

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



**POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL INFANTIL E SUA  
IMPLEMENTAÇÃO NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL  
INFANTOJUVENIL (CAPSI) – IMPERATRIZ/MA**

**FANY VALENTIM DE MATOS**

**Goiânia - Goiás**

**2014**



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



**POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL INFANTIL E SUA  
IMPLEMENTAÇÃO NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL  
INFANTOJUVENIL (CAPSI) – IMPERATRIZ/MA**

**FANY VALENTIM DE MATOS**

**Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Eline Jonas**

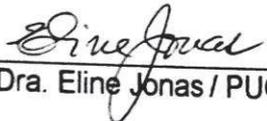
Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais e Saúde, da Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Ambientais e Saúde.

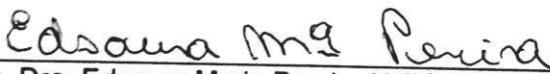
**Goiânia - Goiás**

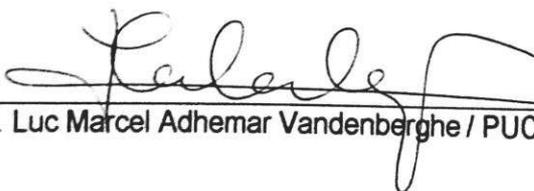
**2014**



DISSERTAÇÃO DO MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE  
DEFENDIDA EM 30 DE MAIO DE 2014 E CONSIDERADA  
APROVADA PELA BANCA EXAMINADORA:

1)   
\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Eline Jonas / PUC Goiás (Presidente)

2)   
\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Edsaura Maria Pereira / UFG (Membro Externo)

3)   
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Luc Marcel Adhemar Vandenberghe / PUC Goiás (Membro)

4) \_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Lúcia Helena Rincón Afonso / PUC Goiás (Membro)

## DEDICATÓRIA

Dedico ao Criador da minha vida que tem me sustentado em todos os momentos do meu viver: “És o ar que respiro”.

Dedico ao meu amado esposo, Jancifran, que apesar dos sustos que me deu nestes últimos meses, não negociou e nem abriu mão de estar no lugar que prometeu quando nos unimos há 17 anos: “ser meu porto seguro”! Obrigada por ter sustentado a barra enquanto eu estudava em Goiânia. Eu o amo e sempre o amarei!

Dedico às minhas inspirações – frutos de muito amor: meu filho Guilherme, seu ombro amigo e conselhos dados em horas cruciais me deram força para prosseguir: Obrigada filho!!! Meu filho Augusto, minha inspiração neste trabalho: quero ter conhecimento a cada dia para poder lutar e estar com você; minha princesa, Giselle, como me vejo em você e como quero que me supere em todas as minhas vitórias. Sem o apoio e compreensão de vocês, eu não chegaria aqui. Amo muito vocês!!!

Dedico aos meus pais Welerson (*in memorian*) e Nazaré, pela herança que me deixaram na valorização dos estudos, como uma riqueza que não tem preço, e a partir dos saberes adquiridos, dividi-los em benefício de todos. Suas sementes brotam na minha vida e florescem através da minha vivência!!! Amo vocês!!!

Dedico ao meu sogro, João Moura (*in memorian*) e Francina, pelo apoio e incentivo que sempre deram a mim e à minha família. A presença de vocês na vida dos meus filhos representa o tamanho da importância e do grande exemplo que vocês são!

## AGRADECIMENTOS

Agradeço à Iesma/Unisulma – Unidade de Ensino Superior do Sul do Maranhão, instituição da qual tenho o prazer e o orgulho de fazer parte do seu quadro docente, e da qual tive apoio financeiro e logístico durante meus estudos em Goiânia. Minha gratidão se personaliza através de duas ilustres pessoas que não mediram esforços em apoiar-me neste mestrado, Dr<sup>a</sup> Joane Almeida, diretora geral, e Raquel Azevedo, minha diretora acadêmica e amiga do coração.

À minha orientadora, Dr<sup>a</sup> Eline Jonas, pela sua firmeza e determinação em defender as coisas em que acredita, o que me inspirou a lutar pelas coisas que parecem difíceis e acreditar que dias melhores virão quando nos unimos para lutar por sonhos coletivos. Você foi minha inspiração ministrando a disciplina de Políticas Públicas e continua sendo ao longo deste trabalho. É preciso lutar e acreditar na luta! Obrigada!!!

Ao Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil de Imperatriz/MA, na pessoa da coordenadora Dilcinei Barros e da secretária Erivânia Santos, pela colaboração e apoio à pesquisa.

Aos voluntários que me ajudaram nesta pesquisa: Noeme Pereira Lopes, Cláudia Barbosa, Dalane da Silva Araújo, Emilly Gomes Nunes de Queiroz, Francisca Yonara Viana dos Santos, Jeferson Guilherme da Fonseca Sousa, Larissa Cavalcante Medrado, Maria Ivanete Duarte Ribeiro, Rafaela Lima Costa, Valéria Gomes do Carmo. Vocês foram incríveis!!!

Às minhas amigas: Aline Santos, Perpétua Marinho, Noeme Pereira Lopes Maria, Kíria Karine, Raquel Azevedo, Celnia Bastos, Virgília Fumian, Helcia Regina, Francisca Silva e Nina Soares, que me ajudaram na realização deste trabalho: como aprendo e preciso de vocês, cada uma do seu jeito, porém todas imprescindíveis em minha vida, obrigada pela presença marcante através das orações, sintonia e gestos de carinho; aos amigos Alceu César, que se envolveu na minha luta com a bioestatística, e Mauro Estênio Façanha, por sua habilidade com os dados estatísticos, que foi fundamental na análise desta pesquisa, obrigada por ter conseguido “alterar as leis da física e abrir um buraco no seu tempo” para me atender: Valeu!!!

Às amigas e colegas de profissão Kátia Danielly e Deysianne Chagas professoras do Curso de Nutrição da Universidade Federal do Maranhão – *Campus* São Luís, pela acolhida na capital ludovisense e por terem me ajudado quando eu não tinha mais esperanças, vocês foram maravilhosas!!!

A todos que diretamente e indiretamente contribuíram com a realização e conquista deste sonho: muito obrigada!!!

A organização dos serviços de saúde para a implementação de uma política efetiva de atenção em saúde mental para crianças e adolescentes deve partir da análise das necessidades de saúde da população em foco e da situação atual dos serviços de saúde e da rede intersetorial disponível em um determinado território.

(WHO, 2003)

## RESUMO

O presente trabalho teve como eixo norteador a preocupação com o atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais realizado pelo Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (Capsi) do município de Imperatriz/MA, e sua eficácia em implementar as políticas públicas de saúde mental, direcionadas ao público alvo, preconizadas pelo Ministério da Saúde, através da Lei nº 10.216/02. Destaca-se que a referida lei institui um modelo de atenção à saúde mental não mais baseado no isolamento, dos chamados “manicômios”, mas no modelo de atendimento aberto, com base no convívio com a família e com a comunidade e que apresentou avanços e desafios ao longo de sua implementação e estabeleceu uma rede de serviços e equipamentos à disposição das pessoas com sofrimento psíquico. Os objetivos específicos foram: identificar as políticas públicas do Ministério da Saúde/SUS direcionadas às crianças e adolescentes com transtorno mental e sua implementação, no período de janeiro a dezembro de 2012, a partir do olhar dos usuários do referido Capsi, bem como traçar os aspectos sociodemográficos desses mesmos usuários. Trata-se de uma pesquisa do tipo quantitativo-descritiva em que foram identificadas e analisadas as políticas e questões relacionadas aos serviços prestados, por meio da amostra aleatória proporcional, composta de 320 participantes. Os dados foram coletados através de pesquisa bibliográfica, documental, em prontuários, no livro de registro de atendimentos (janeiro a dezembro/2012) e aplicação de um formulário aos pais e/ou responsáveis pelas crianças e adolescentes atendidos por esse serviço público. No Brasil, cerca de 10 a 20% da população de crianças e adolescentes sofrem de transtornos mentais, sendo que de 3% a 4% necessitam de tratamento intensivo. Dentre os problemas mais frequentes, estão: deficiência mental, autismo, psicose infantil, transtornos de ansiedade, aumento do uso de substâncias psicoativas e suicídio, entre os adolescentes. O município de Imperatriz/MA ocupa a posição de segundo maior centro econômico, político, cultural e populacional no estado e o principal da região que aglutina o sudoeste do Maranhão, norte do Tocantins e sul do Pará. Segundo dados do IBGE, cerca de um terço da população é constituída de crianças e adolescentes, e destes, no mínimo, 10% necessitam dos serviços de saúde relacionados aos transtornos mentais, cujo atendimento cabe a um único Capsi, localizado na cidade de Imperatriz, pertencente à microrregião nº 38, formada por 16 municípios. Nesse contexto, o Capsi tem um importante papel na articulação da rede de serviços em saúde, no entanto, o conhecimento aprofundado deste território e de sua população e a formação permanente de sua equipe multidisciplinar tornam-se fator imprescindível na implementação, planejamento e (re)organização no atendimento de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico.

**Palavras-chave:** Saúde Mental. Políticas Públicas de Saúde Mental Infantil. Capsi.

## ABSTRACT

This work had as a guiding concern the caring of children and adolescents with mental disorders by the Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (Capsi) - Center for Psychosocial Care Children and Youth in Imperatriz/MA, and its effectiveness in implementing public mental health policies, directed to target audience, recommended by the Ministry of Health, through Law n° 10.216/02. It is noteworthy that this law establishes a model of attention to mental health that is no longer based on isolation, from the so-called "asylums", but in the open service model, based on living with the family and the community and that it presented advances and challenges throughout its implementation and it has established a wide range of services and equipment available to people with psychological distress. The specific objectives were: to identify the public policies of the Ministry of Health / SUS towards children and adolescents with mental disorders and their implementation from January to December 2012, from the perspective of the users of the mentioned service, Capsi, as well as to outline the sociodemographic characteristics of those users. This is a quantitative-descriptive research in which it was identified and analyzed the policies and issues related to the services by means of a proportional random sample of 320 participants. The data was collected through literature, documentary research, in medical records, attendance reports (January to December 2012) and applying a form to parents and/or guardians of children and adolescents treated by this public service. In Brazil, about 10-20% of the population of children and adolescents suffer from mental disorders, and 3% to 4% require intensive care. Among the most common problems are there: mental retardation, autism, childhood psychosis, anxiety disorders, increased use of psychoactive substances and suicide, among adolescents. The city Imperatriz/MA, ranks as the second largest economic, political, cultural and population center in the state and the main region that binds the southwest of Maranhão, Tocantins northern and southern Para. According to IBGE, about one third of the population consists of children and adolescents, and out of these, at least 10% need health services related to mental disorders, whose care is relied over a single Capsi, located in Imperatriz, belonging to microregion n° 38, formed by 16 cities. In this context, the Capsi plays an important role in the articulation of the health services network, however, a deeper knowledge of the territory and its population and continuing education of its multidisciplinary team turn out to be indispensable factors in the implementation, planning and (re) organization on caring for children and adolescents in psychological distress.

**Keywords:** Mental Health. Public Policies on Children's Mental Health. Capsi.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição absoluta e percentual dos usuários atendidos pelo Capsi por faixa etária, sexo e cor da pele. Imperatriz/MA, 2014 .....	45
Tabela 2 – Distribuição absoluta e percentual dos usuários atendidos pelo Capsi por faixa etária segundo sexo e cor da pele. Imperatriz/MA, 2014. ....	46
Tabela 3 – Distribuição absoluta e percentual dos usuários atendidos pelo Capsi por grau de parentesco do participante da pesquisa segundo a pessoa responsável com quem mora e quem levou para ser atendido. Imperatriz/MA, 2014.....	48
Tabela 4 – Distribuição absoluta e percentual dos usuários atendidos pelo Capsi por grau de parentesco do participante da pesquisa segundo a pessoa responsável com quem mora e quem o levou para ser atendido. Imperatriz/MA, 2014.....	49
Tabela 5 – Distribuição absoluta e percentual dos usuários atendidos pelo Capsi por número de pessoas residentes no domicílio segundo a renda mínima e se recebe benefício. Imperatriz/MA, 2014.....	51
Tabela 6 – Distribuição absoluta e percentual dos usuários atendidos pelo Capsi por número de pessoas residentes no domicílio segundo a renda mínima e se recebe benefício. Imperatriz/MA, 2014.....	52
Tabela 7 – Distribuição absoluta e percentual dos usuários atendidos pelo Capsi por número de pessoas residentes no domicílio, renda mínima e cor da pele. Imperatriz/MA, 2014.....	54
Tabela 8 – Distribuição absoluta e percentual dos usuários atendidos pelo Capsi por número de pessoas residentes no domicílio, renda mínima e cor da pele. Imperatriz/MA, 2014.....	54
Tabela 9 – Distribuição absoluta e percentual dos usuários atendidos pelo Capsi por faixa etária, escolaridade e rede de ensino. Imperatriz/MA, 2014.....	55
Tabela 10 – Distribuição absoluta e percentual dos usuários atendidos pelo Capsi por faixa etária, escolaridade e rede de ensino. Imperatriz/MA, 2014.....	56
Tabela 11 – Distribuição absoluta e percentual dos usuários atendidos pelo Capsi de acordo com o motivo de encaminhamento segundo a faixa etária e sexo. Imperatriz/MA, 2014 .....	58
Tabela 12 – Distribuição absoluta e percentual dos usuários atendidos pelo Capsi de acordo com o motivo de encaminhamento segundo a faixa etária e sexo. Imperatriz/MA, 2014 .....	59
Tabela 13 – Distribuição absoluta e percentual dos usuários atendidos pelo Capsi de acordo com o motivo do encaminhamento segundo o profissional que realizou o primeiro atendimento e quem realizou o encaminhamento. Imperatriz/MA, 2014 .....	61
Tabela 14– Distribuição absoluta e percentual dos usuários atendidos pelo Capsi, de acordo com o motivo do encaminhamento segundo o profissional que realizou o primeiro atendimento e quem realizou o encaminhamento. Imperatriz/MA, 2014 .....	62

