o ambiente da criança estudada. Portanto, trata-se de um roteiro que serviu para condução das notas de campo. Durante as visitas, à medida que o cuidador apresentava o domicílio, a pesquisadora tomava nota no caderno de campo. Para adquirir melhores informações sobre o ambiente da criança,



após o término de cada visita domiciliar, também foi observado o setor ou bairro (se há praças recreativas, parques etc) onde a criança pesquisada reside.

Durante a visita domiciliar foi solicitado ao cuidador o seu consentimento verbal, para visitar a instituição de ensino em que a criança frequentava. Iniciando, assim, o terceiro momento da coleta de dados.

As visitas técnicas escolares só foram realizadas após o consentimento verbal do cuidador e, posteriormente, de acordo com a espontânea vontade do diretor ou responsável pela instituição de ensino em participar da pesquisa e assinar o termo de esclarecimento. É importante informar que não foram consentidas três visitas escolares; sendo que duas foi devido ao não consentimento dos cuidadores e a outra foi devido ao não consentimento do diretor da instituição onde a criança estuda.

Para realizar a visita técnica escolar também foi utilizado um roteiro que seguiu as mesmas observações explicadas no roteiro da visita domiciliar. Ao abordar o diretor da instituição, o nome da criança permaneceu em sigilo.

Após o procedimento de coleta de dados dos três momentos, as informações de notas de campo das visitas domiciliares e escolares foram digitadas juntamente (na parte inferior) com a transcrição das entrevistas de cada criança, a fim de organizar os dados das entrevistas com suas respectivas notas de campo.

Na transcrição das entrevistas, os entrevistados foram identificados nas fichas de transcrição da seguinte forma: crianças letra R seguida do número de acordo com ordem em que as entrevistas transcorreram; cuidadoras letra C numerada de acordo com suas respectivas crianças; profissionais letra P também numerada conforme a ordem das entrevistas e notas de campo letra N, seguindo os números de acordo com a respectiva criança.

É importante explicar que duas das crianças entrevistadas são cuidadas pela mesma pessoa e, conseqüentemente, moram na mesma residência. Denominou-se a cuidadora (C8), as crianças R8A e R8B e a nota de campo (N8). Isso foi necessário para obter mais clareza na utilização das falas dos entrevistados no capítulo cinco deste trabalho.

Outra observação importante é que foi realizada uma nota de campo para o CAPSI, na qual o denominamos de N13.

### 3.6 Análise dos dados

A análise dos dados foi baseada no método indutivo, sendo utilizado o conjunto de princípios e práticas descritos no manual de Charmaz (2009), por proporcionar, além de uma redação analítica dos dados coletados, uma reflexão do processo como um todo. Concomitantemente, foi realizada uma revisão bibliográfica referente à problemática em estudo para o melhor aprofundamento da pesquisa.

De acordo com esses princípios, a análise organizou-se por meio de codificações. Tais codificações definem o que ocorre com os dados e organiza o significado dos mesmos. Resultando no desenvolvimento da teoria. Ou seja, inicia-se com a atribuição de conceitos e códigos aos dados semelhantes (material empírico) para chegar-se à análise dos códigos elaborando assim a teoria (CHARMAZ, 2009; FLICK, 2009).

No entanto, para proceder à codificação dos dados, seguiram-se algumas etapas que foram se constituindo hierarquicamente (FONTE, 2005). A seguir, estão descritas as cinco etapas junto à etapa intermediária.

A primeira etapa foi a “*Codificação Inicial*” em que, após a leitura de cada entrevista, tomamos consciência sobre o que os entrevistados vêem como problemático e identificamos cada incidente em códigos (unidades de sentido) dando início a análise.

A *Codificação focalizada* foi a segunda etapa, na qual se utilizou os códigos anteriores mais significativos em que optou por agrupar os dados semelhantes, desenvolvendo, assim, as categorias.

Neste processo, é importante citar uma etapa considerada de trabalho contínuo, denominada *Redação do memorando*. A elaboração dos memorandos constitui-se em uma etapa crucial, pois são as percepções adquiridas no decorrer da coleta de dados e das codificações, podendo ser extremamente úteis nas análises subsequentes.

A terceira etapa constitui a *Codificação axial*, na qual identificam as categorias às subcategorias, dando coerência à análise emergente.

*Codificação teórica* é a designação da quarta etapa. Identificam-se as relações entre as categorias desenvolvidas e ilustrando suas relações através das falas dos entrevistados.

E, por fim, a quinta etapa, denominada *redação do manuscrito*, na qual está uma integração entre os dados coletados e a literatura pertinente ao estudo em questão.

## 4 DESAFIOS E PERSPECTIVAS PSICOSSOCIAIS, FINANCEIROS E AMBIENTAIS DE CRIANÇAS ATENDIDAS NO CAPSI

De acordo com os relatos dos profissionais durante as entrevistas e/ou atividades terapêuticas, observa-se que muitas crianças demonstram suas carências afetivas e suas privações através da linguagem e gestos. Entende-se que isso é possível porque o olhar do profissional o permite identificar dados que não são relatados verbalmente pela criança. Mas que podem ser compreendidos a partir da convivência com a mesma na instituição.

A tabela 3 caracteriza de forma sistemática o ambiente físico das crianças atendidas no CAPSI. A leitura das entrevistas sugeriu a divisão em três categorias: psicossociais, financeiras e ambientais. Sendo estas relacionadas aos desafios do desenvolvimento infantil e dos recursos para o desenvolvimento infantil. Precisa ser observado que esta esquematização foi realizada posterior à construção das onze subcategorias descritas e somente pretende facilitar a visualização das mesmas.

**Quadro 3: A percepção da realidade das crianças de acordo com os entrevistados**

	<b>DESAFIOS AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL</b>	<b>RECURSOS PARA O DESENVOLVIMENTO INFANTIL</b>
<b>PSICOSSOCIAIS</b>	desafios na dinâmica familiar, incluindo dificuldades e comportamentos inadequados dos adultos da família; interação social limitada; abordagem pedagógica desvinculada do psicossocial;	a dinâmica familiar possui organização própria, às vezes encontrando soluções para os desafios; o brincar, os brinquedos e os amigos são essenciais na vida da criança; a instituição tem uma estrutura acolhedora tanto no seu aspecto lúdico, quanto pela sua inserção numa rede de atenção; o contexto sócio-político apóia abordagem integrativa;
<b>FINANCEIROS</b>	privações materiais e suas conseqüências psicossociais.	os recursos materiais da família, ainda que escassos, podem ser

---

	direcionados para o bem da criança.	
<b>AMBIENTAIS</b>	condições inadequadas dos microssistemas vividos pela criança.	condições adequadas dos sistemas vividos pela criança.

---

Os resultados desta investigação encontram-se reunidos em seis categorias, derivadas de um sistemático trabalho de categorização. Temos assim, as seguintes categorias: fatores psicossociais, fatores financeiros e fatores ambientais; todos estão relacionados aos desafios do desenvolvimento infantil e novamente fatores psicossociais, fatores financeiros e fatores ambientais, porém relacionados aos recursos do desenvolvimento infantil.

Contidas nestas categorias, temos onze subcategorias sendo: cinco consideradas aspectos de desafios ao desenvolvimento infantil: *desafios na dinâmica família; o brincar, os brinquedos e os amigos são essenciais na vida da criança; interação social limitada; abordagem pedagógica desvinculada do psicossocial; privações materiais e suas consequências psicossociais; condições inadequadas dos microssistemas vividos pela criança*. E seis consideradas recursos ao desenvolvimento infantil: *a dinâmica familiar possui organização própria, às vezes, encontrando soluções para os desafios; a instituição tem uma estrutura acolhedora tanto no seu aspecto lúdico, quanto pela sua inserção numa rede de atenção; contexto sócio-político apoia abordagem integrativa; recursos materiais da família, ainda que escassos, que podem ser direcionados para o bem da criança; condições adequadas dos microssistemas vividos pela criança*.

Em seguida, estão a descrição e a explicação pormenorizada, com exemplificação das falas dos entrevistados, apoiando para tal aos quadros 4 a 9 com a esquematização de cada categoria e subcategoria.

#### **4.1 Desafios psicossociais ao desenvolvimento infantil**

No quadro 4, tem-se esquematizados os *Desafios psicossociais ao desenvolvimento infantil*, em que pode-se perceber as suas três subcategorias principais que inclui os *Desafios na Dinâmica Familiar*, a *Interação Social Limitada* e a *Abordagem Pedagógica Desvinculada do Psicossocial*.

De acordo com as falas da maioria das cuidadoras, percebem-se famílias com relacionamentos conflituosos como exemplo, a falta de diálogo entre seus membros e a situação conjugal com problemas na relação (C3). Mãe com função de chefe de família. Avós cuidadoras (exemplo C8) sobrecarregadas e sem condição de delegar a responsabilidade do cuidado a outro membro da família porque os pais biológicos são usuários de drogas ilícitas.

Nas falas dos profissionais, percebe-se que os comportamentos éticos e morais insuficientes dos adultos criam perigos para muitas crianças dentro de casa. O padrão de autoridade, às vezes, é inadequado, exigindo da criança um comportamento adulto (P1), em que os adultos utilizam de agressão (física e moral) como forma de educar. E algumas famílias não conseguem integrar a rotina aos horários do CAPSI dificultando o tratamento da criança (P10). Os profissionais também reconhecem que boa parte dos cuidadores (atendidos no CAPSI) possui um conhecimento limitado para estimular o desenvolvimento psicossocial da criança, não sabendo lidar com o comportamento agressivo-opositor e autodestrutivo que a criança apresenta. Além disso, observam também que a falta de percepção dos cuidadores para as necessidades da criança, faz com eles a responsabilize pelas próprias dificuldades que apresenta, referindo que a criança tem um problema.

Na fala de uma das crianças (R4), identificada no quadro 1, outro fator que ficou evidenciado, nesta subcategoria, é a adaptação da estrutura familiar, pois a figura do pai é substituída pela figura do padrasto que não é reconhecido pela criança como um membro da família, mas sim como o namorado da mãe.

A *Interação Social Limitada* foi outro tema identificado nos relatos dos entrevistados. De acordo com os depoimentos das crianças, a falta de amigos para brincar demonstrou ser algo negativo (R11).

Observou-se nas falas de algumas cuidadoras que as crianças convivem somente com adultos, pois quando não estão na escola elas ficam em suas casas privadas de outros espaços e interações sociais. Uma das crianças estudadas demonstrou, durante a entrevista, sua admiração pela própria escola por considerá-la um ambiente diferente pelo fato de haver muitas crianças para se interagir (brincar) (R4).