Tabela 15 – Distribuição absoluta e percentual dos usuários atendidos pelo Capsi de acordo com o motivo do encaminhamento segundo o profissional que realizou o primeiro atendimento. Imperatriz/MA, 2014.....	63
Tabela 16 – Distribuição absoluta e percentual dos usuários atendidos pelo Capsi, conforme o profissional que realizou o primeiro atendimento, o usuário que teve avaliação clínica, o projeto terapêutico que foi realizado, o que teve contato com a escola e o que recebeu visita domiciliar. Imperatriz/MA, 2014.....	65
Tabela 17 – Distribuição absoluta e percentual dos usuários atendidos pelo Capsi, conforme profissional que realizou o primeiro atendimento, usuário que teve avaliação clínica, que foi realizado projeto terapêutico, que houve contato com a escola e que recebeu visita domiciliar. Imperatriz - MA, 2014.....	66
Tabela 18 – Distribuição absoluta e percentual dos usuários atendidos pelo Capsi em relação ao atendimento familiar e sua frequência. Imperatriz/MA, 2014 .....	68
Tabela 19 – Distribuição absoluta e percentual dos usuários atendidos pelo Capsi por periodicidade de atendimento da família e por atendimento familiar. Imperatriz/MA, 2014... ..	68
Tabela 20 – Distribuição absoluta e percentual dos usuários atendidos pelo Capsi em relação ao diagnóstico do usuário e sexo. Imperatriz/MA, 2014 .....	71
Tabela 21– Distribuição absoluta e percentual dos usuários atendidos pelo Capsi em relação ao diagnóstico do usuário e sexo. Imperatriz/MA, 2014 .....	71
Tabela 22 – Distribuição absoluta e percentual dos usuários atendidos pelo Capsi por motivo do abandono, tempo que o usuário foi atendido e que atualmente não estão em atendimento. Imperatriz/MA, 2014.....	73
Tabela 23 – Distribuição absoluta e percentual dos usuários atendidos pelo Capsi por motivo do abandono, tempo que o usuário foi atendido e que atualmente não estão em atendimento. Imperatriz/MA, 2014.....	74

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1– Mesorregião Oeste Maranhense.....	33
Figura 2 – Antigas instalações do Capsi (2004-2011).....	41
Figura 3 – Novas instalações do Capsi (2012-atual).....	42
Figura 4 – Sala de recepção do Capsi.....	43
Figura 5 – Pátio do Capsi.....	43

Figura 6 – Sala de Oficinas/ Capsi .....	44
Figura 7 – Refeitório do Capsi .....	44
Figura 8 – Usuários atendidos pelo Capsi por faixa etária segundo Sexo e Cor da Pele, Imperatriz/MA, 2014 .....	47
Figura 9 – Usuários atendidos pelo Capsi por grau de parentesco do participante da pesquisa segundo a pessoa responsável com quem mora e quem levou para ser atendido. Imperatriz/MA, 2014 .....	49
Figura 10 – Usuários atendidos pelo Capsi por número de pessoas residentes no domicílio segundo a renda mínima e se recebe benefício. Imperatriz/MA, 2014 .....	52
Figura 11 – Usuários atendidos pelo Capsi por número de pessoas residentes no domicílio, renda mínima e cor da pele. Imperatriz/MA, 2014 .....	54
Figura 12 – Usuários atendidos pelo Capsi por faixa etária, escolaridade e rede de ensino. Imperatriz/MA, 2014 .....	56
Figura 13 – Usuários atendidos pelo Capsi de acordo com o motivo de encaminhamento segundo a faixa etária e sexo. Imperatriz/MA, 2014 .....	59
Figura 14 – Usuários atendidos pelo Capsi de acordo com o motivo do encaminhamento segundo o profissional que realizou o primeiro atendimento e quem realizou o encaminhamento. Imperatriz/MA, 2014 .....	62
Figura 15 – Usuários atendidos pelo Capsi de acordo com o motivo do encaminhamento segundo o profissional que realizou o primeiro atendimento. Imperatriz/MA, 2014 .....	63
Figura 16 – Usuários atendidos pelo Capsi conforme profissional que realizou o primeiro atendimento, usuário que teve avaliação clínica, que foi realizado projeto terapêutico, que houve contato com a escola e que recebeu visita domiciliar. Imperatriz/MA, 2014 .....	66
Figura 17 – Usuários atendidos pelo Capsi por periodicidade de atendimento da família e por atendimento familiar. Imperatriz/MA, 2014 .....	69
Figura 18 – Usuários atendidos pelo Capsi em relação ao diagnóstico do usuário e sexo. Imperatriz/MA, 2014 .....	72
Figura 19 – Usuários atendidos pelo Capsi por motivo do abandono, tempo que o usuário foi atendido e que atualmente não estão em atendimento. Imperatriz/MA, 2014 .....	75

## LISTA DE SIGLAS

CID-10	Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a saúde
Casa	Centro de Atenção à Saúde do Adolescente
Caps	Centro de Atenção Psicossocial
Capsi	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
Caps ad	Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas
CBCCL	Child Behavior Checklist
Concapsi	Congresso Brasileiro de Capsi
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
IBGE	Instituto Brasileiro de Normas Técnicas
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MTSM	Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental
Nuppsam	Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental
Naps	Núcleo de Atenção Psicossocial
OMS	Organização Mundial da Saúde
Raps	Rede de Atenção Psicossocial
SUS	Sistema Único de Saúde
SIS	Síntese de Indicadores Sociais
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TR	Terapeuta de Referência

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>18</b>
<b>2.1</b>	<b>Saúde mental: do modelo hospitalocêntrico à desinstitucionalização... 18</b>	
<b>2.3</b>	<b>Construção das Políticas Públicas em saúde mental infantil .....</b>	<b>25</b>
<b>3</b>	<b>ASPECTOS METODOLÓGICOS .....</b>	<b>32</b>
<b>3.1</b>	<b>Desenho do estudo .....</b>	<b>32</b>
<b>3.2</b>	<b>Local do estudo .....</b>	<b>32</b>
<b>3.3</b>	<b>População do estudo, critérios de inclusão e exclusão .....</b>	<b>34</b>
<b>3.4</b>	<b>Critérios de seleção da amostra .....</b>	<b>35</b>
<b>3.5</b>	<b>Coleta de dados.....</b>	<b>36</b>
<b>3.6</b>	<b>Tratamento das informações .....</b>	<b>36</b>
<b>3.7</b>	<b>Aspectos Éticos .....</b>	<b>37</b>
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>39</b>
<b>4.1</b>	<b>Contexto histórico do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil do município de Imperatriz/MA.....</b>	<b>39</b>
4.1.1	Estrutura e atendimento do Centro de Atenção Psicossocial Infanto – Juvenil do município de Imperatriz/MA .....	41
<b>4.2</b>	<b>Aspectos sociodemográficos dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil do Município de Imperatriz/MA.....</b>	<b>45</b>
4.2.1	Faixa Etária, Sexo e Cor .....	45
4.2.2	Contexto Familiar .....	48
4.2.3	Renda familiar e coabitação .....	50
4.2.4	Coabitação, renda familiar e cor da pele .....	53
4.2.5	Contexto educacional .....	55
<b>4.3</b>	<b>Implementação dos serviços prestados pelo Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil do município de Imperatriz/MA.....</b>	<b>57</b>
4.3.1	Queixa principal, faixa etária e sexo.....	58
4.3.2	Encaminhamento e atendimento do Capsi.....	60
4.3.3	Condutas Terapêuticas .....	64
4.3.3.1	<i>Avaliação clínica, projeto terapêutico, visita domiciliar e visita à escola.....</i>	<i>64</i>

4.3.3.2	<i>Atendimento familiar</i> .....	67
4.3.4	Transtornos Mentais.....	70
4.3.5	Atendimento e abandono do tratamento .....	73
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>79</b>
	<b>APÊNDICE I - Termo de consentimento livre e esclarecido - TCLE</b> .....	<b>83</b>
	<b>APÊNDICE II – formulário para pais ou responsável pelo (a) usuário (a) do Capsi – imperatriz - MA</b> .....	<b>85</b>
	<b>ANEXO I – Autorização da instituição coparticipante da pesquisa</b> .....	<b>90</b>
	<b>ANEXO II – Autorização do atendimento da equipe multidisciplinar</b> .....	<b>92</b>
	<b>ANEXO III – Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001</b> .....	<b>93</b>
	<b>ANEXO IV– Parecer Consubstanciado do CEP</b> .....	<b>97</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Meu interesse por esta pesquisa surgiu na minha atuação profissional em saúde mental no atendimento de pessoas acometidas pelo adoecimento mental, com especificidade nos transtornos de aprendizagem, e a partir de meus estudos sobre Políticas Públicas, no Programa de Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde – PUC/GO, emergiu da necessidade de compreender melhor as políticas públicas voltadas para crianças e adolescentes com transtorno mental.

O trabalho teve como eixo norteador a preocupação com o atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais do município de Imperatriz/MA, realizado pelo Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (Capsi) da região, e sua eficácia em implementar as políticas públicas de saúde mental, direcionadas ao público alvo, preconizadas pelo Ministério da Saúde, através da Lei nº 10.216/02.

Destaca-se que a referida lei institui um modelo de atenção à saúde mental não mais baseado no isolamento, dos chamados “manicômios”, mas no modelo de atendimento aberto, com base no convívio com a família e com a comunidade. Apresentou avanços e desafios ao longo de sua implementação e estabeleceu uma rede de serviços e equipamentos à disposição das pessoas com sofrimento psíquico. Dentre estes, destacamos o Centro de Atenção Psicossocial – Caps que, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), assume um papel estratégico na organização da rede comunitária de cuidados, a qual se torna responsável pelo direcionamento local das políticas e programas de Saúde Mental.

O Capsi, quando se refere a crianças e adolescentes, assume a especificidade do atendimento deste grupo, tendo em vista que, no Brasil, cerca de 10 a 20% da população de crianças e adolescentes sofrem de transtornos mentais, sendo que de 3% a 4% necessitam de tratamento intensivo (BRASIL, 2005). Dentre os problemas mais frequentes, estão: deficiência mental, autismo, psicose infantil, transtornos de ansiedade, aumento do uso de substâncias psicoativas e suicídio, entre os adolescentes. Nesses casos, é de fundamental importância que se possibilite novas formas de intervenção na saúde mental, considerando as peculiaridades da clientela e levando em conta seu estágio de desenvolvimento.

Neste sentido, é importante salientar que o município de Imperatriz/MA, ocupa a posição de segundo maior centro econômico, político, cultural e populacional no estado e o principal da região que aglutina o sudoeste do Maranhão, norte do Tocantins e sul do Pará. Segundo dados do IBGE (2010), cerca de um terço da população é constituída de crianças e adolescentes, e destes, no mínimo, 10% necessitam dos serviços de saúde relacionados aos transtornos mentais, cujo atendimento cabe a um único Capsi, localizado na cidade de Imperatriz, pertencente à microrregião nº 38, formada por 16 municípios.

Considerando esse contexto, a proposta deste estudo foi desenvolver uma pesquisa científica que identificasse as políticas públicas do Ministério da Saúde/SUS, direcionadas às crianças e adolescentes com transtorno mental, e sua implementação, no período de janeiro a dezembro de 2012, a partir do olhar dos usuários do Capsi de Imperatriz/MA, bem como, traçar os aspectos sociodemográficos deste público.

Esta pesquisa é do tipo quantitativo-descritiva e utilizou-se da aplicação de formulários junto a uma amostra aleatória proporcional da população alvo e, também, da consulta a documentos, como os prontuários e o livro de registro de atendimentos/2012<sup>1</sup> do Capsi..

O levantamento de dados foi iniciado após a aprovação do Projeto, pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC/GO – sob o nº 495.322. Enquanto a coleta de dados foi realizada por meio de um formulário, elaborado com base no Protocolo de Saúde Mental (2010), contendo perguntas fechadas, aplicado a 320 participantes selecionados aleatoriamente, dentre pais e/ou responsáveis pelas crianças ou adolescentes, após concordarem em participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A implementação das políticas públicas de saúde mental infantil está relacionada diretamente ao funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), com ações de prevenção e promoção em saúde mental, e a identificação das

---

<sup>1</sup> Documento utilizado pelo Capsi do município de Imperatriz, para registrar informações diárias (nome, endereço, filiação, telefone, data do atendimento) de atendimento a todas as crianças e adolescentes que buscaram o serviço e o profissional que realizou o atendimento ao usuário.

necessidades emergenciais deste grupo viabiliza a intervenção mais pertinente do dispositivo de atendimento em saúde mental infantojuvenil, o Capsi.

Espera-se que os resultados deste trabalho possam contribuir, não só para subsidiar ações e procedimentos/rotinas e protocolos de trabalho dos profissionais da saúde mental infantil de Imperatriz, das equipes gestora, multidisciplinar e técnico-administrativa do Capsi, como também, sugerir outros estudos relacionados ao atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Saúde mental: do modelo hospitalocêntrico à desinstitucionalização

De acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2008, a saúde mental trata da sensação de bem-estar subjetivo, na qual os indivíduos apresentam bom ajustamento social, autonomia e bagagem emocional para alcançar seus objetivos. No entanto, os registros históricos mostram que esta conceituação nem sempre foi compreendida desta forma.

Amarante (1995) relata que os escritos publicados por Michel Foucault e Goffman apresentam, criticamente, a constituição do saber sobre a loucura, através da prática social do internamento, e retrata a natureza das instituições psiquiátricas, denominadas de “instituições totais”. Para ambos os autores, o modelo psiquiátrico clássico rompeu com a visão simbólica da loucura no contexto social organizada num lugar de encarceramento, morte e exclusão para o louco, propondo outro modo de ver, a visão chamada crítica.

Na Idade Moderna, de acordo com Rosa (2011), com o advento da sociedade burguesa propunha-se libertar o homem da ignorância e dos mitos e fortalecer o saber e o uso da razão, como princípio da emancipação humana. Em contrapartida, o louco e a loucura colocavam em xeque tais princípios, legitimando a exclusão e a segregação feitas pelo Estado. No contexto do Iluminismo, segundo Porter (1990 apud Oliveira e Alessi, 2005), a psiquiatria institucionalizada passou a ser referência, resgatando antigos princípios gregos de exclusão dos doentes mentais, pois a manifestação dos “loucos” era sinônimo de “perturbação da ordem”, por isso deveriam ser contidos, presos em casas de correção que, nesse período, surgiram em toda a Europa.

Os hospitais que *a priori* foram criados na Idade Média como instituições de caridade, para oferecer aos pobres, miseráveis, mendigos, desabrigados e

doentes alimento e abrigo, passaram a cumprir a nova função de ordem social e política: tratar os enfermos, inclusive os doentes mentais. Desta forma, é institucionalizada a figura do médico clínico, que segundo Amarante (1995), tem em Philippe Pinel sua principal e primeira expressão.

Pinel, médico francês considerado o pai da psiquiatria, libertou os loucos das prisões, mas, infelizmente, depois de tê-los libertado, colocou-os em outra prisão, o manicômio, o que significou para Basaglia (1979, p.13), “o calvário do louco e ao mesmo tempo a grande fortuna da psiquiatria”.

De acordo com Pinel, que criou o termo alienação mental, esta não retrata a perda absoluta da razão, mas uma desordem gerada pelo distúrbio no âmbito das paixões, responsável por produzir desarmonia na mente e na percepção da realidade pelo indivíduo, e considerou que o tratamento mais adequado para este adoecimento seria o isolamento do mundo exterior. Assim, “entendia-se a institucionalização/hospitalização integral como fundamental para que o alienado fosse tratado” (Amarante, 2007, p. 31).

Na metade do século XX, após a Segunda Guerra, vários movimentos de contestação ao modelo institucionalizado se fizeram notar no cenário mundial, e países como Inglaterra, França, Estados Unidos da América e Itália foram os mais marcantes por sua inovação e impacto, de acordo com Oliveira e Alessi (2005), Amarante (2007) apresenta estes movimentos e os agrupa da seguinte forma: primeiramente surgiram, a Comunidade Terapêutica (Inglaterra) e a Psicoterapia Institucional (França) que têm a convicção de que seria possível qualificar a psiquiatria por meio de mudanças no hospital, com uma abordagem efetivamente terapêutica; em segundo lugar a Psiquiatria de Setor (França) e a Psiquiatria Preventiva (EUA), também conhecidas como Saúde Mental Comunitária, acreditavam que o modelo hospitalar estava esgotado e que a construção de serviços assistenciais iria qualificar o cuidado terapêutico, e, neste sentido, foram criados os Centros de saúde mental distribuídos pelas regiões; e o último grupo, a Antipsiquiatria (Inglaterra) e a Psiquiatria Democrática (Itália), que consideravam que todo modelo científico psiquiátrico com suas instituições assistenciais eram contestáveis.

O movimento denominado Psiquiatria Democrática teve como um dos seus principais representantes Franco Basaglia que, a partir da experiência italiana ocorrida no hospital psiquiátrico na cidade de Gorizia, aprofundou seus estudos

sobre as relações entre a violência do hospital psiquiátrico e a violência global dos nossos sistemas sociais. No entanto, Basaglia (1979) relata que, ao assumir o Hospital Psiquiátrico Regional de Trieste, em 1971, com sua equipe, conseguiu dar um salto qualitativo em relação a Gorizia, visto que se iniciou um processo de desativação do manicômio com a gradual reinserção do internado em seu núcleo social, criando centros externos pela defesa da saúde.

A experiência de Franco Basaglia, surgiu como uma perspectiva de colocar fim ao aparelho institucional psiquiátrico e demonstrou que “é possível a constituição de uma nova forma de organização da atenção que ofereça e produza cuidados, e ao mesmo tempo produza novas formas de sociabilidade” (AMADOR, 2010, p. 27). Para Amarante (1995, p. 49), “tal ruptura teria sido operada tanto em relação à psiquiatria tradicional (o dispositivo da alienação), quanto em relação à nova psiquiatria (o dispositivo de saúde mental)”.

Estes movimentos exerceram grande influência em diversos países do mundo, inclusive no Brasil, e fomentaram discussões sobre a experiência da desinstitucionalização e reinserção social.

## **2.2 Políticas Públicas de Saúde Mental no Brasil**

A política, como conjunto de fenômenos, princípios, diretrizes e normas, relativos às práticas da sociedade e do bem-cuidar e, também, ao gerenciamento dos bens públicos (saúde, educação, justiça, cultura etc.), em benefício do indivíduo e/ ou da coletividade, consubstancia o processo de construção dos direitos do cidadão.

No final do século XX, as políticas voltadas para o campo de saúde mental sempre estiveram relacionadas diretamente à reforma psiquiátrica; os movimentos sociais, debates e discussões sobre o atendimento aos pacientes com transtornos mentais, que se apresentavam hegemonicamente no formato dos hospitais psiquiátricos, também conhecidos como manicômios, trouxeram de maneira concreta mudanças no modelo de assistência para pessoas com adoecimento mental.

Ao abordar a reforma psiquiátrica no Brasil se faz necessário, segundo Amador (2010), relacionar a história da psiquiatria no país a partir da chegada da Família Real, que instituiu a ordem de urbanização e impregnação de costumes inerentes à sociedade europeia, no intuito de tornar os habitantes das novas terras da América adequados e ajustados ao modelo mercantilista.

Desta forma, o modelo europeu de tratamento para os doentes mentais, a partir do isolamento e trancafiamento em espaços distantes do convívio social, legitimou a exclusão dos doentes mentais e a supremacia da razão no Brasil. Neste contexto, Amarante (1994, p. 74), afirma que “a história da nossa psiquiatria é a história de um processo de asilamento; é a história de um processo de medicalização social”, e perdurou por muito tempo.

Durante o período da ditadura militar (1964-1984), Figueiredo (2005) relata que a saúde era vista como um bem de consumo médico, em virtude do poder político e econômico centralizado nas mãos dos governos militares, que favoreceu a institucionalização hospitalar ofertada pelo setor privado. O período da ditadura destacou-se pelo crescimento de consultas médicas, pelo aumento do consumo de medicamentos e equipamentos médicos, destinados a diagnóstico e tratamento, e pelo fortalecimento das empresas e grupos médicos voltados para a lucratividade, proporcionando ganhos com o adoecimento da população.

Para ter acesso ao sistema de saúde e gozar dos direitos de cidadania social, o cidadão brasileiro precisava ter contribuição previdenciária por meio da carteira de trabalho registrada, afirma Carvalho e Barbosa (2010). Assim, eram excluídos do exercício da cidadania os indivíduos que não possuíam ocupação reconhecida pela lei.

A saúde mental, na década de 1960, sofreu com a unificação dos institutos de pensões e de aposentarias, segundo Amarante (1995) e a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), instituiu a compra, pelo Estado, de serviços psiquiátricos do setor privado, frente às pressões sociais por lucro, por parte dos empresários.

A abertura política, a partir da década de 1980, com o fim do regime militar, com as eleições diretas para Presidente da República e com a elaboração da Constituição Federal, possibilitou, como aponta Figueiredo (2005), a descentralização política e administrativa e a ampliação da universalização do direito de acesso aos serviços de saúde, contornando a crise do setor, fomentada pelos

movimentos sindicalistas, pelas greves dos profissionais de saúde e pela permanente ideia de socialização da política de assistência médica. Nesse sentido, Amador (2010), afirma que a década de 1980 possibilitou a união da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica, uma exercendo influência sobre a outra e ocupando os espaços públicos de poder para discussão e tomada de decisão, como estratégia para direcionar e introduzir as mudanças no sistema de saúde.

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) liderou o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil, com o objetivo de constituir-se num espaço de luta não institucional, com foco no debate e no encaminhamento de propostas para transformação da assistência psiquiátrica, tanto para a classe trabalhadora como para os pacientes. Para Amarante (1995) foi um processo histórico de formulação crítica e prática, inserido na conjuntura de redemocratização do fim da década de 1970.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil se configura e é constituída como movimento sociopolítico no âmbito da saúde pública e, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005a), vislumbrou o aprofundamento da discussão da garantia dos direitos das pessoas com transtornos mentais, a partir da articulação entre as políticas públicas de direitos humanos e de saúde mental.

Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em Brasília, tornou-se um marco para a realização da Reforma Sanitária Brasileira, pois esta se caracterizou pela defesa da “bandeira da descentralização, pela criação de um sistema único de saúde universal, igualitário, participativo, descentralizado e integral” (CNS, 2010, p.8), para cuja mobilização contribuíram profissionais da saúde, representantes políticos, pacientes e representantes populares. Amarante (1995) considera que foi nesta conferência que a expressão reforma sanitária tornou-se um lema nacional e, também, um instrumento de mobilização social para a reestruturação do setor de saúde no país.

A Constituição Federal Brasileira promulgada em 5 de outubro de 1988, com seção exclusiva para a questão da saúde (Art. 196 a 200), teve, de acordo com Amador (2010), um importante papel na solidificação do novo sistema de saúde, pois determinou a universalização da assistência, o atendimento integral à saúde do indivíduo e a permanente participação da comunidade no processo de gestão do sistema, por meio dos Conselhos de Saúde.

Em 1990 foi realizada em Caracas, a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, que estabeleceu um compromisso entre os países da América Latina, inclusive o Brasil, por meio do documento intitulado “Declaração de Caracas”, que objetivava a reestruturação da assistência psiquiátrica, a reavaliação crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico, salvaguardar os direitos civis e a dignidade pessoal, proteger os direitos humanos dos usuários e propiciar a sua permanência em seu meio comunitário. A Declaração de Caracas propôs:

1 Que a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário da Saúde, no quadro dos Sistemas Locais de Saúde, permite a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais; 2 Que a reestruturação da assistência psiquiátrica na região implica em revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços; 3 Que os recursos, cuidados e tratamentos dados devem: a) salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis; b) estar baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados; c) propiciar a permanência do enfermo em seu meio comunitário; 4 Que as legislações dos países devem ajustar-se de modo que: a) assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais; b) promovam a organização de serviços comunitários de saúde mental que garantam seu cumprimento; 5 Que a capacitação dos recursos humanos em Saúde Mental e Psiquiatria deve fazer-se apontando para um modelo, cujo eixo passa pelo serviço de saúde comunitária e propicia a internação psiquiátrica nos hospitais gerais, de acordo com os princípios que regem e fundamentam essa reestruturação; 6 Que as organizações, associações e demais participantes desta Conferência se comprometam solidariamente a advogar e desenvolver, em seus países, programas que promovam a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica e a vigilância e defesa dos direitos humanos dos doentes mentais, de acordo com as legislações nacionais e respectivos compromissos internacionais. (BRASIL, 2005a, p.12).

Os movimentos sociais, em 1992, inspirados no Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguiram aprovar em vários estados da federação a substituição progressiva de leitos psiquiátricos por uma rede de atenção à saúde mental. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), o compromisso firmado pelo Brasil e pelos demais países da América Latina, na Declaração de Caracas, e a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental colaboraram na regulamentação da Portaria N° 224/MS, de 29 de janeiro de 1992, que instituiu a implantação de serviços de atenção diária, com base nas experiências dos primeiros Caps, Naps e

Hospitais-dia, e as normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos.

Após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, a Lei Paulo Delgado – Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 – foi sancionada (BRASIL, 2004b), dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionando o modelo assistencial em saúde mental, bem como, apresentando aos governos, federal, estadual, municipal, e aos movimentos sociais, o modelo de atenção comunitária, dentro do processo de transição do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico.