Já para os profissionais, a ausência da figura paterna na vida da criança (P9) ou a ausência de pais profissionalmente ativos limita ainda mais as possibilidades de interação social. Geralmente o tempo que estes dispensam às crianças é visto como insuficiente. Sendo

assim, esses pais delegam a tarefa de cuidar dos filhos a outros, o que pode dificultar o relacionamento familiar, pois muitas vezes a criança só obtém a atenção dos seus pais quando apresenta um comportamento inadequado. No entanto, os pais que não conhecem suas crianças suficientemente não conseguem entender os comportamentos das mesmas e reagem de forma agressiva (P1). Uma das cuidadoras entrevistadas relata que antes do diagnóstico de hiperatividade do filho, o pai da criança utilizava até de “surras” para aquietá-lo, pois o considerava muito “peralta”.

A subcategoria *Abordagem Pedagógica Desvinculada do Psicossocial* diz respeito à maneira como as instituições escolares vem desempenhando o papel psicossocial com as crianças que apresentam problemas psicoemocionais. Alguns profissionais expressam que a maioria das escolas responsabiliza a criança pelas dificuldades que ela apresenta (P12). Nesse sentido, boa parte das cuidadoras manifestou insatisfações com o despreparo da instituição de ensino (C10). No entanto tiveram a necessidade de trocar seus filhos de escola por considerarem que os mesmos estavam sendo discriminados ou por tentarem encontrar profissionais capacitados para entender e estimular o desenvolvimento dos mesmos (C2).

**Quadro 4 – Discurso dos sujeitos acerca dos desafios psicossociais ao desenvolvimento infantil**

<b>Categoria Principal</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Exemplos do Discurso</b>
<b>DESAFIOS PSICOSSOCIAIS AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL</b>	Desafios na Dinâmica Familiar	<i>C3: “A gente tá veno se vai separar agora.”; C7: “[...] eu que trabalho (mãe).”; C8: “As mães à noite elas ficam é na gandaia. É envolvida com prostituição. Ninguém trabalha [...] Então eu não tenho confiança de deixar as crianças com a própria mãe biológica (avó)”; P1: “[...] é um contexto complexo exige da criança o perfil de adulto”; P10: “Tem uma mãe aqui que até hoje eu não consegui conciliar um horário de atendimento da criança.”; R4: “Gosto de ‘brincá’ com o namorado da minha mãe.”</i>
	Interação Social Limitada	<i>R11: “Meus amiguinhos não vão lá na minha casa!”; R4 “ Minha escola é diferente. Tem muitos meninos pra brincar.”; C4: “ Como a gente não convive muito com outras pessoas [...] ele brinca mais sozinho [...].”; P9: “Mas, a maioria das crianças não tem o acompanhamento de um pai, ou o pai responsável.”; P1 “[...] o pai não consegue dar atenção que deveria dar para a criança, mas não conseguem perceber isso.”</i>
		<i>P12: “ [...] a escola também responsabiliza a criança pelo que ela</i>

Abordagem pedagógica desvinculada do psicossocial	<i>está apresentando.” ; C10: “Na verdade as escolas não querem responsabilidade com uma criança hiperativa [...]. Aí elas falam que não sabem lidar.”; C2: “Ele estudava lá perto da região, aí como ele não ‘tava’ desenvolvendo eu coloquei ele em outro setor [...] onde tem uma professora de apoio.”</i>
---	--

## 4.2 Desafios financeiros ao desenvolvimento infantil

Os *Desafios financeiros ao desenvolvimento infantil* referem a baixa renda econômica da família e sua limitação de aquisição de bens. Nesta temática o que ficou mais evidente, nos depoimentos dos profissionais e das cuidadoras, foi a baixa renda (C7, C8, P6).

A maioria dos profissionais acredita que o fator baixa renda ocasiona privações materiais que levam a prejuízos psicossociais (P8). Acreditam que tal privação faz com que a criança fique muito restrita aos microsistemas residência e escola, não ampliando os seus mesossistemas em decorrência das poucas possibilidades econômicas das famílias.

É interessante pontuar as falas das assistentes sociais, pois parecem divergir dos demais profissionais. Porém, usam uma classificação sócio-econômica específica de sua prática, como pode ser visualizado no quadro 2, nas falas de (P7) e (P11). As profissionais consideram que as famílias possuem um bom nível econômico pelo fato do responsável ter um emprego formal e conseqüentemente um salário. Outro ponto relatado, por elas, foi a quantidade de carros dos pais dos pacientes, estacionada em frente ao CAPSI. Contudo, elas acreditam que muitas famílias não passam as reais informações sobre sua situação econômica, provavelmente por receio de que a instituição não aceite tratar a sua criança.

O quadro 5 apresenta, em seguida, a sistematização desta categoria e exemplos do discurso.

### Quadro 5: Discurso dos sujeitos sobre os desafios financeiros desfavoráveis ao desenvolvimento infantil

Categoria Principal	Subcategoria	Exemplos do Discurso
---------------------	--------------	----------------------

<b>DESAFIOS FINANCEIROS AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL</b>	Privações materiais <i>C7: “Porque minha renda é pouca.”; C8: “[...] o salário é pouco, muito pouco.”; P6: “A maioria aqui é média baixa e baixa mesmo, classe bem desfavorecida, totalmente [...] ”; P8: “Essa falta material leva a um processo de exclusão social.”; P7: “Nós temos uma clientela muito heterogênea [...] são pessoas do nível social um pouco melhor.”; P11: “[...] hoje atende classe média e média alta, mais ou menos 80% e 20% baixa.”</i>
---	---

### 4.3 Desafios ambientais ao desenvolvimento infantil

Nesta categoria, *Desafios ambientais ao desenvolvimento infantil*, evidenciou-se as condições do ambiente domiciliar, escolar e o CAPSI, ou seja, locais onde a criança convive boa parte do seu cotidiano. Os aspectos percebidos e relatados foram:

- **Domicílio:** Boa parte das residências não foram projetadas com a finalidade de moradia, apresentando infraestrutura e dimensionamento inadequados (C6), pois essas construções foram projetadas para serem casas comerciais. Neste contexto, alguns profissionais relatam que a criança não tem sua individualidade considerada (P10). Na maioria dessas residências, não há um quarto destinado ao repouso da criança, sendo que a maioria compartilha a mesma cama ou a deixa para outro membro da família que é adulto (R8B e R2). Em duas residências, ficou evidenciado um grande número de pessoas convivendo em um espaço muito pequeno, como por exemplo, dez pessoas residindo em três cômodos. Também foi encontrado o acondicionamento inadequado do lixo na maioria das residências. A falta de um espaço recreativo adequado para atender às necessidades da criança foi outro aspecto encontrado na maior parte das casas. Evidenciou-se a existência de praça recreativa próxima a todas as residências, porém nove das onze praças visitadas, encontravam-se desfavoráveis ao uso, apresentando uma higienização inadequada, precariedade de área verde e com brinquedos quebrados e enferrujados.

- **Escola:** evidenciou-se nas notas de campo e na fala dos sujeitos que a estrutura física das escolas não é preparada para receber as crianças. Os espaços são, muitas vezes, improvisados para a realização das atividades. As reformas realizadas durante o período de aula causam transtornos e desconforto para a criança. A higienização inadequada também foi



encontrada como uma realidade escolar em quatro instituições visitadas. É importante ressaltar que todas as escolas visitadas eram destinadas à educação infantil, porém nove das dez escolas não tinham parque recreativo. Uma das escolas era destinada a alunos especiais, entretanto sua arquitetura era constituída de escadas e degraus.

- Caminho percorrido para ir de casa à escola: Observou-se que nove crianças faz o casa/escola a pé. Elas passam por ruas isoladas, lotes baldios cheios de entulhos e lixos, avenidas muito movimentadas por veículos de grande, médio e pequeno porte que trafegam em alta velocidade e, muitas vezes, não há calçada para pedestres. Duas das crianças vão de carro enfrentando o trânsito urbano. Uma das crianças percorre 18 quilômetros em transporte coletivo para chegar até à escola.

- CAPSI: É uma residência de três pavimentos que foi improvisada em uma unidade de saúde mental. Há alguns problemas na estrutura física como infiltração nas paredes, fazendo com que algumas salas destinadas às terapias e aos consultórios tornem-se mofadas e impróprias à execução das atividades.

A sistematização desta categoria e exemplos do discurso encontram-se no quadro 6.

**Quadro 6: Discurso dos sujeitos relacionado aos desafios ambientais ao desenvolvimento infantil**

Categoria Principal	Subcategoria	Exemplos do Discurso
<b>DESAFIO AMBIENTIAS AO DESENVOLVIMENTO INFANTI</b>	Condições inadequadas dos microssistemas vividos	<i>C6: “Nós moramos numa quitinete. É um quarto bem grande, mas é um quarto só.”; P10: “ a criança chega pra mim e fala: ‘Tia P10 na minha casa não tem porta [...] Aí eu pergunto: Ah, onde você dorme?! ‘Eu durmo junto com o meu pai, com meu avô.’ Com um monte de gente, não é!’ Então esta questão do quarto, da individualidade [...] é complicado.”; R8B: “[...] Então eu, a mãe dela e ela dorme lá na cama [...].”; “R2: “Quando o meu tio não tava aqui, eu tinha uma cama de casal. Eu também tô durmino no cochão de casal. É cochão.”.</i>

#### 4.4 Recursos psicossociais ao desenvolvimento infantil

Sobre os *Recursos psicossociais ao desenvolvimento infantil* tem-se esquematizadas, no quadro 4, suas quatro subcategorias: A dinâmica familiar possui organização própria, às vezes, encontrando soluções para os desafios; O brincar, os brinquedos e os amigos são elementos positivos na vida da criança; A instituição tem uma estrutura acolhedora tanto no seu aspecto lúdico, quanto pela sua inserção numa rede de atenção e o contexto sócio-político apoia abordagem integrativa.

Assim na subcategoria *A dinâmica familiar possui organização própria, às vezes, encontrando soluções para os desafios* percebe-se que algumas cuidadoras, uma minoria, conseguem providenciar uma supervisão contínua sobre a criança. Consequentemente, são participativas da vida e do tratamento da mesma. Neste aspecto, foi encontrada, em duas famílias, a figura da avó no cuidado da criança (C5 e C8). As avós, muitas vezes, são atrizes primordiais na salvação da estrutura familiar em meio ao caos assistencial. Já em uma das famílias o cuidado foi relegado à tia paterna que reconhece a necessidade que a criança tem de acompanhamento profissional. E, mesmo sabendo das limitações da criança, ela tenta estimular a autonomia da mesma (C1). Muitas das cuidadoras percebem a necessidade de limitar o uso da televisão e para isso buscam outras atividades sociais para a criança (C10).

Em contrapartida, percebe-se que para as cuidadoras manterem suas crianças em outras atividades, como esporte e música, conforme mencionado por elas, requer um grande esforço econômico, por parte da família, pois a renda financeira é muito escassa. Para isso, as cuidadoras contam com a ajuda de outros familiares.