Os Caps (Centro de Atenção Psicossocial), os Naps (Núcleos de Atenção Psicossocial), o Cersam (Centros de Referência em Saúde Mental) e outros tipos de serviços substitutivos integram a rede do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2004a) e são regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, que define o Caps como o responsável direto pela assistência prestada ao paciente por meio de atividades terapêuticas. Assim, o reconhecimento e ampliação dos Caps, definem a responsabilidade do atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, ofertando os cuidados clínicos e a reabilitação psicossocial, substituindo o modelo hospitalocêntrico, no intuito de evitar as internações e favorecer o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias (BRASIL, 2004a).

A Portaria 336/GM, no artigo 1º, institui as modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2004b), que estão organizadas da seguinte forma:

- Caps I – nos municípios com população entre 20 e 70 mil habitantes, com funcionamento das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira;
- Caps II – nos municípios com população entre 70 e 200 mil habitantes, com funcionamento das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo ter um terceiro período, até 21 horas;
- Caps III – municípios com população acima de 200 mil habitantes, funcionando 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana;
- Capsi – municípios com população acima de 200 mil habitantes, com funcionamento das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo ter um terceiro período, até 21 horas; e

- Capsad – municípios com população acima de 100 mil habitantes, com funcionamento das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo ter um terceiro período, até 21 horas.

A Rede de Atenção Psicossocial (Raps) também é outro instrumento de atendimento em saúde mental, instituída pela Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011, e tem assumido o papel, de realizar as ações de prevenção e promoção em saúde mental, tendo como finalidade:

[...] a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 2011c, p. 2).

A Raps apresenta uma proposta de atuação que objetiva a identificação da população adoecida, a disseminação de conhecimentos relacionados aos transtornos mentais, tanto para os profissionais da saúde, profissionais da educação e sociedade como um todo, como a viabilização de ações de prevenção e promoção em saúde, no atendimento precoce ao doente e na desmistificação do estigma do louco. A estrutura de atendimento proposta pela Raps, a partir da Portaria nº 3088/2011 (BRASIL, 2011c), apresenta-se por meio dos seguintes serviços públicos: Atenção Básica em Saúde; Atenção Psicossocial Especializada; Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Residencial de Caráter Transitório; Atenção Hospitalar; Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial.

Em síntese, as políticas públicas em saúde mental, a partir dos anos 1990, segundo Oliveira e Alessi (2005), se efetivaram em consequência da ação dos movimentos populares os quais, na luta pela melhoria das condições de trabalho para os profissionais que atuam na saúde mental e por mudanças no atendimento aos pacientes, contribuíram para desconstruir a função social da psiquiatria e dos hospitais psiquiátricos e solidificar as estruturas básicas da Reforma Psiquiátrica.

### **2.3 Construção das Políticas Públicas em saúde mental infantil**

As políticas públicas em saúde mental para atendimento de crianças e adolescentes apresentam várias etapas legislativas que configuram a proteção e o cuidado para este grupo. A publicação intitulada “Caminhos das políticas públicas voltadas para a saúde mental infantojuvenil”, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005b, p.10), afirma que o Estado é o responsável pela promoção do desenvolvimento pleno do cidadão infantojuvenil e que este se obriga a assegurar mecanismos de educação, proteção social, inclusão, promoção e garantia de direitos da criança e do adolescente, com adoecimento mental, e de sua família.

Nesse sentido, é a Constituição Brasileira de 1988 que se torna o principal instrumento na tomada de consciência política social, se constitui num marco dos direitos da infância dando a ela a condição de cidadã, assegurada no artigo 227.

O direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (BRASIL, 2010, p. 144).

A regulamentação do Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei nº 8.069/1990 – consolida o atendimento da infância e prevê a proteção integral à criança, garantindo no 7º artigo, o “direito à proteção, à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio” (BRASIL, 2011b, p. 26). No artigo 11º, assegura “o atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde” (BRASIL, 2011b, p. 27).

Para Couto et al. (2008), a saúde mental da infância e da adolescência, historicamente no Brasil, foi delegada aos setores educacional e de assistência social, com quase ausência de proposições pela saúde mental. Para eles, uma política de saúde mental voltada para crianças e adolescentes auxiliaria substancialmente a ampliação do sistema de serviços, possibilitando a construção de dados e de informações relevantes, acerca das questões específicas da faixa etária, e, de forma significativa, contribuindo para o avanço das pesquisas nesta área.

As políticas públicas atuais, de acordo com Lauridsen-Ribeiro e Tanaka (2010) buscam superar a prática institucionalizante, que obteve grande respaldo histórico, embasada numa lógica higienista, e que reforçou o quadro de abandono e exclusão ao qual ficaram submetidos milhares de crianças e adolescentes reclusos no interior de abrigos, educandários e hospitais psiquiátricos em todo o país por muito tempo

As ações direcionadas para a implantação da construção da rede de cuidados, capaz de responder com efetividade às necessidades deste grupo, se apresentam (COUTO et al., 2008) em duas principais ações: a implantação pelo SUS de novos serviços de saúde mental infantojuvenil, pelos Centros de Apoio Psicossocial Infantojuvenil e pela construção estratégica de articulação intersetorial da saúde mental com os setores envolvidos na assistência social, na saúde geral, na educação, na justiça e nos direitos com vistas à integralidade do cuidado.

A Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2004a), constitui o Capsi como um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes até 24 anos, comprometidos psiquicamente. Estão incluídos nessa categoria os portadores de autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais, devendo, portanto, o centro realizar parcerias necessárias com a rede de saúde, educação e assistência social ligadas ao cuidado da população a que se destina.

Nesse sentido, o Caps, por meio da Raps, assume:

[...] um papel estratégico na organização da rede comunitária de cuidados, farão o direcionamento local das políticas e programas de Saúde Mental: desenvolvendo projetos terapêuticos e comunitários, dispensando medicamentos, encaminhando e acompanhando usuários que moram em residências terapêuticas, assessorando e sendo retaguarda para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família no cuidado domiciliar. Esses são os direcionamentos atuais da Política de Saúde Mental para os Caps – Centros de Atenção Psicossocial. (BRASIL, 2004a, p.12).

A assistência prestada ao paciente no Capsi deverá ser realizada por uma equipe técnica mínima, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b), formada por um médico psiquiatra ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental; um enfermeiro; quatro profissionais de nível superior entre as

seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; e cinco profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Dessa forma, o Capsi é o dispositivo de atendimento e articulação de toda a rede de atenção em saúde e redes sociais, uma construção, em grande parte, gestada na prática do atendimento, no esforço de inclusão e nas pelejas das ações intersetoriais (LAURIDSEN-RIBEIRO; TANAKA, 2010). Para tanto, o trabalho em equipe é estratégico para a efetivação das atividades internas do serviço, como acolhimento, avaliação e tratamento, e das atividades externas, que estão relacionadas às atividades de inclusão social, articulação da rede de atenção e suporte para as equipes de atenção básica.

Portanto, o atendimento no Capsi pode ser realizado de forma direta ao usuário ou pelo encaminhamento do Programa de Saúde da Família ou de qualquer serviço de saúde (BRASIL, 2004a). O usuário deve procurar o Capsi mais próximo possível da região em que mora, onde será acolhido por qualquer profissional que compõe a equipe e que dará prosseguimento ao atendimento com a construção do projeto terapêutico. Se o usuário estiver impossibilitado ou isolado, sem condições de acesso ao serviço, ele poderá ser atendido por um profissional da equipe do Capsi em casa, de forma articulada com as equipes de saúde da família do local, desde que haja a solicitação de um familiar ou vizinho.

A abordagem terapêutica do Capsi, estabelecida pela proposta de saúde aberta e comunitária, se estabelece na construção permanente de um ambiente facilitador, estruturado e acolhedor, por meio das seguintes atividades:

- a) atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- b) atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros);
- c) atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- d) visitas e atendimentos domiciliares;
- e) atendimento à família;
- f) atividades comunitárias enfocando a integração da criança e do adolescente na família, na escola, na comunidade ou quaisquer outras formas de inserção social;
- g) desenvolvimento de ações intersetoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça;
- h) os pacientes assistidos em um turno (4 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (8 horas) receberão duas refeições diárias. (BRASIL, 2004b, p. 132).

As atividades terapêuticas, que fazem parte do tratamento dos usuários nos Capsi I (BRASIL, 2004a) se caracterizam pela construção permanente de um ambiente facilitador, estruturado e acolhedor, abrangendo várias modalidades de tratamento. Estas atividades são desenvolvidas através de psicoterapia individual ou em grupo, atendimento para a família, oficinas terapêuticas, atividades comunitárias, assembleias ou reuniões de organização do serviço, atividades artísticas, orientação e acompanhamento, do uso de medicação, e visita domiciliar.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2005b) salienta que o atendimento de crianças e adolescentes pelo serviço público em saúde mental, seja ele por meio do Capsi e/ou da Raps deve se pautar em cinco princípios: acolhimento universal, o que significa que todos os serviços públicos de saúde mental infantojuvenil devem estar abertos a todos aqueles que chegam; encaminhamento implicado, que propõe que aquele que encaminha se inclua no encaminhamento e que acompanhe o caso até seu novo destino; construção permanente da rede, em que esta articula a ação do cuidado para com o que se situa fora e além dos limites da instituição, o que, conseqüentemente, implica na noção de território; e por último, a intersectorialidade na ação do cuidado, tendo como perspectiva a intervenção de uma clínica no território que, de uma forma ou outra, esteja envolvido na vida das crianças e dos adolescentes. Esses princípios se traduzem como uma articulação de novos dispositivos de cuidado vinculados ao processo de desinstitucionalização.

O acolhimento do usuário e a escuta do sofrimento psíquico do mesmo será o primeiro passo no seu atendimento, seguido do diagnóstico, que é importante, mas não deve ser o único nem o principal objetivo do serviço. No entanto, as atividades serão definidas a partir do projeto terapêutico, que se constitui como um conjunto de propostas e condutas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultante da discussão coletiva da equipe multidisciplinar (BRASIL, 2004a).

Após o projeto terapêutico ter sido traçado, o profissional que acolheu passa a ser uma referência no tratamento, tendo uma configuração denominada Terapeuta de Referência (TR), que não é necessariamente obrigatório, mas estabelece um vínculo entre o usuário e quem o acolheu. Para o Ministério da Saúde, caso esta situação se efetive, o TR tem a responsabilidade de monitorar junto com o usuário o seu projeto terapêutico, (re)definindo, por exemplo, as atividades e a frequência de participação no serviço. É ele, também, o responsável

pelo contato com a família e pela avaliação periódica das metas traçadas no projeto terapêutico, dialogando com o usuário e com a equipe técnica do Capsi.

Outra importante contribuição para a política de saúde mental infantil foi a implantação do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil, instituído pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria GM n.º 1.608, de 3 de agosto de 2004, que, com sua regulamentação, assume os papéis de organização dos fóruns locais, de concentrar esforços no campo da Atenção em Saúde Mental Infantojuvenil e de aperfeiçoar as propostas desenvolvidas pelos diferentes setores governamentais e não governamentais.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005b) o Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil é considerado um espaço de debate coletivo de diferentes interfaces, necessárias ao fortalecimento de uma política que atenda as necessidades de crianças e adolescentes, e que venha responder à situação de vulnerabilidade deste grupo, em contextos específicos, bem como realizar ações de inclusão social.

Atualmente, duas questões específicas têm sido discutidas pelo serviço público em saúde mental infantil, e se referem ao aumento crescente de diagnósticos de crianças com autismo e ao aumento significativo do consumo de álcool e outras drogas por crianças e adolescentes. Em relação ao autismo, Reis et al. (2010b) afirmam que a variabilidade da síndrome e o desconhecimento e/ou despreparo dos profissionais de saúde para lidar com a questão geram diversas dificuldades para sua identificação e intervenção precoce. Muitos serviços de saúde mental não consideram o autismo como parte do seu escopo de atuação e contribuem, muitas vezes, para situações de desassistência e segregação.

Quanto ao crescimento do consumo de álcool e outras drogas por crianças e adolescentes, segundo Amstalden et al. (2010) o desafio para o serviço público em saúde mental está relacionado à falta de conhecimento, às dificuldades para o manejo da clínica de abuso de substâncias, à cultura do medo relacionada ao consumo das drogas ilícitas, assim como à visão higienista do cuidado, que são fatores que contribuem sobremaneira para a judicialização da questão. Essa atuação é que determina o tratamento compulsório e se utiliza da internação como recurso imediato e sistemático de cuidado, ações que se opõem ao tratamento proposto pelos serviços comunitários.

A existência do Capsi e do Fórum Nacional de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes, de acordo com Assis et al. (2010), tem uma significativa importância para o atendimento Infantojuvenil, o primeiro, por representar muito mais que um lugar de acolhimento das crianças e adolescentes com transtorno mental, mas um lugar que proporciona maior visibilidade ao sofrimento psíquico dos mesmos; e o segundo, por ser uma política de assistência de base comunitária, que se tornou um marco para se pensar no atendimento dessa faixa etária.