Verifica-se, nesta subcategoria, que alguns profissionais reconhecem que algumas famílias não têm em seu cotidiano as dificuldades econômicas como um estorvo em sua dinâmica (P12). Porém, os profissionais reconhecem que pouquíssimas famílias de baixa renda, possuem um convívio familiar saudável. Isso pôde ser observado em apenas duas das onze famílias participantes do estudo.

Tratando-se *Do brincar, os brinquedos e os amigos são elementos positivos na vida da criança*, ao questionar as crianças sobre o que fazem no tempo livre todas enfatizaram com bastante ânimo que gostam de brincar. Notou-se também com bastante ênfase nas falas de todas as crianças a presença de amigos nas escolas e na rua de suas residências. Isso pode ser comprovado com as amostras de falas no quadro 4.

Em relação *A instituição tem uma estrutura acolhedora tanto no seu aspecto lúdico, quanto pela sua inserção numa rede de atenção* evidenciou-se nas notas de campo que o serviço no CAPSI funciona de forma acolhedora e como parte deste acolhimento, os profissionais mencionam a piscina existente na instituição como um importante atrativo. Nas visitas, percebeu-se que as crianças gostam muito da piscina. Assim, que chegam ao CAPSI, elas procuram rapidamente o educador físico, pois ele não só supervisiona a atividade aquática como trabalha o aspecto social da criança. O educador físico e a arte-terapeuta, através das atividades lúdicas, prestam uma assistência diferenciada que contempla os aspectos sociais e emocionais das crianças (P3).

Nota-se que as visitas domiciliares também faz parte do processo de acolhimento, pois os profissionais apontam que através delas pode-se fazer busca ativa dos pacientes inassíduos e proporcionar maior conhecimento socioeconômico por oferecer-lhes uma compreensão da realidade que em a criança vive (P12).

Na fala de P12, ainda pôde ser observar o comprometimento dos profissionais para com o tratamento do paciente e o reconhecimento dos mesmos quanto à necessidade de se trabalhar em conjunto com a instituição escolar.

Na subcategoria *O contexto sócio-político apoia abordagem integrativa* trabalha em conjunto a uma rede de atenção às crianças e suas famílias. Como exemplo, os profissionais relatam a parceria da instituição com o Sindicato das Empresas de Transporte Coletivo de Goiânia (SETRANSP) para a liberação de “passe livre” no transporte coletivo, a fim de garantir a locomoção das famílias carentes ao tratamento ao CAPSI (P5).

Outro aspecto evidenciado na fala de (P5) é o reconhecimento do profissional de saúde em trabalhar conjuntamente com os profissionais da escola. Mas na maioria das instituições de ensino não há um profissional capacitado para lidar com questões de saúde mental. Na amostra, ficou evidente que das 11 cuidadoras entrevistadas somente uma relatou a existência de professor de apoio na escola da criança (C2).

É importante ressaltar que a instituição também está ligada à Secretaria Municipal de Saúde e conta com uma rede de atenção que lhe oferece outros serviços para atender às necessidades dos pacientes.

**Quadro 7: Discurso dos sujeitos sobre os recursos fatores psicossociais ao desenvolvimento Infantil**

Categoria Principal	Subcategoria	Exemplos do Discurso
RECURSOS PSICOSSOCIAIS AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL	A dinâmica familiar possui organização própria, às vezes encontrando soluções para os desafios.	<i>C5: “Se deixar solto pode ser que aprende coisa errada.”; C8: “[...] vivo por essas moças (netas) pra zelar delas.”; C1: “!É que a gente que que a R1 caminha sozinha [...] Porque se ela perder a gente ela não vai ter que caminhar!?”; C10: “Aí, pra não ficar em casa e para tentar tirar ele um pouco da televisão [...] a gente colocamos ele na escolinha de música [...].”; P12: “ A gente tem algumas famílias extremamente humildes, mas [...] uma dinâmica familiar saudável”</i>
	O brincar, os brinquedos e os amigos são elementos positivos na vida da criança	<i>R5: “Gosto mais de jogar videogame.” ; R6: “Gosto de brincar de pique-esconde. Brincar de trenzinho, com as massinhas mágicas.”; C8B: “Lá na minha casa tem brinquedo.”; R1: “ Eu brinco em casa e na rua [...] eu tenho amigos.” ; R2: “Mudei de escola, tenho amigos”; R9: “Eu gosto de jogar bola e brincar de nhô-nhô com os meninos [...] Tenho um pouco de coleguinhas.”; R10: “Eu tenho muitos amigos”; R11: “Eu tenho coleguinhas, ta lá na escola [...].”</i>
	A instituição tem uma estrutura acolhedora tanto no seu aspecto lúdico, quanto pela sua inserção numa rede de atenção	<i>P3: “O trabalho da arte-terapia [... são várias técnicas que são [...] são oferecidas ao usuário, de forma diferenciada [...]”; P10: “Aquelas crianças que eu tenho a possibilidade e a necessidade de fazer uma visita na escola ou na casa [...] os dados ficam mais concretos”; P12: “Quando o paciente não vem aqui, a aderência está ruim, a gente tenta sempre de está atento para ir atrás do paciente [...]. a gente vai lá para mostrar o interesse da unidade [...]. Cada caso a gente estuda antes de tomar as decisões.”</i>
	O contexto sócio-político apóia abordagem integrativa	<i>P5: “Às vezes, a gente tem que ir à escola para fazer essa troca [...] E o passe-livre é consentido pelo Setransp que tem um acordo nos casos onde é comprovado a dificuldade econômica da família [...] então eles liberam essa parte [...] isso atende essa demanda grande de pessoas que não viriam se não tivesse esse apoio.”; C2: “na escola [...] tem uma professora de apoio [...] ela é psicóloga, é fono, é tudo.”</i>

#### 4.5 Recursos financeiros ao desenvolvimento infantil

O quadro 8 sistematiza a categoria principal *Recursos financeiros ao desenvolvimento infantil*, bem como sua subcategoria e exemplos do discurso.

Nesta subcategoria, observou-se que em todas as famílias os responsáveis pela criança são profissionalmente ativos, e mesmo que suas profissões não sejam muito rentáveis, eles procuram uma estabilidade para oferecer conforto à família (C4, C6, C9, C10). Como exemplo disto, no decorrer das visitas foi observado que seis famílias possuem casa própria, sendo esse dado constatado nas famílias de R1, R3, R5, R8, R10 e R11. Outro exemplo evidenciado foi uma família que improvisou uma piscina para atender o desejo das netas (C8).

Neste contexto, também pôde ser detectado que duas crianças praticam esporte e uma delas faz aulas de música (R2 e R10). As cuidadoras relataram, durante as visitas domiciliares, que apesar de seus recursos financeiros serem limitados, tais atividades foram possíveis devido ao fato da família se esforçar bastante e contar com a ajuda de familiares, para atender às necessidades da criança. Visando lhes promover um bem-estar e mantendo-as em atividades que auxiliarão no processo de desenvolvimento.

#### **Quadro 8: Discurso dos sujeitos relacionado aos recursos financeiros ao desenvolvimento infantil**

<b>Categoria Principal</b>	<b>Subcategoria Principal</b>	<b>Exemplos do Discurso</b>
<b>RECURSOS FINANCEIROS AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL</b>	Os recursos materiais da família, ainda que escassos, podem ser direcionados para o bem da criança	<i>C4: “Eu sou artesã [...]”; C6: “Eu sou diarista [...] Eu e meu esposo trabalha, ele é chaveiro.”; C9: “[...] eu sou salgadeira”; C10: “Eu sou gari [...]” C8: “[...] improvisei uma piscina de caixa d’água, né! Pra elas brincar.”; R2: “[...] eu faço esporte. É futebol e natação.”; R10: “Eu faço vôlei. Na escola de manhã eu faço música e violino [...] eu vô de carro. Vô com o meu tio.”</i>

#### **4.6 Recursos ambientais ao desenvolvimento infantil**

Sobre as condições dos ambientes em que as crianças estudadas vivem também se observou os recursos ao desenvolvimento infantil.

- **Domicílio:** Observou-se que em três residências havia espaço para brincar, quarto e cama destinados à criança (C3 e C4). Além, da higienização adequada e um quintal com presença de árvores e plantas. Também foi observado que próximo às residências, somente três praças possuem a presença de campo de futebol gramado, quadra e um lago centralizado contendo peixes. Com bancos, lixeiras, flores e árvores por todos os lados. Contornada por pista de caminhada. Sua higienização estava adequada. Fica aproximadamente a 900m da casa do tio da criança.

- **Escola:** De todas as escolas visitadas somente uma possui características infantis com um pequeno parque, paredes pintadas em cores harmoniosas e desenhos nas dependências interna e externa, com mensagens motivadoras. Duas escolas continham um grande espaço arborizado onde as crianças podiam brincar durante o intervalo recreativo (R5).

- **CAPSI:** Em relação ao CAPSI, notou-se que o mesmo possui uma grande área recreativa, em sua maior parte gramada e bem arborizada. Assemelha-se a uma chácara. O que lhe confere um local tranquilo onde se ouve até o canto dos pássaros.

No quadro 9, que se apresenta em seguida, esquematizam-se os *Recursos ambientais ao desenvolvimento infantil* com sua subcategoria e exemplos do discurso.

**Quadro 9: Discurso dos sujeitos acerca dos recursos ambientais ao desenvolvimento infantil**

Categoria Principal	Subcategoria Principal	Exemplos do Discurso
RECURSOS AMBIENTAIS AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL	Condições adequadas dos microssistemas vividos.	C4: “Ele tem o quartinho dele [...]”; C3: “Lá em casa ele gosta de subir no pé de goiaba.”; R5: “Tem um tantão de árvore lá no pátio da escola.”;

## **5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Neste capítulo pretende-se contextualizar os resultados encontrados sobre a temática em causa. No entanto, para realizar esta discussão pode-se recorrer às exemplificações dos discursos dos participantes e à literatura existente sobre o assunto.

No intuito de organizar esta discussão de forma mais estruturada, optou-se por analisar os resultados considerando cada categoria encontrada, de acordo com: desafios psicossociais ao desenvolvimento infantil (5.1), desafios financeiros ao desenvolvimento infantil (5.2), desafios ambientais ao desenvolvimento infantil (5.3), recursos psicossociais ao desenvolvimento infantil (5.4), recursos financeiros ao desenvolvimento infantil (5.5) e recursos ambientais ao desenvolvimento infantil (5.6).

### **5.1 Desafios psicossociais ao desenvolvimento infantil**

Constatou-se na amostra que alguns desafios psicossociais enfrentados pela família dificultam o desenvolvimento infantil. Vale ressaltar que todos os participantes em algum momento citaram um dificultador psicossocial, a saber: famílias com situação conjugal desestruturada; a falta de diálogo entre seus membros; adultos usuários de drogas ilícitas, com comportamentos éticos morais insuficientes; e padrão de autoridade inadequado, desconhecendo o limite da criança em relação à compreensão de determinadas situações sendo até agressivos na forma de educar.

Ressalta-se que as cuidadoras e as crianças geralmente não reconhecem os elementos de riscos mesmo sendo por eles relatados, ao contrário dos profissionais que compreendem a problemática da família. Contudo, diante de seus depoimentos encontramos amparo na literatura que se refere a determinante de risco para criança, isto é, a exposição à violência de forma direta e/ou indireta. O estabelecimento de regras desnecessárias, o conhecimento do certo e do errado quanto ao uso de drogas e práticas educacionais negativas por parte dos responsáveis são reconhecidos como fatores de risco à saúde mental da criança (MAIA E WILLIAMS, 2005).

Pesquisas apontam que a imaturidade dos cuidadores pode estar ligada ao entendimento inadequado de seus papéis e à inabilidade de educar e de perceber as

necessidades da criança. Estes, portanto, tendem a reagir mais negativamente ao comportamento infantil do que outros pais que atentam e reconhecem as demandas da criança (DIAS E ALBUQUERQUE, 2005).

Outro fator que se percebe na amostra é o novo modelo na estrutura familiar. Antes, as famílias eram compostas por pais biológicos e todos os filhos que moravam na casa eram destes mesmos pais. Atualmente, tem-se a família denominada família mista. Houve nesta amostra, estrutura familiar em que há a convivência do filho com o padrasto, sendo este reconhecido pela criança como “o namorado da minha mãe”. Cecconellon (2003) assinala que o divórcio e o “re-casamento” são situações que podem colocar em risco o desenvolvimento da criança; isso acontece quando a convivência familiar não se organiza de forma harmoniosa. Para tanto, o efeito interativo dos fatores de risco pode ser multiplicativo, ou seja, um risco pode ocasionar outro. Diante deste pressuposto, observou-se que as crianças que convivem com padrastos/madrastas, tiveram, primeiramente, que vivenciar a angústia causada pela separação dos seus pais biológicos, isso faz com que elas estejam cada vez mais vulneráveis a outros fatores negativos.

A questão da falta de afeto observada pelos profissionais através da convivência com as crianças também constitui um determinante de risco. A criança precisa se sentir amada e acolhida por aqueles que cuidam dela. Se, na execução das práticas educativas entre os cuidadores e as crianças, não existir o envolvimento do afeto, essas práticas não favorecerão o desenvolvimento infantil, pois dificultará sua percepção e seu equilíbrio. Percebe-se, nos depoimentos dos profissionais, que crianças com carências afetivas possuem cuidadores que também não conviveram com a afetividade no seu processo de desenvolvimento. Isso nos remete a pensar que estes cuidadores não conseguem oferecer à criança o que eles não tiveram ou não aprenderam. Os estudos realizados por Sapienza e Pedromônico (2005) sobre risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança, enfocam que crianças, cujos pais têm desordens afetivas são vulneráveis a eventos estressores e, conseqüentemente, possuem maior risco a problemas de desenvolvimento. A privação de cuidados afetivos, por parte dos cuidadores, pode acarretar prejuízos desastrosos, pois uma exagerada necessidade de laços afetivos pode predispor as crianças a reagirem mais tarde, de forma agressiva diante das tensões. Como não receberam apoio emocional na infância para lidar com situações estressantes também não sabem lidar com as adversidades na vida futura.

Em relação à limitação social, a amostra deste estudo relata o cotidiano familiar, no qual algumas crianças não possuem uma relação direta com o pai, criança que convive



somente com adultos e/ou que possuem poucos amigos. No modelo de Bronfenbrenner ([1979]1996), os pais constituem uma fonte de apoio social significativa na vida dos filhos e a ausência deles dificulta o processo de socialização da criança (CECCONELLON, 2003). Sabemos que as famílias que não promovem abertura para contatos sociais externos, provocam uma limitação ao desenvolvimento das habilidades sociais infantil. O processo de correlacionar depende das interações que a criança experimenta nos eventos vivenciados, pois através das experiências as crianças aprendem a relacionar socialmente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Outro aspecto a considerar é a abordagem pedagógica desvinculada do psicossocial, o que se remete a questionar se não foi dada aos professores, durante a sua formação pedagógica, formação suficiente em questões de saúde mental ou de como orientar uma criança com dificuldade psicossocial. Bem como aliar-se à família, a fim de averiguar o caso e com isso, auxiliá-la e orientá-la quanto à educação acadêmica da criança sem excluir a mesma como estratégia pedagógica.

Neste caso, o trabalho executado pelas escolas dificulta o desenvolvimento infantil, pois crianças excluídas das e nas escolas resulta em uma restrição nas relações com os seus pares. Podendo levá-las a desenvolver comportamentos negativos, como baixa autoestima e tornando-as mais vulneráveis a problemas posteriores como a depressão e comportamento antissocial (BARNES, 2000).

## **5.2 Desafios financeiros ao desenvolvimento infantil**

A questão financeira foi outra categoria pautada nos resultados. As dificuldades econômicas enfrentadas por uma família é um fator de risco relevante, pois a falta de recursos financeiros ocasiona um ambiente de estresse, gerando problemas situacionais que levam a consequências sérias e globais para o desenvolvimento da criança (AIELLO E WILLIAMS, 2000). Viver na pobreza implica, muitas vezes, uma limitação no desenvolvimento, além de afetar a relação conjugal e relações entre pais e crianças (CECCONELLON, 2003).

Na amostra desta pesquisa foi mencionado, pela maior parte dos profissionais entrevistados, que o perfil econômico das famílias atendidas no CAPSI é baixo. Porém, percebe-se uma divergência entre os dez profissionais de outras categorias e as duas assistentes sociais.

Diante disso, percebe-se certa divergência sobre o perfil econômico das famílias atendidas na instituição, pois dos doze profissionais entrevistados somente dois relataram que as famílias possuem um perfil econômico de níveis médio e alto. Estas profissionais alegam que os dados oferecidos pelas famílias quanto ao seu perfil socioeconômico não são confiáveis.

Durante o contato com as famílias que participaram desta pesquisa (um total de doze famílias), tanto no ambiente terapêutico quanto no ambiente domiciliar, verificou-se que são famílias que residem em regiões periféricas da cidade, boa parte não reside em casa própria e suas crianças estudam em escolas públicas.

Contudo, há de considerar-se que o perfil socioeconômico de doze famílias seja comparado ao perfil de todas as famílias atendidas na instituição. A saber, o CAPSI possui 3.367 prontuários, sendo 681 ativos. Para tanto, sugere um estudo futuro a respeito desse tema para a obtenção de informações baseadas em evidências e comprovadas através de métodos científicos.

### **5.3 Desafios ambientais ao desenvolvimento infantil**

As condições ambientais encontradas na amostra em estudo são constituídas de fatores de risco. Toda criança necessita de um ambiente qualificado que atenda as suas particularidades e que lhe ofereça recursos para desenvolver suas potencialidades. O espaço para brincar, o espaço para dormir, o ambiente escolar voltado para os seus anseios são aspectos que devem ser considerados. Entretanto, o que percebemos em nossa amostra é que os micro-espacos vividos pela criança não são voltados para as necessidades da mesma.

Quando se fala em qualidade do ambiente, devem-se considerar algumas questões, tais como os aspectos econômicos. Logicamente que uma criança provida de recursos financeiros terá suas necessidades facilmente supridas. Contudo, essa não é a realidade das crianças de nossa amostra. Para tanto, consideramos um ambiente qualificado para o desenvolvimento infantil aquele preparado para suprir suas necessidades básicas, a saber: higienizado, com espaço para brincar, sem riscos para a ocorrência de lesões não intencionais (acidentes domésticos) e que ofereça contato com a natureza.

Vive-se em uma sociedade em que o adulto é o centro de todas as situações. Para tanto, a criança não é pensada como um membro, cujas prioridades devem ser consideradas. Isso fica evidenciado quando as notas de campo revelam espaços escolares que não possuem características físicas atrativas à criança. Durante as visitas técnicas, pôde-se constatar que somente uma escola possuía parque recreativo destinado a elas e mesmo assim inapropriado, pois apresenta riscos de um eventual acidente. Contudo, são escolas referenciadas para educação infantil.

Observa-se que os espaços em que a criança vive os domiciliares, os escolares e até mesmo o terapêutico, são ambientes improvisados na tentativa de atender a alguma necessidade, mas possivelmente de um adulto que precisa acolher uma criança ou crianças naquele momento. Para tanto, um espaço físico inadequado, muitas vezes, necessita apenas de uma sensibilização dos responsáveis para que se possa promover uma estrutura mais adequada, objetivando um melhor desenvolvimento das crianças que nele convivem (GASPAR *et al*, 2006).

Neste contexto, tem-se uma inadequação quanto à localização do espaço terapêutico. Foi percebido através das entrevistas com os profissionais e das visitas domiciliares que a maior parte do público atendido pelo CAPSI reside em outras regiões do município, não pertencendo somente à região Sul. Desse modo, as famílias enfrentam certas dificuldades para chegar até à instituição, como: levantar muito cedo para chegar no horário e auxílio financeiro do SETRANSP para levar a criança às terapias. Ressalta-se que no município há dois CAPS voltados para o atendimento à criança com transtornos, um com o objetivo de atender crianças e adolescentes dependentes de álcool e outras drogas. Há, portanto, somente um CAPSI (do estudo em questão) voltado para o atendimento aos transtornos mentais.

Enfim, faz-se necessário refletir no local mais estratégico da instituição, para contemplar a necessidade da família em ter um local de atendimento mais próximo de sua residência. Outra alternativa é a divisão da equipe com abertura de pelo menos mais uma unidade do CAPSI, com os mesmos objetivos no atendimento em outro ponto da cidade, dividindo também os usuários de acordo com a região de suas residências.

#### 5.4 Recursos psicossociais ao desenvolvimento infantil

No contexto psicossocial, entende-se que a presença de um cuidador na vida da criança é um importante fator de proteção para o desenvolvimento saudável. É interessante notar que o papel do cuidado com as crianças em uma família sempre fica na responsabilidade da figura feminina. Na amostra, observa-se a figura da cuidadora, representada não só pelas mães biológicas, mas também pelas avós e pela tia paterna.

Ríos-González (2003) ressalta que determinadas funções no sistema familiar podem ser desempenhadas por pessoas que convencionalmente não as assumiriam. Na amostra deste estudo, isto fica claro quando os profissionais apontam a figura da avó como cuidadora e supervisora da organização em certas famílias.