A consolidação e implementação das políticas públicas voltadas para crianças e adolescentes são consideradas desafios inerentes ao atendimento deste grupo, uma vez que as prioridades e as particularidades do adoecimento mental devem ser atendidas conforme a garante o Sistema Único de Saúde (SUS).

### **3 ASPECTOS METODOLÓGICOS**

#### **3.1 Desenho do estudo**

Trata-se de um estudo do tipo quantitativo-descritivo, cujas informações foram obtidas a partir da aplicação de um formulário à amostra selecionada da população, e de uma pesquisa documental em prontuários e no livro de registro de atendimentos/2012<sup>2</sup> do Capsi da cidade de Imperatriz/MA.

A aplicação do formulário foi realizada em uma amostra proporcional aleatória de crianças e adolescentes atendidos no serviço público do Capsi escolhido, no período de janeiro a dezembro de 2012, representadas pelos seus pais e/ou responsáveis.

A definição da pesquisa para a busca dos dados do período de janeiro a dezembro de 2012 se deu pela limitação de tempo definido pela PUC/GO para realizar/encerrar o trabalho, pela dificuldade em localizar e manusear os prontuários referentes aos anos anteriores (2004-2011).

Outra dificuldade encontrada na coleta de informações para este trabalho foi a inexistência de um sistema informatizado de atendimento aos usuários, exigindo o manuseio de cada prontuário individualmente.

#### **3.2 Local do estudo**

O presente estudo foi realizado no Centro de Apoio Psicossocial Infantojuvenil – Capsi, o coparticipante da pesquisa (Anexo I), situado no município

---

<sup>2</sup> Conforme citado anteriormente, é o documento utilizado pelo Capsi do município de Imperatriz, para registrar informações diárias de atendimento aos usuários.

de Imperatriz/MA, que há dez anos (2004-2014) desenvolve suas atividades junto à população imperatrizense e microrregião. Segundo o IBGE (2010), a cidade possui 247.505 habitantes e uma área de 1.367,901 km<sup>2</sup>, dos quais 15.480 km<sup>2</sup> estão em zona urbana. Cerca de um terço de sua população está na faixa etária de zero a 18 anos. Trata-se de uma região metropolitana do sudoeste Maranhense, banhada pelo rio Tocantins na margem direita, que na década de 1970 iniciou seu processo de desenvolvimento, em função da construção da Rodovia Belém-Brasília. Por sua vez, Imperatriz é uma das microrregiões do estado e pertencente à mesorregião Oeste Maranhense (Figura 1), que possui uma população estimada em 566.866 habitantes e uma área total de 29.483,768 km<sup>2</sup>, abrangendo 16 Municípios.<sup>3</sup>

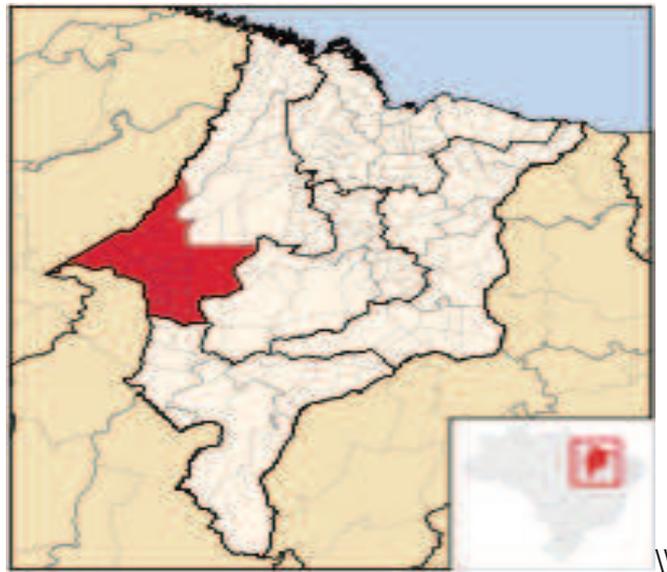


Figura 1— Mesorregião Oeste Maranhense  
Fonte: Wikipédia, Microrregião de Imperatriz, 2013.

No município existe um único serviço público de saúde mental – Capsi – que atende crianças e adolescentes de toda a microrregião com recursos do Ministério da Saúde e da Prefeitura Municipal de Imperatriz, por meio da Secretaria Municipal de Saúde. O referido Capsi existe há dez anos, porém há dois anos sofreu adaptações para atender à dinâmica do trabalho e, atualmente, está localizado na Rua Sergipe, nº 23, em um bairro nobre, chamado de Três Poderes, e atende a

---

<sup>3</sup> Açailândia, Amarante, Buritirama, Cidelândia, Davinópolis, Governador Edison Lobão, Imperatriz, Itinga do Maranhão, João Lisboa, Lajeado Novo, Montes Altos, Ribamar Fiquene, Brejão, São Pedro da Água Branca, Senador La Rocque, Vila Nova dos Martírios.

população de 3 a 18 anos, de ambos os sexos, que residem no município e nas cidades que fazem parte da microrregião de Imperatriz.

O serviço de atendimento do Capsi é realizado por uma equipe multidisciplinar formada por psiquiatra, psicólogo, assistente social, psicopedagogo, pedagoga, enfermeiro, técnico em enfermagem e educador físico. Estes profissionais são responsáveis pelo acolhimento, encaminhamento e planejamento de ações terapêuticas, considerando o grau de comprometimento e de risco da criança e/ou adolescente, bem como, aspectos de manejo, diretamente ligados à relação terapêutica entre os clínicos e os membros da família, para eficácia do acompanhamento da criança.

### **3.3 População do estudo, critérios de inclusão e exclusão**

Os participantes da pesquisa foram selecionados a partir de uma amostra aleatória proporcional, constituída por 320 participantes, menores de 18 anos, dentre os pacientes que foram atendidos pelo Capsi de Imperatriz, no período de janeiro a dezembro de 2012, e que residiam neste município. Os escolhidos foram representados por seus pais ou responsáveis, os quais concordaram em participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice I), em duas vias, sendo uma para a pesquisadora e outra para o participante, e não receberam qualquer tipo de pagamento em dinheiro ou outro benefício direto.

Foram incluídos na pesquisa todos os usuários residentes no município que puderam ser contatados por meio dos endereços que constavam no livro de registro de atendimentos/2012 do Capsi e aceitaram participar do trabalho, representados por seus pais ou responsáveis. E foram excluídos da pesquisa os selecionados que não puderam ser localizados pelo endereço informado nesse registro e aqueles cujos pais ou responsáveis não concordaram em participar, bem como os que não residem na cidade de Imperatriz/MA.

### 3.4 Critérios de seleção da amostra

A definição da amostra proporcional aleatória foi baseada na população total, constituída por 1.066 (mil e sessenta e seis) menores atendidos no período de janeiro a dezembro de 2012 pelo Capsi de Imperatriz/MA, identificados no Livro de Registro de Atendimentos/2012. A amostra aleatória proporcional foi de 320 participantes, calculada pelo programa Bioestast 5.3, (descrito na fórmula abaixo) com tabela de números aleatórios, sendo que cada membro da população pesquisada teve a mesma chance de ser incluído no universo total da amostra, ou seja, os 1.066 (mil e sessenta e seis) usuários tiveram chance de serem selecionados, dentre eles 669 crianças de 1 a 11 anos e 396 adolescentes de 12 a 18 anos. Verifica-se, seguir a descrição do cálculo utilizado, por meio da fórmula:

$$n = Z^2 \times pq \times N / E^2 \times (N - 1) + Z^2 \times pq$$

na qual, **n** corresponde ao tamanho da população; **Z** é o valor padronizado da curva de distribuição normal; **p** é a probabilidade do evento ou proporção populacional e **q** representa a probabilidade ou proporção igual a 1 – p. Foi considerada a estimativa máxima de 5% para erro padrão e uma margem de segurança de 20%, inclusa no cálculo da amostra (STEVENSON, 2001). Assim, o tamanho mínimo da população ficou estabelecido em 283 participantes, com 20% de margem de segurança, tendo como tamanho máximo de 339 participantes.

#### DADOS:

n= 1066  
E= 0,05  
p= 0,5  
q= 0,5  
(P/ 5%) Z = 1,96  
(P/ 1%) Z = 2,575  
(P/ 10%) Z = 1,645

$$n = Z^2 \times pq \times N / E^2 \times (N - 1) + Z^2 \times pq$$

$$n = 283$$

$$p/E = 0,05$$

#### Fórmula p/ tamanho da amostra (5%)

$$n = 283 \\ + 20\% \\ n = 339$$

No entanto, da população amostral (n=339) foram descartados 19 formulários pelas seguintes razões: idade declarada não compatível com a faixa

etária proposta neste estudo, desistência do participante e endereço declarado não encontrado. Ao final da coleta de dados, ficou estabelecido o número total de 320 participantes.

### **3.5 Coleta de dados**

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da PUC, de Goiás, o estudo foi iniciado. As informações coletadas foram obtidas por meio da aplicação de um formulário e da pesquisa documental em prontuários e livro de registro de atendimentos (janeiro a dezembro/2012). O formulário (Apêndice II) foi estruturado tendo por base o Protocolo de Saúde Mental (2010), com perguntas fechadas buscando as seguintes informações: dados do informante, dados dos usuários, aspectos sociodemográficos e descrição dos serviços prestados pelo Capsi.

Os formulários foram aplicados pela pesquisadora e por alunos voluntários, entre os meses de janeiro e fevereiro de 2014, em data, local e horário, previamente agendados pelos pais e/ou responsáveis dos 320 participantes que concordaram em participar do trabalho e assinaram o TCLE.

Muitas foram as dificuldades na coleta de dados, dentre elas: a impossibilidade de fazer contato via telefone com os participantes (números não atualizados); endereços em que o selecionado não foi encontrado; endereços incompletos ou incorretos; dificuldades no deslocamento da pesquisadora e dos alunos voluntários para as diversas localidades, tornando a coleta de dados uma etapa desafiadora para a concretização da pesquisa. Cabe registrar, no que se refere aos possíveis riscos relacionados à pesquisa, que não houve nenhuma intercorrência gerada pela aplicação do formulário.

### **3.6 Tratamento das informações**

Ao encerrar a coleta de dados, os formulários preenchidos foram numerados, as variáveis foram agrupadas e quantificadas para criar um banco de dados, formatado no editor de planilhas Microsoft Office Excel, que alimentou o Programa Epiinfo, versão 7.0, para o tratamento estatístico, gerando tabelas com cruzamentos das variáveis propostas. Para a associação das variáveis quantitativas foi utilizado o teste estatístico Qui-quadrado e para os cruzamentos que apresentaram comprometimento de alguns dos pressupostos do Qui-quadrado, foi utilizado o teste Exato de Fischer, tendo o valor de  $p < 0,05$  para determinar a significância e a associação estatística das variáveis estudadas. Quanto à análise descritiva foram utilizadas tabelas de frequência e os valores foram apresentados em números absolutos e percentuais.

### **3.7 Aspectos Éticos**

Destaca-se, que ao longo de todo o trabalho houve o compromisso da pesquisadora com os princípios da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS 466/12), que “incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da Bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado”. Portanto, ao buscar alcançar os objetivos propostos nesta pesquisa, foi resguardado primeiramente os direitos dos pesquisados, conforme a normativa.

Os selecionados foram informados sobre os objetivos da pesquisa, a participação voluntária e gratuita, com garantia do sigilo das informações fornecidas, e que, em caso desistência, não haveria qualquer prejuízo quanto à suspensão de sua participação. As informações obtidas foram registradas de modo a preservar a identificação dos participantes, porém garantindo a confidencialidade e o anonimato. Neste sentido, os dados coletados são de conhecimento apenas da pesquisadora e serão guardados em escritório particular pelo período de 5 (cinco) anos, preservando, assim, o mais absoluto sigilo sobre as informações obtidas.

Ressalta-se que o projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUC de Goiás que emitiu o Parecer Consubstanciado nº 495.322 (Anexo IV).

## **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **4.1. Contexto histórico do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil do município de Imperatriz/MA**

O Centro de Apoio Psicossocial Infantojuvenil do município de Imperatriz foi antecedido pelo trabalho, destinado a crianças e adolescentes com transtornos psicossociais, de caráter preventivo, educativo e terapêutico, entidade denominada de Casa – Centro de Atenção à Saúde do Adolescente –, e dentro de programa vinculado à Secretaria Municipal de Saúde. Para Ribeiro (2010), o Capsi tem seu surgimento muito antes da inauguração do prédio em dezembro de 2004 e da portaria de credenciamento junto ao SUS, em julho de 2005.

O autor apresenta, ainda, dois fatores como de suma importância para a criação do Casa: o primeiro está relacionado às mudanças no cenário político e social do município e o outro, às regulamentações do Ministério da Saúde, que apresentam a necessidade da saúde pública priorizar o atendimento de adolescentes. Desta forma, com atraso de doze anos, tendo em vista a Portaria do Ministério da Saúde Nº 980/GM de 21/12/1989, foi regulamentada a criação, em todo município, de um centro de referência do adolescente, e a Secretaria Municipal de Saúde viabilizou em 2001 a estruturação do atendimento infantojuvenil.