Um fator de proteção psicossocial reconhecido como ponto importante pelos profissionais é a organização própria que a dinâmica familiar possui. As famílias, mesmo com dificuldades econômicas, psicossociais e culturais, puderam desenvolver uma dinâmica satisfatória, como por exemplo: conseguem perceber as necessidades da criança e lhe oferecer afeto. De acordo com os estudos de Bronfenbrenner ([1979]1996), um microsistema familiar que promove um ambiente psicossocial equilibrado e vinculado às necessidades da criança contribui para a construção do processo de resiliência no decorrer do desenvolvimento da mesma (HALPERN E FIGUEIRAS, 2004).

Outra questão importante que se evidencia, nesta amostra, e que também contribui como forma de proteção ao desenvolvimento infantil foi o brincar, os brinquedos e a presença dos amigos no cotidiano das crianças. Lembrando que todas as crianças deste estudo mencionaram que brincam no seu tempo livre.

No que se refere ao ato de brincar, vários autores discorrem, em seus estudos, que as brincadeiras e os amigos são agentes colaboradores no processo de socialização da criança, pois contribuem para o seu desenvolvimento emocional e intelectual. A convivência com os pares auxilia no processo da percepção de seu próprio papel e do papel do outro nas relações sociais, promovendo e construindo ao longo do desenvolvimento mecanismos de proteção para relações futuras (PAPALIA, 2000; JUNQUEIRA, 2010).

Em relação à estrutura acolhedora do CAPSI, percebe-se que suas condições institucionais desempenham funções positivas na vida da criança, proporcionando a elas junto a suas famílias apoio, oferecendo atendimento aparado por uma equipe multiprofissional

capacitada e comprometida para com o usuário e a família respectivamente. Os programas de intervenção têm mostrado em relação ao desenvolvimento da criança um fator de proteção por auxiliar de forma dinâmica e direta o microsistema familiar.

Neste cenário, constata-se que o CAPSI oferece uma assistência às famílias com o objetivo de prepará-las para a compreensão do desenvolvimento infantil nos seus diferentes contextos, a fim de que estas cumpram o seu papel social de conduzir as crianças de forma positiva nos micro, meso e conseqüentemente, macrosistemas em que estão inseridas. Na amostra, pôde-se perceber através das falas das cuidadoras que o tratamento na instituição as auxiliaram na compreensão do cuidado e na condução do desenvolvimento da criança.

Para garantir uma assistência adequada ao usuário, o CAPSI aciona serviços e pessoas na prefeitura, órgãos, escolas e outros ambientes que potencializam a assistência e auxiliam o trabalho da equipe de saúde. A colaboração dessas entidades atende a complexidade da demanda de inclusão e reabilitação das crianças junto as suas famílias (BRASIL, 2004).

Observa-se que o acolhimento que o CAPSI oferece à criança e sua família vai além do uso de consultas e de medicamentos. É conhecido como clínica ampliada que vem sendo (re) construída nas práticas de atenção psicossocial, provocando mudanças nas formas tradicionais de compreensão e de tratamento dos transtornos mentais (BRASIL, 2004).

É importante ressaltar o comprometimento dos profissionais de saúde em relação à criança/família. Na amostra constata-se a preocupação do profissional em relação aos pacientes inassíduos, levando-os a fazer busca ativa, a fim de que a criança/família não abandone o tratamento e principalmente se sinta importante à instituição.

Neste contexto, destaca-se que a assistência no CAPSI está relacionada ao desempenho dos profissionais que compõem a equipe. Os mesmos possuem habilidades e competências que vão além das informações passadas pelos livros, tais como: responsabilidade, empatia e compromisso.

Em um estudo realizado com 48 profissionais de dois Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Londrina e um de Cambé, estado do Paraná, Oliveira *et al* (2009) concluíram que a eficiência dos profissionais estava diretamente relacionada ao desempenho dos trabalhos desenvolvidos em equipe. Em comparação a este estudo, isso também pôde ser comprovado com os profissionais participantes do estudo. Pois, eles organizam suas práticas em competências necessárias para estabelecer relações terapêuticas com as crianças/família e

para trabalhar em uma equipe multiprofissional e interdisciplinar. Para tanto, esses profissionais, cuidadores formais, também constroem relações com o usuário. Neste sentido, faz-se necessário possibilitar a eles um trabalho em saúde mental sem sobrecarga e estresse, pois a qualidade dos serviços prestados está diretamente relacionada ao nível de saúde dos mesmos (ISHARA, 2007).

Uma equipe de saúde mental comprometida com a assistência do usuário é resultado positivo para reintegração social deste. Essa conduta pôde ser percebida nos profissionais do CAPSI estudado. Porém, para que o usuário e a família possam se beneficiar de serviços sociais e comunitários, o CAPSI deve estar inserido em um contexto sociopolítico que apoie uma abordagem integrativa. O mesmo precisa estar vinculado a uma rede articulada de serviços e organizações que se propõem a oferecer um *continuum* de cuidados (BRASIL, 2004).

Em concordância a essa integração sociopolítica determinada pelo Ministério da Saúde, o CAPSI encontra-se vinculado à Secretaria Municipal de Saúde o que confere apoio a sua rede de atenção básica.

## **5.5 Recursos financeiros ao desenvolvimento infantil**

Na questão financeira, percebe-se que as famílias procuram direcionar seus recursos, mesmo que limitados, para o bem-estar da criança. Diferentemente de Gaspar *et al* (2006) que referem em seus estudos que as crianças crescidas em contextos de pobreza tem consequências sociais. Na amostra, as famílias contribuíram com o processo de recuperação das crianças oferecendo-lhes certa estabilidade, mesmo com suas limitações financeiras. Observou-se, no momento da entrevista, que as crianças eram mais preparadas para falar dos seus problemas e para se relacionar com seus pares, do que outras crianças estudadas que não tinham suas necessidades atendidas devido a carências financeiras de suas famílias.

A condição de ser economicamente sustentável possibilita uma estabilidade que facilita o trabalho com a família assistida, já que os recursos proporcionam a possibilidade de tomar decisões em prol do bem-estar da criança. Isso pode ser observado nas falas das crianças que relatam que participam de outras atividades que auxiliam no seu desenvolvimento.

## 5.6 Recursos ambientais ao desenvolvimento infantil

Quanto aos recursos ambientais, também se constata algumas condições adequadas dos microssistemas vividos pelas crianças estudadas, como: área recreativa nas praças, na escola e no CAPSI; a residência e a instituição terapêutica que oferecem contato com a natureza. Os espaços vividos pela criança têm que permitir a estimulação dos seus sentidos e a oportunidade de explorar suas habilidades. É importante para o desenvolvimento da criança que ela possa conviver em espaços planejados que visam o meio cultural onde está inserida (CARVALHO E RUBIANO, 2001).

Verifica-se, nesta amostra, em uma das crianças a satisfação que ela tem em brincar na goiabeira. A relação entre criança e a natureza encontra amparo na literatura, pois os estudos de Well e Evans (2003), realizados com 337 crianças da zona rural, demonstraram que aquelas que tiveram contato mais próximo com a natureza tiveram menor impacto aos eventos estressantes do que outras, cujo contato foi menor. Acredita-se que os recursos naturais contribuem para o desenvolvimento da resiliência e, ainda, funcionam como um mecanismo de defesa para as crianças.

Nesse mesmo estudo, as autoras fazem referência a várias pesquisas que demonstram a preferência das crianças por ambientes ao ar livre para brincar, pois as ilustrações sobre seus locais favoritos são espaços gramados, *playgrounds* e pátios escolares, sua própria casa, parques locais e árvores isoladas.

David e Weinstein (1987 apud CARVALHO E RUBIANO, 2001) consideram que os ambientes destinados à criança devem atentar para cinco funções relativas ao desenvolvimento, a saber: identificação pessoal, desenvolvimento de competência, oportunidades para crescimento, sensação de segurança e confiança, bem como oportunidades para contato social e privacidade.

É importante que cuidadores, educadores e profissionais de saúde estejam atentos ao espaço físico ocupado pela criança, pois a adequada organização do espaço promove um desenvolvimento infantil positivo.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo, propõe-se a refletir a respeito das questões mais pertinentes desta investigação. Assim, é relevante reportar-se ao questionamento inicial: Quais as condições ambientais, familiares e sociais de crianças atendidas no Centro de Atenção Psicossocial Infantil, potencialmente relevantes para o desenvolvimento destas crianças? Para tanto, é importante enfatizar que a amostra aqui estudada é restrita e, sendo assim, é cabível que as considerações se baseiem a esta amostra exclusivamente.

Iniciou-se este trabalho, abordando alguns aspectos considerados importantes para a compreensão do mundo das crianças em estudo. Demonstrou-se, de forma sucinta, o espaço urbano onde as crianças residem para caracterizar a relação com o desenvolvimento infantil e, conseqüentemente, as possibilidades de interação social que rodeiam a criança neste contexto. Recorreu-se à teoria de Bronfenbrenner ([1979] 1996) pela forma como ela engloba a relação criança e ambiente, enfatizando todo o contexto individual, social, econômico, cultural e ideológico. Como parte importante do trabalho, também se mencionou o conhecimento sobre a importância de se discutir saúde mental infantil e o papel do CAPSI.

Em virtude do estudo realizado, algumas considerações sobre a metodologia empregada são bem pertinentes. O método qualitativo permitiu à pesquisadora a participação ativa como entrevistadora e observadora, tornando-a como principal instrumento desta pesquisa. Teve-se a oportunidade de aproximar do objeto estudado e ter acesso ao fenômeno que se pretendia investigar. Neste sentido, a relação com as famílias e com os profissionais possibilitou uma maior familiarização com o fenômeno pesquisado.

Em relação ao estudo compreende-se que as crianças estão inclusas no CAPSI devido a uma dificuldade psicoemocional e/ou psicossocial que apresentam. Foi incluído em suas vidas um ambiente novo, o microsistema CAPSI, com suas particularidades em virtude dos processos terapêuticos. Sendo assim, essas crianças, junto a suas cuidadoras, ao assumirem um compromisso psicoterapêutico ampliam não só o seu universo, mas também se deparam com um macrosistema frágil e em certos aspectos deficiente, constituído pelos sistemas de saúde mental e pelo sistema educacional de ensino.

Pode-se afirmar que todas as crianças e famílias possuem em seus microsistemas fatores de risco e fatores de proteção que interferem de forma desfavorável e favorável no



desenvolvimento infantil. No entanto, é importante salientar que ainda há muito para se fazer nos mesossistemas vivenciados pela criança, pois no contexto escolar há de se acordar com a falta de adequação do espaço físico e o despreparo profissional para atender de forma mais eficaz as exigências ao desenvolvimento infantil positivo.

No contexto terapêutico constata-se que os profissionais de saúde do CAPSI tem condição de oferecer cuidados que contemplam a realidade de vida de cada criança. Pois identificam os sinais físicos e psicoafetivos de privação de cuidados parentais e estabelecem o vínculo terapêutico na atenção prestada. Isso faz com que a intervenção institucional seja viável e necessária, porque trabalha os problemas apresentados pela criança junto a suas cuidadoras.

Conclui-se que a intenção da instituição não é tratar os problemas de forma isolada, mas de proporcionar um ambiente material e psicológico mais adequado para cada realidade vivenciada pelas famílias, habilitando-as a se organizar melhor em prol do bem-estar das crianças. Portanto, concordamos que a capacidade dos profissionais de identificar fatores de proteção também ajuda a habilitar a cuidadora na mediação entre a criança e as relações afetivas, sociais e cognitivas ligadas às condições materiais e culturais que serão vivenciadas pela mesma.

Tendo em vista a importância da questão para a saúde mental infantil e para as próprias crianças junto a suas famílias, este estudo nos faz acreditar que é necessário enfrentar as demandas exigidas pelas crianças assistidas e ampliar as ações no setor da saúde e da educação, de modo que possibilitem ações que favoreçam a ampliação dos fatores de proteção já presentes em algumas famílias e auxiliem na construção dos que estão ausentes em outras famílias. Objetivando sempre o desenvolvimento infantil saudável.

No que consiste os principais resultados do estudo, estes sugerem que:

- O CAPSI possui uma forma de trabalho acolhedora que muda a vida dos usuários;
- O contexto político influencia a eficácia na assistência do CAPSI, nos diferentes níveis dos microssistemas e macrossistemas;
- Os profissionais que atuam no CAPSI são capacitados, resultando assim em uma equipe multidisciplinar qualificada para lidar com a problemática;

- A equipe do CAPSI mantém vínculos terapêuticos com a criança e sua família, o que facilita a trajetória com mais segurança em direção à comunidade e ao seu território reconstruído;
- As crianças junto a suas respectivas famílias demonstram fragilidades psicossociais, econômica/materiais e física/ambientais que são consideradas pela instituição terapêutica;
- As escolas não dispõem de recursos materiais e nem humanos necessários para lidar adequadamente com questões de saúde mental infantil;
- Os professores nem sempre oferecem apoio psicológico adequado às crianças que apresentam Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), fazendo com que a família mude a criança de escola por várias vezes ao ano, levando-a à exclusão social;
- A pesquisa possibilitou uma visão clara dos tipos de problemas psicossociais apresentados pelas crianças e do ambiente que elas vivem;

Ainda dentro dos resultados encontrados, recomendam-se algumas ações e alguns temas para futuras investigações:

Às entidades municipais responsáveis (governamental, educacional e/ou dos serviços de saúde):

- Qualificar os professores quanto ao tema, *saúde mental infantil*, em relação ao desenvolvimento infantil saudável e principais psicopatologias na infância. A fim de melhorar as intervenções dos docentes junto às famílias para que as crianças possam ser ajudadas de modo mais adequado;
- Fornecer material educativo sobre questões de saúde mental nas escolas e nas instituições de formação de docentes, possibilitando maior conhecimento sobre a temática em causa;
- Repensar na abertura de outra unidade do CAPSI com o mesmo objetivo, em outra região da cidade a fim de facilitar o acesso e contemplar a clientela residente em regiões mais distante da instituição terapêutica;
- Organizar o ambiente escolar para melhor atender as necessidades das crianças;
- Reformar as praças da cidade, colocando brinquedos novos, reconstruindo os jardins para que favoreçam os momentos de lazer da criança;

- Providenciar a abertura de outro CAPSI destinado ao atendimento de crianças e adolescente com transtornos mentais, em outro ponto da cidade. A fim de contemplar os usuários que residem nas regiões periféricas da cidade;

- Desenvolver uma política municipal que ofereça maior atenção prestada a iniciativas para melhorar a qualidade do ensino, que possam sensibilizar as crianças, pais e professores, a fim de promover maior a saúde mental com mais seriedade em todos os microssistemas que em as crianças convivem.

À pesquisadora responsável:

- Publicar os resultados da pesquisa em trabalhos científicos, em eventos e periódicos;

- Elaborar um relatório sobre o resultado da pesquisa e encaminhá-lo aos profissionais do CAPSI para auxiliá-los no acompanhamento da criança psicopatológica e aos órgãos responsáveis pela questão ambiental e de saúde municipal da cidade de Goiânia, para informá-los quanto aos resultados e norteá-los quanto à prevenção e promoção da saúde mental infantil;

- Elaborar um relatório de cada criança estudada para os pais ou responsáveis pela criança, a fim de orientá-los quanto aos riscos que afetam a saúde mental da mesma e as medidas de promoção de um ambiente mais saudável.

- Realizar um estudo sobre o perfil socioeconômico dos usuários do CAPSI.

Espera-se que o conteúdo desta pesquisa estimule o interesse e a reflexão do leitor sobre os vários aspectos que envolvem o desenvolvimento saudável da criança. Para que possam proporcionar micros, mesos e macrossistemas mais adequados, para que cada criança desenvolva e alcance o máximo de suas potencialidades.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AIELLO, A. L. R.; WILLIAMS, L. C. A. O papel do inventário Portage - operacionalização em programas de educação precoce. **Anais do 39º Encontro das APAES do Paraná.** Educação especial: para ser e compreender. Bela Vista do Paraíso/ Paraná, 2000. (ps. 22-35)
- ANDREOLI SB. Serviços de saúde mental no Brasil. In: Mello MF, Mello AAF, Kohn R, organizadores. **Epidemiologia da saúde mental no Brasil.** Porto Alegre: Artmed; 2007.
- ANTUNES, S. M. M. O.; QUEIROZ, M.S. O. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. Rio de Janeiro: **Caderno de Saúde Pública**, v. 23, n. 1, 2007.
- BARNES, J. **Promoção da saúde mental:** uma perspectiva desenvolvimental. Volume II, nº 5. set/out, 2000. Disponível em: [www.saudemental.net/pdf/vol2\\_rev5\\_artigo2.pdf](http://www.saudemental.net/pdf/vol2_rev5_artigo2.pdf). Acesso: 11/02/12.
- BERNARDES, G. D. A.; JÚNIOR, A. A. S. **Condomínios horizontais fechados:** reflexão sobre a configuração do espaço intrametropolitano de Goiânia. Goiânia, 2007.
- BERNARDES, G.; CAMPOS, F. I. **Goiânia:** Sociabilidade na Periferia. Ciências Humanas em Revista, v. 2, n. 1. Ed. UFG: Goiânia, 1991.
- BORDIN IAS, PAULA, CS. Estudos populacionais sobre saúde mental de crianças e adolescentes brasileiros. In: MELLO, MF; MELLO, AA; KOHN, R (org.). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil.** São Paulo: Art-Med, 2006. p.101-117.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. **Diário Oficial da União.** 20 fev. de 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 76 p. – [Série B. Textos Básicos em Saúde].
- BHERING, E.; SARKIS, A. **Modelo bioecológico do desenvolvimento de Bronfenbrenner: implicações para as pesquisas na área da Educação Infantil.** Horizontes, Vol. 27, n. 2, p. 7-20, jul./dez. 2009. Disponível em: [www.usf.edu.br/itatiba/educacao/](http://www.usf.edu.br/itatiba/educacao/). Acesso em: 12/02/12.

BRONFENBRENNER, U. **A ecologia do desenvolvimento humano: Experimentos naturais e planejados** [Tradução: M. A. V. Veronese]. Porto Alegre, RS: Artes Médicas, [1979] 1996.

BRAUN, K. **Resiliência: um estudo bibliográfico sobre os fatores de risco no desenvolvimento infantil**. 2008. 33p. Dissertação (Curso de Psicologia)- Centro de Educação de Ciências e Saúde. Universidade do Vale do Itajaí/Santa Catarina.

CAMPOS, R. I.; BERNARDES, G. D. A. Goiânia: sociabilidade na periferia. **Ciências Humanas em Revista – Ciência Sociais**. Vol. 2, n.1/2, p. 13-45. Goiânia, 1993.

CARVALHO, I. G. M. **Percepção dos moradores da Vila Mutirão, Região Noroeste de Goiânia, sobre relação ambiente e saúde**. 2009. Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde)- Pontifícia Universidade Católica de Goiás Goiânia.

CARVALHO, M. C.; RUBIANO, M. B. Organização dos espaços em instituições pré-escolares. In: OLIVEIRA, Z. M. (org.). **Educação infantil: muitos olhares**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa**. [Tradução de Joice Elias Costa]. Porto Alegre: Artmed, 2009.

CECCONELLO, A. M. **Resiliência e vulnerabilidade em famílias em situação de risco**. [Tese de Doutorado]. Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento. Porto Alegre, RS: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2003.

CECCONELLO, A. M.; KOLLER, S. H. Inserção ecológica na comunidade: uma proposta metodológica para o estudo de famílias em situação de risco. *Psicologia Reflexão e Crítica* [online]. Vol.16, n.3, p.. 515-524. ISSN 0102-7972, 2003.

COPETTI, F.; KREBS, R. J. As propriedades da pessoa na perspectiva do paradigma bioecológico. In. S. H. Koller (Ed.), **Ecologia do desenvolvimento humano: Pesquisa e intervenção no Brasil**. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo, 2004. (p. 67-89).

COUTO, M. C. V.; DUARTE, C. S. D.; DELGADO, P. G. G. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. Vol. 30, n.4, p . 390-8, 2008.

CRUZ, C. A. **O transtorno mental na adolescência e o convívio familiar – Relato dos pais**. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: USP, 2006.

DIÁRIO OFICIAL nº 4.147. **Goiânia** - Plano diretor. 26 de junho de 2007.

DIAS, J. M.; ALBUQUERQUE, L. C. W. Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. **Temas de Psicologia** [online]. Vol.13, n.2, p. 91-103. ISSN 1413-389X, 2005.

FERREIRA, D. F. **Impactos sócio-ambientais provocados pelas ocupações irregulares em áreas de interesse ambiental** – Goiânia-GO: Universidade Católica de Goiás, 2005.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. [Tradução: Joice Elias Costa]. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FONTE, C. Investigar narrativas e significados: A grounded anlysis como metodologia de referência. **Revista da Faculdade Humanas e Sociais**. 2005. Vol. 2, p. 290-297.

FRANCO, S. **Famílias: funcionamento e tratamento**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

GASPAR, T; MATOS, M, G; RIBEIRO, J. L. P.; LEAL, I. **Qualidade** de vida e bem-estar em crianças e adolescentes. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas** [online]. 2006, Vol.2, n.2, p. 47-60. ISSN 1808-5687.