A partir do compromisso de desenvolver ações para o enfrentamento dos riscos e agravos da adolescência, com base numa perspectiva multiprofissional, intersetorial e interinstitucional, integrada ao SUS, alcança também o público alvo na faixa etária de 10 a 21 anos, de ambos os sexos, além de pais, instituições afins e profissionais das áreas de saúde, educação, desenvolvimento social e lazer. O Casa começou a funcionar no Complexo de Saúde Pública, situado na região periférica da cidade, com vistas ao atendimento urbano e rural do município, em 15 de junho de 2001.

Para Ribeiro (2010), o Casa teve que aderir e ampliar o atendimento psicossocial a crianças a partir de três anos, seguindo a proposta preventiva e

socioeducativa no tratamento infantojuvenil, devido às solicitações advindas da Promotoria da Infância e Adolescência, Conselho Tutelar e Conselho Municipal de Saúde, que registravam uma constância nos casos de violência e abuso sexual em crianças.

Assim, o Centro de Atenção à Saúde do Adolescente tornou-se o primeiro programa municipal de atenção diária, destinado a crianças e adolescentes com transtornos mentais e psicossociais de caráter preventivo, educativo e terapêutico; com foco nos transtornos mentais na infância e adolescência, com ocorrência das seguintes queixas: problemas escolares e de aprendizagem, conflitos familiares, violência e abuso sexual, estresse, transtornos psicossomáticos, enurese, transtornos de sono, retardo mental, epilepsia, violência doméstica, transtornos do desenvolvimento, transtornos depressivos, transtornos de conduta, fobia escolar e fobias de modo geral.

No ano de 2003, o Casa passou a funcionar em parceria com as equipes do Programa Saúde da Família (PSF), o que Ribeiro (2010) considera como uma mudança que apresentou um impacto na demanda do serviço de atendimento a crianças e adolescentes com adoecimento mental, exigindo uma dinâmica diferenciada e incluindo a perspectiva terapêutica na proposta do trabalho.

A regulamentação da Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, que embasa a criação dos Caps, sua estrutura e modalidades, dentro de uma perspectiva psicoterápica e de inclusão social e em razão das dificuldades para manutenção financeira do centro de atendimento pelo município, a equipe de profissionais do Casa foi levada a organizar o projeto para a implantação do Capsi na cidade, na perspectiva de dar continuidade ao serviço e conseguir ampliar os recursos para o atendimento, por meio da parceria e financiamento provenientes do Ministério da Saúde.

Desse modo, em 2004, o Capsi passou a funcionar no Complexo de Saúde Pública, na Rua Rafael de Almeida, s/nº – Parque Anhanguera (Figura 2), norteado pelas diretrizes nacionais para o serviço público de atendimento a crianças e adolescentes com transtornos mentais, e teve sua portaria de credenciamento expedida no ano de 2005, atendendo às prerrogativas estabelecidas pela legislação vigente.



Figura 2 – Antigas instalações do Capsi (2004-2011)  
Fonte: [www.imperatriz.ma.gov.br](http://www.imperatriz.ma.gov.br)

#### 4.1.1 Estrutura e atendimento do Capsi de Imperatriz/MA

As políticas públicas de saúde mental, preconizadas pelo Ministério da Saúde/SUS, voltadas para crianças e adolescentes no município de Imperatriz/MA, de acordo com o Portal da Prefeitura de Imperatriz (2014), são efetivadas pela Secretaria Municipal da Saúde por meio da Coordenação de Saúde Mental. O município disponibiliza uma estrutura de atendimento baseada na Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 (Anexo III), que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental por meio da oferta dos serviços.

A proposta da Coordenação de Saúde Mental está atrelada às diretrizes nacionais, por meio da Portaria nº 336/GM de 19 de fevereiro de 2002, que regulamenta o funcionamento dos Naps (Núcleos de Atenção Psicossocial) e coloca o Caps como dispositivo de articulação de toda a Rede de Atenção Psicossocial (Raps).

A Secretaria Municipal de Saúde dispõe da seguinte estrutura para atendimento aos usuários: um Consultório de Rua, uma Residência Terapêutica, um Caps III, um Capsi (Infantojuvenil) e o Caps ad (Álcool e Drogas), este último com

acolhimento 24h, disponibilizando o acesso e atendimento especializado através da rede de atenção psicossocial de adultos, jovens e crianças.

O Portal da Prefeitura de Imperatriz (2014) informa que o atendimento do Capsi ocorre de segunda a sexta-feira, à população de 3 a 18 anos de ambos os sexos, que residem no município, bem como, das cidades que fazem parte da microrregião de Imperatriz, tendo uma equipe multidisciplinar formada por psiquiatra, psicólogo, assistente social, psicopedagogo, pedagoga, enfermeiro, técnico em enfermagem e educador físico. Além disso, afirma E que todos são responsáveis por realizar o acolhimento, encaminhamento e planejamento de ações terapêuticas, considerando o grau de comprometimento e de risco da criança e/ou adolescente, bem como, os aspectos de manejo, que estão diretamente ligados à relação terapêutica, entre os clínicos e os membros da família, para eficácia do acompanhamento da criança.

Há dois anos o Capsi teve suas instalações transferidas para um novo logradouro, situado na Rua Sergipe, nº 23, Bairro Três Poderes (Figura 3), tal fato ocorreu em virtude da reestruturação dos outros Caps. Possui a seguinte infraestrutura: 2 consultórios, 7 banheiros, 1 recepção (Figura 4), 1 cozinha, 1 sala de atendimento de enfermagem que também funciona para nutrição, 2 salas para oficinas (Figura 6), 1 refeitório (Figura 7), 1 coordenação, 1 brinquedoteca, 1 sala de informática e pátio (Figura 5).

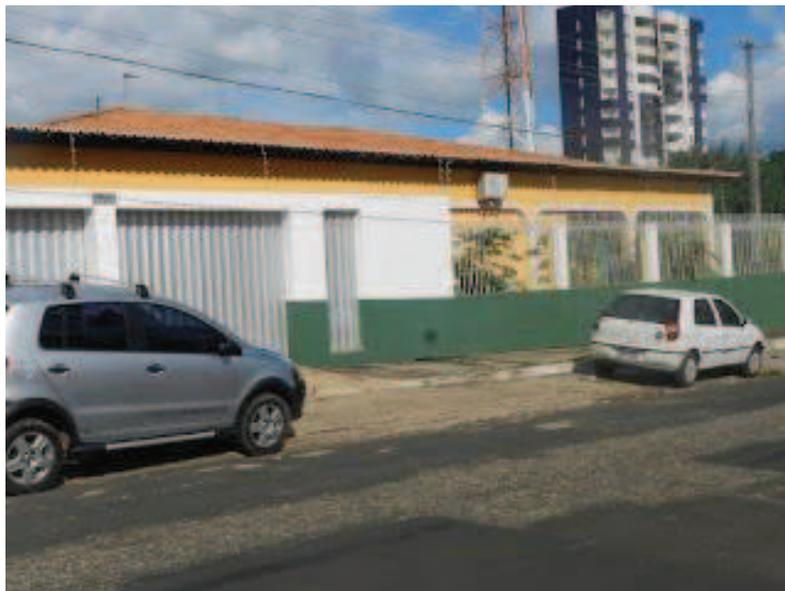


Figura 3 – Novas instalações do Capsi (2012-atual)  
Fonte: [www.imperatriz.ma.gov.br](http://www.imperatriz.ma.gov.br)



Figura 4 – Sala de recepção do Capsi  
Fonte: [www.imperatriz.ma.gov.br](http://www.imperatriz.ma.gov.br)



Figura 5 – Pátio do Capsi  
Fonte: [www.imperatriz.ma.gov.br](http://www.imperatriz.ma.gov.br)



Figura 6 – Sala de Oficinas/ Capsi  
Fonte: [www.imperatriz.ma.gov.br](http://www.imperatriz.ma.gov.br)



Figura 7 – Refeitório do Capsi  
Fonte: [www.imperatriz.ma.gov.br](http://www.imperatriz.ma.gov.br)

## 4.2 Aspectos sociodemográficos dos usuários do Capsi de Imperatriz/MA

Os dados coletados sobre os aspectos sociodemográficos dos usuários atendidos pelo Capsi de Imperatriz/MA, do período de janeiro a dezembro de 2012, serão apresentados por meio de tabelas e figuras que representam os cruzamentos das seguintes variáveis: faixa etária, sexo, cor, parentesco do informante, coabitação, renda familiar e escolaridade.

### 4.2.1 Faixa etária, sexo e cor

Quanto aos aspectos sociodemográficos das variáveis: sexo, faixa etária e cor da pele, a população total do Capsi apresenta um percentual de 67,2% do sexo masculino, sendo 39,1% com faixa etária de 10 a 14 anos e destes 69,2% declaram-se, quanto à cor da pele, não brancos (pardos, pretos, amarelos) (Tabela 1). Segundo dados do IBGE (2010), a faixa etária de 10 a 14 anos de todas as crianças e adolescentes do município representa 10% da população, sendo 24.626 habitantes, e, destes 0,5% foram atendidos pelo Capsi no ano de 2012.

Tabela 1 – Distribuição absoluta e percentual dos usuários atendidos pelo Capsi por faixa etária, sexo e cor da pele. Imperatriz/MA, 2014

<b>FAIXA ETÁRIA/ SEXO/ COR</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Faixa etária</b>		
0 a 4 anos	13	4,1
5 a 9 anos	104	32,6
10 a 14 anos	126	39,3
15 a 19 anos	77	24,0
<b>Sexo</b>		
Masculino	215	67,2
Feminino	105	32,8
<b>Cor da Pele</b>		
Branco	98	30,8
Não Branco	222	69,2

No cruzamento das variáveis citadas acima, percebe-se um maior número de atendimentos entre as meninas brancas de 15 a 19 anos com um percentual de 48,9%, seguido pelos meninos brancos na faixa etária entre 10 a 14 anos com 42,6% (Tabela 2). Para Reis et al. (2010b), este dado tem relevância e instiga os pesquisadores a identificarem as causas que levam a população feminina ser de faixa etária mais elevada do que a masculina, no universo do atendimento do Capsi.

Em todas as variáveis percebe-se um maior número de atendimentos na faixa etária de 10 a 14 anos, excluindo deste grupo meninas brancas (Figura 8). Este dado tem uma importância significativa e coincide com os estudos de Reis et al. (2010b), em pesquisa realizada nos Centros de Atenção Psicossociais Infanto-juvenis do Estado de São Paulo, onde foi identificada uma população predominantemente de pré-adolescentes e adolescentes, de 10 a 14 anos, do sexo masculino.

Tabela 2 – Distribuição absoluta e percentual dos usuários atendidos pelo Capsi por faixa etária segundo sexo e cor da pele. Imperatriz/MA, 2014.

Faixa etária	Cor							
	Branco				Não Branco			
	F*		M**		F*		M**	
N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>0 a 4 anos</b>	-		2	3,7	4	6,7	7	4,4
<b>5 a 9 anos</b>	11	23,1	20	37,0	16	26,7	57	35,0
<b>10 a 14 anos</b>	13	28,0	23	42,6	26	41,6	64	40,0
<b>15 a 19 anos</b>	21	48,9	9	16,7	15	25,0	32	20,6
<b>Total</b>	45	100,0	54	100,0	61	100,0	160	100,0

\*Teste exato de Fischer p-valor<0,05

\*\*Teste qui-quadrado p-valor<0,94

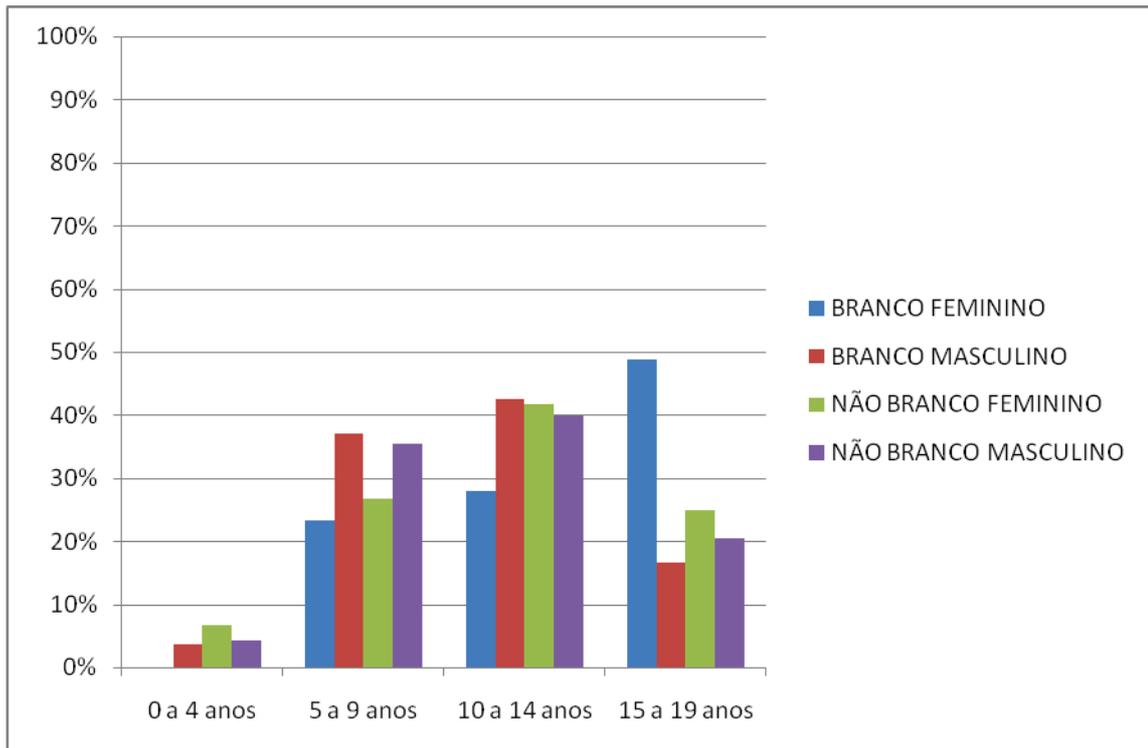


Figura 8 – Usuários atendidos pelo Capsi por faixa etária segundo Sexo e Cor da Pele, Imperatriz/MA, 2014

Muitas das manifestações ditas normais da adolescência podem se confundir com doenças mentais ou comportamentos inadequados, tendo em vista ser um período de intensas atividades e transformações físicas e mentais do indivíduo, o que, por si só, leva a diversas manifestações de comportamento que podem ser interpretadas por leigos como sendo doença.