HAMMERSLEY, M.; ATKINSON, P. **Ethnography: principles in practice**. 7 ed. London: Routledge, 1992.

HALPERN, R.; FUGUEIRAS, C. M. **Influências ambientais na saúde mental da criança**. **Jornal de Pediatria**. Vol. 80, n. 2, Porto Alegre, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 05/05/2010.

ISHARA, S. **Equipes de saúde mental: avaliação da satisfação e do impacto de trabalho em hospitalização integral e parcial**. [Tese de Doutorado em Saúde Mental] – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2007.

JUNQUEIRA, M. F. P. S. **O brincar e o desenvolvimento infantil**. Disponível em: <http://www.saudedafamilia.hpg.ig.com.br>. Acesso em: 05/05/2010.

LAURIDSEN-RIBEIRO E, T. OY. **Problemas de saúde mental das crianças: abordagem na atenção básica**. São Paulo: Annablume, 2005.

LUZ, G. M.; RAYMUNDO, L. S.; KUHNEN, A. Uso dos espaços urbanos pelas crianças: uma revisão. **Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 12, n. 3, mar. 2010. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php>. Acesso em 28/03/ 2012.

MAIA, J. M. D.; WILLIAMS, L. C. A. Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. **Temas em Psicologia**. [online]. 2005, Vol.13, n.2, ps. 91-103. ISSN 1413-389X.

MARINHO, C. B. **Região Sul de Goiânia**: Um lugar valorizado na metrópole. GEOUSP - Espaço e Tempo. São Paulo, 2006. Nº 19, ps. 113-129 Disponível em: [www.geografia.fflch.usp.br/publicacoes/.../Artigo\\_Clorisnete.pdf](http://www.geografia.fflch.usp.br/publicacoes/.../Artigo_Clorisnete.pdf). Acesso: 11/02/2012.

MAZOTO, M.L.*et al.* Saúde ambiental infantil: uma revisão de propostas e perspectivas. Cadernos saúde Coletiva, 2011, Rio de Janeiro, Vol. 19, n. 1, P.. 41-50.

MARTINS, E.; SZYMANSKI, H. A abordagem ecológica de Urie Bronfenbrenner em estudos com famílias. Estudos e Pesquisa em [online]. Vol. 4, n.1. ISSN 1808-4281,2004. Acesso em: 17/12/2010

MATIAS, K. K. **Ambiente profissional e percepção do estresse pelo cirurgião-dentista**. Goiânia 2004. [Dissertação de Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde]. Universidade Católica de Goiás, 2004.

MARTURANO, E. M. O inventário de recursos do ambiente familiar. Psicologia: Reflexão e Crítica [online]. 2006, Vol.19, n.3, p.. 498-506. ISSN 0102-7972. Disponível em: <http://dx.doi.org>. Acesso em: 02/03/2011.

MENGEL, M. R. S.; LINHARES, M. B. M. Fatores de risco para problemas do desenvolvimento infantil. **Revista Latino-am Enfermagem**. Setembro-outubro, 2007.

MELMAN, J, 1959. **Famílias e Doença Mental**: repensando a relação entre profissional de saúde e familiares. São Paulo Escrituras: Editora, 2006. (Coleção Ensaios Transversais). Acesso em 06/02/12.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 5. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar**: orientações para prática em serviço / Secretaria de Políticas de Saúde. –Brasília: Ministério da Saúde, 2001. (Série Cadernos de Atenção Básica; n. 8) – (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 131)

\_\_\_\_\_. 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, 2004. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

\_\_\_\_\_. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: (Série A. Normas e Manuais Técnicos), 2006.

MOYSES, A. **Contradições de uma cidade planejada no Planalto Central brasileiro: segregação sócio-territorial em Goiânia.** [Tese de Doutorado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica, 2001.

\_\_\_\_\_. **Goiânia, metrópole não planejada.** Goiânia: UCG, 2004.

NASCENTE, J.P.C.N.; FERREIRA, O.M. **Impactos sócio-ambientais provocados pelas ocupações irregulares do solo urbano: estudo de caso do loteamento Serra Azul.** Goiânia, 2007.

ONOCKO-CAMPOS, R.T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, May 2006 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em 11/02/2012.

OLIVEIRA, A. G. B. Trabalho e cuidado no contexto da atenção psicossocial: algumas reflexões. **Esc Anna Nery Rev Enferm.** 10(4): 694-702, dez., 2008.

OLIVEIRA, A. F. A Reprodução do Espaço Urbano de Goiânia: Uma Cidade para o Capital. In: MOYSÉS, A. (org.). **Cidade Segregação Urbana e Planejamento.** Goiânia: UCG, 2005. p. 13-44.

OLIVEIRA, T. T. S. S.; LEME, F. R. da G.; GODOY, K. R. G.. **O cuidado começa na escuta: profissionais de saúde mental e as vicissitudes da prática.** Mental, Barbacena, v. 7, n. 12, jun. 2009. Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org/scielo>. Acesso em 09/02/ 2012

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W. **Desenvolvimento humano.** 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

PRATI, L. E. *et al.* **Revisando a inserção ecológica:** uma proposta de sistematização. Psicologia: reflexão e crítica, Porto Alegre, v. 21, n. 1, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/prc>. Acesso em: 05/05/.2010.

REP.OLD, C. T. *et al.* Prevenção de problemas de comportamento e desenvolvimento de competências psicossociais em crianças e adolescentes: uma análise das práticas educativas e dos estilos parentais. In: S. C. HUTZ [Org.]. **Situações de risco e vulnerabilidade na infância e na adolescência:** aspectos teóricos e estratégia de intervenção. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. (p. 7-52).



RIGOTTO, R. M.; AUGUSTO, L. G. S. Saúde e Ambiente no Brasil: desenvolvimento, território e iniquidade social. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 4, p. 475-501, 2007.

RÍOS-GONZALEZ, J. A. (Coord) **Vocabulário básico de orientación y terapia familiar**. Madrid: Editorial CCS, 2003.

SEIBT, A. C.; PASQUALETO, A. **O passivo ambiental de prédios desocupados e a qualidade ambiental em Goiânia-GO**. Disponível em:  
<http://www.ucg.br/ucg/prope/cpgss/ArquivosUpload/pdf>. Acesso em: 12/11/10.

SAPIENZA, G.; PREDOMÔMICO, M. R. MR. Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento de crianças e adolescentes. **Psicologia em estudo**, Vol. 10, n.2, 2005.

TABOADA, M. G.; LEGAL, E. J.; MACHADO, N. Resiliência: em busca de um conceito. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**. 16 (3): 104 – 113, Set.-dez. 2006.

WELL, N. M.; EVANS, G. W. Nearby Nature A Buffer of Life Stress Among Rural Children. **Environment and Behavior**, Vol. 35 No. 3, Pág. 311-330, maio, 2003.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE I

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### (Aos pais ou responsáveis pela criança)

Convido o(a) senhor(a) a participar e autorizar seu(ua) filho(a) à participação como voluntário (a) na pesquisa intitulada: **“CONDIÇÕES AMBIENTAIS, FAMILIARES E SOCIAIS DE CRIANÇAS ATENDIDAS NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTIL (CAPSI) DE UMA CAPITAL DO CENTRO-OESTE”**. Caso concorde, deverá assinar esse formulário em duas vias, uma delas será sua.

A referida pesquisa tem por objetivo descrever a dinâmica familiar e as condições ambientais de famílias com crianças atendidas por psicopatologias no Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSI) da cidade Goiânia. Justifica-se porque a literatura goiana precisa de estudos que abordem esta questão, e um estudo sobre este tema auxiliará na compreensão mais clara do mesmo e servirá de subsídio para auxiliar os profissionais que prestam assistência à criança; para orientar os pais ou responsáveis sobre os riscos que afetam a saúde mental da mesma e, assim, promover um ambiente mais saudável. Espera-se como resultado os seguintes benefícios: identificar os riscos ambientais aos quais são expostas essas crianças nas suas residências e em outros ambientes que frequentados; elaborar um relatório ao CAPSI e responsáveis pela questão ambiental e de saúde mental da cidade de Goiânia, para que possa oferecer informações para futuros planejamentos de intervenção pelo CAPSI; e elaborar um relatório de cada criança estudada para os pais ou responsáveis pela criança para oferecer um retorno aos mesmos, apontando, para eles, perigos detectados e mudanças necessárias no ambiente da criança. Não haverá riscos diretos, pois você e sua criança apenas responderão a algumas questões com a duração de aproximadamente 30 minutos, sendo estas gravadas. Após a entrevista, será agendada uma visita técnica no local onde sua criança vive, para uma avaliação técnica de aproximadamente 60 minutos. Segue as perguntas que serão questionadas você: 1) Qual é a sua profissão? 2) Como é a constituição da sua família? 3) Quem são os provedores da família? 4) Quantos filhos têm morando com você? 5) Quem é (são) o(s) responsável(is) pela criança(estudada) e qual a profissão dele(s)? 6) Seu filho(a)/criança do estudo, dorme junto com os demais? 7) Onde ele se alimenta? (em casa, na escola, creche...), 8) Onde ele(a) estuda? 9) Qual a distância da escola até a residência? 10) Como ele (a) chega até lá? 11) Onde ele (a) passa o tempo livre? Perguntas que serão questionadas a sua

criança: 1) Qual a sua idade? 2) Fale sobre sua casa? 3) Onde você dorme? Com quem? Como é o seu quarto? 4) Como é sua escola? E como é o caminho para ir à escola? 5) O que você faz quando não está na escola? Caso haja algum desconforto ao participar da pesquisa você e/ou a sua criança serão encaminhados ao CAPSI Água Viva. Afirmo que, haverá sigilo de todos os dados coletados. Todas as informações serão confidenciais, o seu nome e o nome da sua criança serão mantidos em segredo, e os dados obtidos terão finalidade acadêmica e para publicação. Como a participação na pesquisa é voluntária não haverá nenhuma forma de pagamento pela mesma, já que os participantes não precisarão disponibilizar nenhum recurso financeiro para participar. Todos os dados serão arquivados por cinco anos pela pesquisadora responsável e depois de incinerados, conforme orientação da Resolução CNSN 196/96.

Você tem liberdade de recusar a sua participação e de sua criança ou retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum prejuízo. Em caso de dúvidas, pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa - C.E.P. Hospital de Urgências de Goiânia - H.U.GO/ S.E.S., no seguinte endereço: Av. 31 de Março, Esq. c/ 5 Radial, S/N, Setor Pedro Ludovico, CEP: 74820-200 - Goiânia-Goiás. Ou poderão se informar por meio dos seguintes contatos: E-mail cepmh\_hugo\_ses@yahoo.com.br; hugo.cep@saude.go.gov.br; Telefone (62) 32014438. E ainda se precisar, pode ligar a cobrar para a pesquisadora responsável por esta pesquisa, Líllian Lúcia, celular (62) 81695356 ou (62) 32565753 e para o professor orientador, Dr. Luc, celular (62) 96193751.