Os autores Sapienza e Pedromônico (2005), consideram que esta fase de desenvolvimento dos adolescentes torna-se um período vulnerável para muitos, a independência dos pais, os novos vínculos estabelecidos, além das variadas situações com as quais eles ainda não sabem bem como lidar, os colocam numa situação de risco.

Desta forma, quanto às questões apresentadas, Reis et al. (2010b) afirmam que as pesquisas ainda precisam avançar para dar respostas, como: por que há mais crianças e adolescentes do sexo masculino? Por que as meninas são mais velhas? As fontes de encaminhamento são mais sensíveis aos problemas demonstrados pelos meninos? Os problemas de saúde mental afetam as meninas à medida que elas se tornam mais velhas? E assim, colaborar para a melhor compreensão na correlação entre faixa etária, sexo e transtorno mental.

#### 4.2.2 Contexto Familiar

Quanto ao contexto familiar, as variáveis propostas são: parentesco do participante da pesquisa, responsável com quem mora e quem levou o usuário para ser atendido. Os dados indicam que 80,6% das mães foram as participantes da pesquisa, que 59,7% das crianças e adolescentes do Capsi moram com os pais e 80% dos usuários foram levados ao serviço de saúde mental infantil pela mãe (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição absoluta e percentual dos usuários atendidos pelo Capsi por grau de parentesco do participante da pesquisa segundo a pessoa responsável com quem mora e quem levou para ser atendido. Imperatriz/MA, 2014

<b>PARENTESCO/ COM QUEM MORA/ LEVOU ATENDIMENTO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Parentesco</b>		
Mãe	258	80,6
Pai	13	4,0
Parente	46	14,4
Outros	3	1,0
<b>Com quem mora</b>		
Pais	191	59,7
Apenas mãe	73	22,8
Outros	56	17,5
<b>Levou atendimento</b>		
Mãe	256	80,0
Outros	64	20,0

Com o cruzamento das variáveis, os dados demonstram que é a mãe a participante da pesquisa; o usuário mora com os pais e foi a mãe quem levou a criança/adolescente ao atendimento do Capsi, num percentual de 94,6%. Quando a mãe foi a participante da pesquisa, o usuário mora somente com a mãe, e esta também foi a responsável por levar o usuário ao atendimento, os dados revelam um percentual de 92,3%, e somente quando o usuário mora com outros (pai, parente, vizinho, amigo), com um percentual de 67,7%, é que o parente é o informante sendo que a figura da mãe não se evidencia (Tabela 4 e Figura 9).

Tabela 4 – Distribuição absoluta e percentual dos usuários atendidos pelo Capsi por grau de parentesco do participante da pesquisa segundo a pessoa responsável com quem mora e quem o levou para ser atendido. Imperatriz/MA, 2014

Parentesco	Quem mora											
	Pais				Apenas a Mãe				Outros			
	Quem levou ao atendimento											
	Mãe*		Outros**		Mãe*		Outros**		Mãe*		Outros**	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Mãe</b>	157	94,6	14	56,0	60	92,3	1	12,5	20	80,0	6	19,3
<b>Pai</b>	3	1,8	6	24,0	-	-	1	12,5	-	-	3	9,7
<b>Parente</b>	5	3,0	5	20,0	5	7,7	5	62,5	5	20,0	21	67,7
<b>Outros</b>	1	0,6	-	-	-	-	1	12,5	-	-	1	3,2
<b>Total</b>	166	100,0	25	100,0	65	100,0	8	100,0	25	100,0	31	100,0

\*Teste exato de Fischer p-valor<0, 032

\*\*Teste exato de Fischer p-valor<0, 001

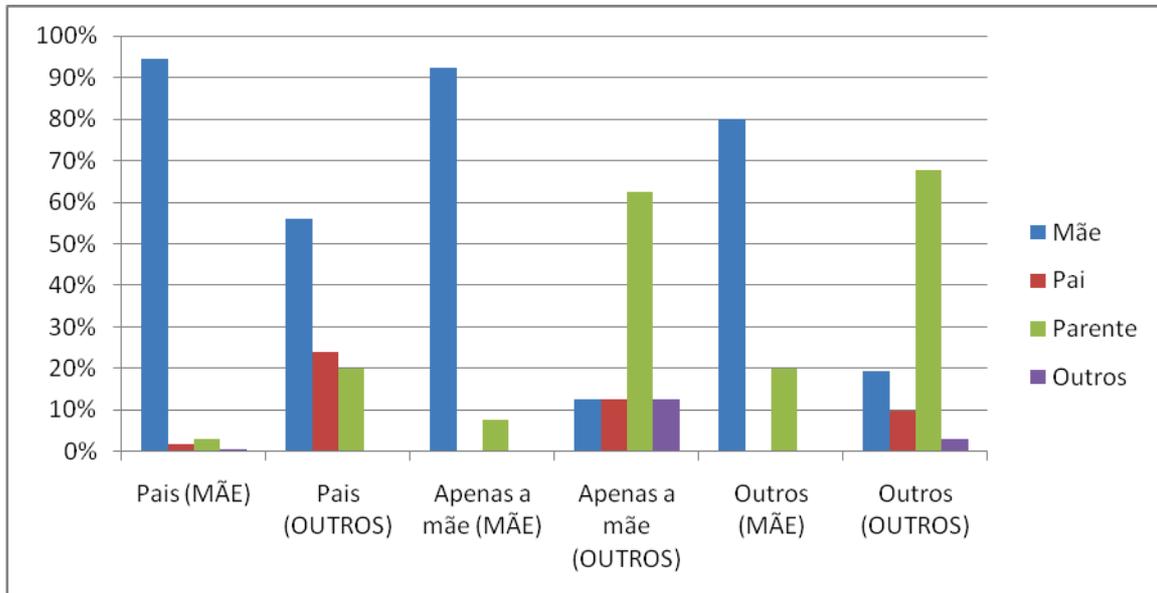


Figura 9 – Usuários atendidos pelo Capsi por grau de parentesco do participante da pesquisa segundo a pessoa responsável com quem mora e quem levou para ser atendido. Imperatriz/MA, 2014

A relação entre transtorno mental e o papel impositivo de cuidar que recai sobre a mulher, principalmente a mãe, tornando-a a principal cuidadora e acompanhante do usuário ao Capsi, se estabelece e é constituída na organização social da família, que a considerada como a responsável direta pelo tratamento do usuário.

Essa mesma situação foi apresentada por Rosa (2011) em seus estudos, quando afirma que estes fatos seguem a tendência histórica da feminização do encargo dos cuidados do portador de transtorno mental, tendo a mulher a

obrigatoriedade de exercer atividade remunerada extraluar para gerar renda e dividir o seu tempo na assistência da criança/adolescente com transtorno mental.

Existem outros aspectos, segundo Sapienza e Pedromônico (2005), que precisam ser apresentados sobre a estreita relação de mães e crianças com adoecimento mental, que são: as desvantagens socioeconômicas; a idade e estado civil – a maioria são mães solteiras – ou, ainda, crianças com mães acometidas por transtornos mentais e pais com desordens afetivas; esquizofrenia; desordens antissociais; hiperatividade, déficit de atenção e isolamento, o que os torna vulneráveis aos eventos estressores. São situações de risco que, possivelmente, geram problemas de desenvolvimento.

#### 4.2.3 Renda familiar e coabitação

Quanto aos aspectos socioeconômicos dos usuários e suas famílias, as variáveis referentes ao número de residentes no domicílio, renda familiar e benefício social, indicam que 73,6% dos participantes têm uma renda menor ou igual a um salário mínimo<sup>4</sup> (Tabela 5). Os dados do IBGE (2011) apontam que no Brasil os domicílios particulares permanentes urbanos, por classes de rendimento mensal domiciliar per capita, apresentam 63% dos habitantes com uma renda familiar entre meio a um salário mínimo, no entanto, no Nordeste o quadro se agrava um pouco mais, tendo em vista que 74,5% habitantes recebem meio a um salário mínimo, situação que coincide com os resultados desta pesquisa. Em Imperatriz, o IBGE (2010) indica que 61% dos habitantes têm uma renda menor ou igual a um salário mínimo e que 39% recebem dois ou mais salários.

Em relação ao número de pessoas que residem no mesmo domicílio, a pesquisa aponta que 59,7% coabitam com 4 ou mais pessoas (Tabela 5). No Brasil, o IBGE (2011) indica que o número médio de pessoas, por domicílio é de 3,2

---

<sup>4</sup> Salário Mínimo (SM) referente ao ano de 2014, no valor de R\$ 724,00.

habitantes, enquanto no Maranhão é de 3,7. Os dados da pesquisa coincidem com a literatura, onde Reis et al. (2010b) afirmam que as famílias de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico têm uma situação coabitacional assemelhada demograficamente à da população brasileira.

Em relação aos programas sociais de transferência de renda, como Bolsa Família, 44,2% recebem algum benefício (Tabela 5). Para o IBGE (2011), as desigualdades ainda são evidentes no Brasil, no entanto, na década 2001-2011, em razão da valorização do salário mínimo, crescimento econômico e dos benefícios sociais, registraram-se mudanças, ainda que gradativas.

Tabela 5 – Distribuição absoluta e percentual dos usuários atendidos pelo Capsi por número de pessoas residentes no domicílio segundo a renda mínima e se recebe benefício. Imperatriz/MA, 2014

<b>RESIDENTES NO DOMICÍLIO / RENDA/ BENEFÍCIO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Residentes no domicílio</b>		
2 a 3 pessoas	129	40,3
4 ou mais	191	59,7
<b>Renda</b>		
≤ a 1 salário mínimo	234	73,6
2 ou mais salários mínimos	84	26,4
<b>Benefício</b>		
Sim	140	44,2
Não	177	55,8

Quanto aos cruzamentos realizados, os dados mostram que os usuários que têm uma renda menor ou igual ao valor do salário mínimo não recebem benefício algum dos programas sociais do governo federal e moram com quatro ou mais pessoas, compõem um percentual de 54,8%, e os que têm uma renda menor ou igual a um salário mínimo recebem benefício dos programas sociais do governo federal e coabitam com 4 ou mais pessoas, tendo o indicativo de 56%. Ainda assim, quando a renda aumenta para dois ou mais salários, não recebem benefício e moram com 4 ou mais pessoas, o percentual é de 82%. Isto demonstra o quanto famílias de crianças e adolescentes com transtorno mental são numerosas, independentemente da renda familiar (Tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição absoluta e percentual dos usuários atendidos pelo Capsi por número de pessoas residentes no domicílio segundo a renda mínima e se recebe benefício. Imperatriz/MA, 2014

Residentes no domicílio	Renda ≤ SM				Renda de 2 ou mais SM			
	Recebe Benefício							
	Sim*		Não**		Sim*		Não**	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>2 a 3 pessoas</b>	47	(44)	57	(45,2)	14	(43,8)	9	(18,0)
<b>4 ou mais</b>	60	(56)	69	(54,8)	18	(56,2)	41	(82,0)
<b>Total</b>	107 (100,0)		126 (100,0)		32 (100,0)		50 (100,0)	

\* Teste qui-quadrado p-valor < 0, 986

\*\* Teste qui-quadrado p-valor < 0, 001

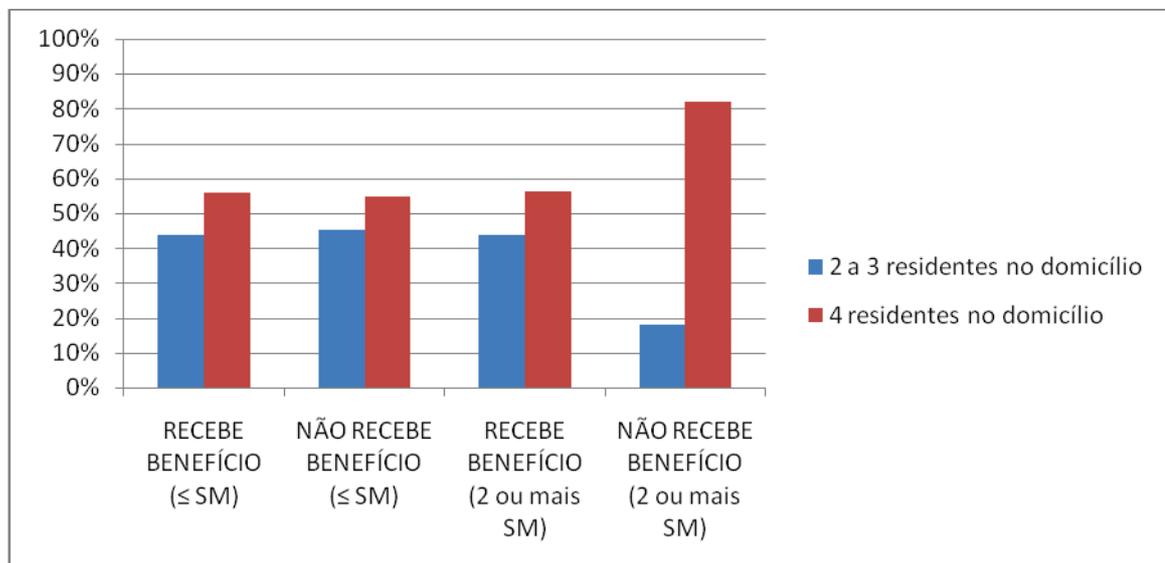


Figura 10 – Usuários atendidos pelo Capsi por número de pessoas residentes no domicílio segundo a renda mínima e se recebe benefício. Imperatriz/MA, 2014

Em se tratando de renda familiar e do contexto social de crianças e adolescentes, as informações de Amstalden et al. (2010) confirmam o diversos estudos internacionais apontam, de que a combinação de baixa renda, analfabetismo ou menor escolaridade, desemprego, más condições de moradia e acesso limitado a serviços de saúde/educação, estão diretamente associados a transtornos psiquiátricos na infância e adolescência (Figura 10).