Eu fui devidamente informado(a) sobre os procedimentos da referida pesquisa, tais como: objetivos e metodologia. Sendo assim, concordo em participar e autorizo a participação do(a) meu/minha filho/filha \_\_\_\_\_ como sujeito desta pesquisa.

Goiânia, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

---

( Ass. da criança e/ou dos pais/responsáveis

RG.: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE II

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### (Aos profissionais do CAPSI)

Convido o(a) senhor(a) a participar como voluntário(a) na pesquisa intitulada: **“CONDIÇÕES AMBIENTAIS, FAMILIARES E SOCIAIS DE CRIANÇAS ATENDIDAS NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTIL (CAPSI) DE UMA CAPITAL DO CENTRO-OESTE”**. Caso concorde, deverá assinar esse formulário em duas vias, uma delas será sua.

A referida pesquisa tem por objetivo descrever a dinâmica familiar e as condições ambientais de famílias com crianças atendidas por psicopatologias no Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSI) da cidade Goiânia. Justifica-se porque a literatura goiana precisa de estudos que abordem esta questão e um estudo sobre este tema auxiliará na compreensão mais clara do mesmo e servirá de subsídios para auxiliar os profissionais que prestam assistência a criança, para orientar os pais ou responsáveis sobre os riscos que afetam a saúde mental da mesma e assim promover um ambiente mais saudável. Espera-se como resultado os seguintes benefícios: obter uma visão clara dos tipos de problemas psicossociais apresentados pelas crianças e do ambiente que elas vivem: identificar os riscos ambientais aos quais são expostas essas crianças nas suas residências, e nos outros ambientes que frequentam; publicar os resultados da pesquisa em trabalhos científicos, em eventos e periódicos; elaborar um relatório ao CAPSI e responsáveis pela questão ambiental e de saúde mental da cidade de Goiânia para que possa oferecer informações para futuros planejamentos de intervenção pelo CAPSI e elaborar um relatório de cada criança estudada para aos pais ou responsáveis pela criança, para oferecer um retorno aos mesmos, apontando, para eles, perigos detectados e mudanças necessários no ambiente da criança. Não haverá riscos diretos, pois o(a) senhor(a) apenas responderá a alguns questionamentos com a duração de aproximadamente 30 minutos, sendo estes gravados. Segue as perguntas que serão questionadas ao(à) Sr(a): 1) Qual é a sua formação? 2) Você tem a informação sobre o perfil socioeconômico da família da “criança estudada”? Pode descrever? 3) Você acha que o ambiente social e material que a “criança estudada” vive interfere no bem-estar psicológico dele(a)? Em qual aspecto? Afirmando que,

haverá sigilo de todos os dados coletados. Todas as informações serão confidenciais, o seu nome será mantido em sigilo, e os dados obtidos terão finalidade acadêmica e para publicação. Como a participação na pesquisa é voluntária não haverá nenhuma forma de pagamento pela mesma, já que o participante não precisará disponibilizar nenhum recurso financeiro para participar. Todos os dados serão arquivados por cinco anos pela pesquisadora responsável e, após esse período, incinerados, conforme orientação da Resolução CNSN 196/96.

Você tem liberdade de recusar a sua participação ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum prejuízo. Em caso de dúvidas, pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa - C.E.P. Hospital de Urgências de Goiânia – H.U.GO/ S.E.S., no seguinte endereço: Av. 31 de Março, Esq. c/ 5 Radial, S/N, Setor Pedro Ludovico, CEP: 74820-200 - Goiânia-Goiás. Ou poderão se informa por meio dos seguintes contatos: E-mail cepmh\_hugo\_ses@yahoo.com.br; hugo.cep@saude.go.gov.br; Telefone (62) 32014438. E ainda se precisar, pode ligar a cobrar para a pesquisadora responsável por esta pesquisa, Lílian Lúcia, celular (62) 81695356 ou (62) 32565753 e para o professor orientador, Dr. Luc, celular (62) 96193751.

Eu fui devidamente informado(a) sobre os procedimentos da referida pesquisa, tais como: objetivos e metodologia. Sendo assim, concordo em participar como sujeito desta pesquisa.

Goiânia, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_\_\_.

---

(Ass. do profissional do CAPSI)

RG.: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE III

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**(Ao diretor ou responsável da escola da criança estudada)**

Convido o(a) senhor(a) a participar como voluntário(a) na pesquisa intitulada: **“CONDIÇÕES AMBIENTAIS, FAMILIARES E SOCIAIS DE CRIANÇAS ATENDIDAS NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTIL (CAPSI) DE UMA CAPITAL DO CENTRO-OESTE”**. Caso concorde, deverá assinar esse formulário em duas vias, uma delas será sua.

A referida pesquisa tem por objetivo descrever a dinâmica familiar e as condições ambientais de famílias com crianças atendidas por psicopatologias no Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSI) da cidade Goiânia. Justifica-se porque a literatura goiana precisa de estudos que abordem esta questão e um estudo sobre este tema auxiliará na compreensão mais clara do mesmo e servirá de subsídios para auxiliar os profissionais que prestam assistência a criança, para orientar os pais ou responsáveis sobre os riscos que afetam a saúde mental da mesma e assim promover um ambiente mais saudável. Espera-se como resultado os seguintes benefícios: obter uma visão clara dos tipos de problemas psicossociais apresentados pelas crianças e do ambiente que elas vivem; identificar os riscos ambientais aos quais são expostas essas crianças nas suas residências e nos outros ambientes que frequentados; publicar os resultados da pesquisa em trabalhos científicos, em eventos e periódicos; elaborar um relatório ao CAPSI e aos responsáveis pela questão ambiental e de saúde mental da cidade de Goiânia, para que possam oferecer informações para futuros planejamentos de intervenção pelo CAPSI e elaborar um relatório de cada criança estudada para aos pais ou responsáveis pela criança para oferecer um retorno aos mesmos, apontando, para eles, perigos detectados e mudanças necessárias no ambiente da criança. Não haverá riscos diretos, pois o(a) senhor (a) apenas responderá a alguns questionamentos com a duração de aproximadamente 30 minutos, sendo estes gravados. Segue as perguntas que serão questionadas ao(à) Sr(a): 1) Qual é a sua formação? 2) Você tem a informação sobre o perfil socioeconômico da família da “criança estudada”? Pode descrever? 3) Você acha que o ambiente social e material que a “criança estudada” vive interfere no bem-estar psicológico dele(a)? Em qual aspecto? Afirmo que, haverá sigilo de todos os dados coletados. Todas as informações serão confidenciais, o nome da instituição de ensino será mantido em sigilo, e os dados obtidos terão finalidade acadêmica

e para publicação. Como a participação na pesquisa é voluntária não haverá nenhuma forma de pagamento pela mesma, já que a instituição participante não precisará disponibilizar nenhum recurso financeiro para participar. Todos os dados serão arquivados por cinco anos pela pesquisadora responsável e, após esse período, incinerados, conforme orientação da Resolução CNSN 196/96.

Você, responsável pela instituição, tem liberdade de recusar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum prejuízo. Em caso de dúvidas, pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa - C.E.P. Hospital de Urgências de Goiânia - H.U.GO/ S.E.S., no seguinte endereço: Av. 31 de Março, Esq. c/ 5 Radial, S/N, Setor Pedro Ludovico, CEP: 74820-200 - Goiânia-Goiás. Ou poderão se informar por meio dos seguintes contatos: E-mail cepmh\_hugo\_ses@yahoo.com.br; hugo.cep@saude.go.gov.br; Telefone (62) 32014438. E ainda se precisar, pode ligar a cobrar para a pesquisadora responsável por esta pesquisa, Lílian Lúcia, celular (62) 81695356 ou (62) 32565753 e para o professor orientador, Dr. Luc, celular (62) 96193751.

Eu fui devidamente informado(a) sobre os procedimentos da referida pesquisa, tais como: objetivos e metodologia. Sendo assim, concordo em participar como sujeito desta pesquisa.

Goiânia, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_\_\_.

---

(Nome da instituição de ensino)

---

( Ass. do diretor ou responsável pela instituição de ensino)

RG.: \_\_\_\_\_



## APÊNDICE IV

Perguntas para roteiro das entrevistas relativo à pesquisa “**CONDIÇÕES AMBIENTAIS, FAMILIARES E SOCIAIS DE CRIANÇAS ATENDIDAS NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTIL (CAPSI) DE UMA CAPITAL DO CENTRO-OESTE**”.

**Pesquisadora Lillian Lúcia Alves.**

### **Aos pais/responsáveis das crianças estudadas**

- 1- Qual é a sua profissão?
- 2- Como é a constituição da sua família?
- 3- Quem são os provedores da família?
- 4- Quantos filhos têm morando com você?
- 5- Quem é(são) o (os) responsável(is) pela criança (estudada) e qual a profissão dele(s)?
- 6- Seu filho(a)/criança do estudo dorme junto com os demais?
- 7- Onde ele(a) se alimenta? (em casa, na escola, creche...)
- 8- Onde ele(a) estuda?
- 9- Qual a distância da escola até a residência? Como ele(a) chega até lá?
- 10- Onde ele (a) passa o tempo livre?

## APÊNDICE V

Perguntas para roteiro das entrevistas relativo à pesquisa **“CONDIÇÕES AMBIENTAIS, FAMILIARES E SOCIAIS DE CRIANÇAS ATENDIDAS NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTIL (CAPSI) DE UMA CAPITAL DO CENTRO-OESTE”**.

**Pesquisadora Lillian Lúcia Alves.**

**Às crianças inclusas no estudo:**

- 1- Qual a sua idade?
- 2- Fale sobre sua casa?
- 3- Onde você dorme? Com quem? Como é o seu quarto?
- 4- Como é sua escola? E como é o caminho para ir à escola?
- 5- O que você faz quando não está na escola?

## APÊNDICE VI

Perguntas para roteiro das entrevistas relativo a pesquisa **“CONDIÇÕES AMBIENTAIS, FAMILIARES E SOCIAIS DE CRIANÇAS ATENDIDAS NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTIL (CAPSI) DE UMA CAPITAL DO CENTRO-OESTE”**.

**Pesquisadora Lillian Lúcia Alves**

**Aos profissionais do CAPSI que atendem as crianças estudadas:**

- 1- Qual é a sua formação?
- 2- Quanto tempo atua no CAPSI?
- 3- Você tem a informação sobre o perfil socioeconômico da família da “criança estuda”?  
Pode descrever?
- 4- Você acha que o ambiente social e material que a “criança estudada” vive interfere no bem-estar psicológico dele(a)? Em qual aspecto?