#### 4.2.4 Coabitação, renda familiar e cor da pele

Quanto ao aspecto socioeconômico em cruzamento com a variável cor da pele, os dados indicam que nas duas situações propostas ( $\leq$  um salário mínimo ou 2 ou mais salários mínimos), os pretos, amarelos e pardos (não brancos) evidenciam sua condição no atendimento ao serviço público em saúde mental infantil. Segundo o IBGE (2010), 69,4% dos habitantes do município de Imperatriz declaram-se não brancos e 61% possui uma renda mínima menor ou igual a um salário mínimo, representatividade equivalente à realidade do Capsi imperatrizense (Tabelas 7 e 8).

Segundo Assis et al. (2009), crianças abaixo da linha de pobreza e com cor da pele não branca apresentam competência social mais precária, o que predispõe à existência de problemas de comportamento. A pesquisa utilizou-se do teste Child Behavior Checklist (CBCL), que afere competência social a partir de três subescalas:

- a) atividades executadas: quantidade e qualidade da participação da criança em esportes, *hobbies*, atividades, jogos, tarefas e afazeres;
- b) funcionamento social: integração e participação em grupos sociais, por meio do número de organizações que participa; participação em organizações; número e frequência de contato com amigos; comportamento com outros (irmãos, pais, colegas) e sozinho;
- c) funcionamento escolar: desempenho escolar da criança em português, geografia, matemática, história, ciências; participação em classe especial; repetência escolar e outros problemas escolares. (ASSIS et al., 2009, p. 95).

Com famílias numerosas, renda de dois ou mais salários mínimos e com predominância de pretos, pardos e amarelos, identifica-se mais um traço do perfil dos usuários do serviço público em saúde mental Infantojuvenil de Imperatriz (Figura 11).

Tabela 7 – Distribuição absoluta e percentual dos usuários atendidos pelo Capsi por número de pessoas residentes no domicílio, renda mínima e cor da pele. Imperatriz/MA, 2014

RESIDENTES NO DOMICÍLIO/ RENDA/ COR DA PELE	N	%
<b>Residentes no domicílio</b>		
2 a 3 pessoas	129	40,3
4 ou mais	191	59,7
<b>Renda</b>		
≤ a 1 salário mínimo	234	73,6
2 ou mais salários mínimos	84	26,4
<b>Cor da pele</b>		
Branco	98	30,8
Não Brancos	220	69,2

Tabela 8 – Distribuição absoluta e percentual dos usuários atendidos pelo Capsi por número de pessoas residentes no domicílio, renda mínima e cor da pele. Imperatriz/MA, 2014

Residentes no domicílio	Renda ≤ SM				Renda mínima de 2 ou mais SM			
	Cor da Pele							
	Branco *		Não Branco **		Branco *		Não Branco **	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>2 a 3 pessoas</b>	30	48,4	74	43,5	13	36,0	11	23,0
<b>4 ou mais</b>	32	51,6	96	56,5	23	64,0	37	77,0
<b>Total</b>	62	100,0	170	100,0	36	100,0	48	100,0

\* Teste qui-quadrado p-valor < 0, 238

\*\* Teste qui-quadrado p-valor < 0, 010

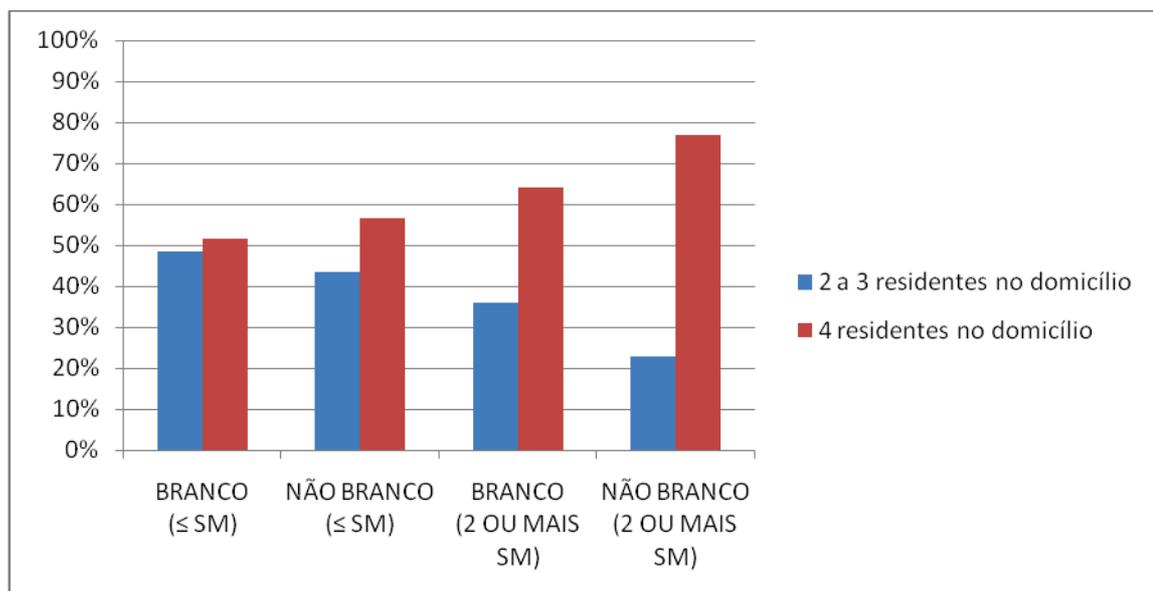


Figura 11 – Usuários atendidos pelo Capsi por número de pessoas residentes no domicílio, renda mínima e cor da pele. Imperatriz/MA, 2014.

#### 4.2.5 Contexto educacional

Quanto ao contexto educacional as variáveis utilizadas foram faixa etária, escolaridade e rede de ensino, e indicam, pelos resultados da pesquisa, que 91% dos usuários estão matriculados na rede regular de ensino, sendo que 9% não estão na escola pelas seguintes justificativas: crianças abaixo de 4 anos, evasão escolar e usuário que já concluiu a Educação Básica. Do grupo amostral, 62,8%, está matriculada no Ensino Fundamental, 15% na Educação Infantil e, por último, estão no Ensino Médio 13,1% dos participantes, sendo que, dentre todos os usuários, 82,2% estão matriculados na Rede de Ensino Público (Tabela 9).

Tabela 9 – Distribuição absoluta e percentual dos usuários atendidos pelo Capsi por faixa etária, escolaridade e rede de ensino. Imperatriz/MA, 2014

<b>FAIXA ETÁRIA/ ESCOLARIDADE/ REDE DE ENSINO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Faixa etária</b>		
2 a 4 anos	13	4,1
5 a 9 anos	104	32,6
10 a 14 anos	126	39,3
15 a 19 anos	77	24,3
<b>Escolaridade</b>		
Educação infantil	40	12,5
Ensino fundamental	209	65,3
Ensino Médio	42	13,1
Não se aplica	29	9,1
<b>Rede de ensino</b>		
Rede pública	263	82,2
Particular	33	10,3
Não se aplica	24	7,5

O cruzamento dos dados demonstra que na Rede de Ensino Público 55,3% está matriculado no Ensino Fundamental, com faixa etária de 10 a 14 anos, e 91,9% está matriculado no Ensino Médio, com faixa etária de 15 a 19 anos. Há uma similaridade na Educação Infantil com relação à faixa etária de crianças de 5 a 9 anos da Rede de Ensino Público com a Particular; a primeira apresenta 91% matriculados e a segunda 71,4%, indicando que, certamente, em alguns casos a

faixa etária não condiz com o nível de ensino e/ou série na qual o usuário está matriculado (Tabela 10).

Tabela 10 – Distribuição absoluta e percentual dos usuários atendidos pelo Capsi por faixa etária, escolaridade e rede de ensino. Imperatriz/MA, 2014

Faixa etária	Rede de Ensino											
	Pública*						Particular**					
	EI <sup>a</sup>		EF <sup>b</sup>		EM <sup>c</sup>		EI <sup>a</sup>		EF <sup>b</sup>		EM <sup>c</sup>	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>0 a 4 anos</b>	3	9,0	-	-	-	-	2	28,6	-	-	-	-
<b>5 a 9 anos</b>	30	91,0	59	31,4	-	-	5	71,4	4	20,0	-	-
<b>10 a 14 anos</b>	-	-	104	55,3	3	8,1	-	-	15	75,0	-	-
<b>15 a 19 anos</b>	-	-	25	13,3	34	91,9	-	-	1	5,0	5	100,0
<b>Total</b>	33	100,0	188	100,0	37	100,0	7	100,0	20	100,0	5	100,0

EI<sup>a</sup>: educação infantil, EF<sup>b</sup>: ensino fundamental, EM<sup>c</sup>: ensino médio.

\*Teste exato de Fischer p-valor<0,000

\*\*Teste exato de Fischer p-valor<0,000

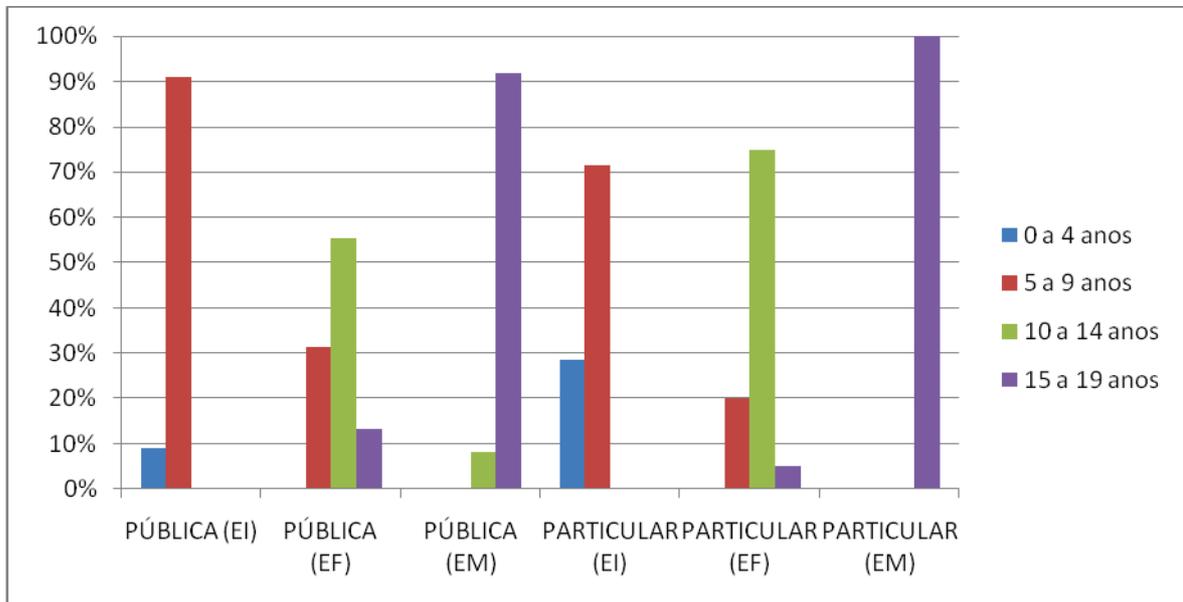


Figura 12 – Usuários atendidos pelo Capsi por faixa etária, escolaridade e rede de ensino. Imperatriz/MA, 2014

Para Gomes e Reis (2007), a situação da criança e adolescente com transtorno mental não difere, em ambas as redes de ensino, e as políticas públicas instituídas para atendimento dos mesmos não responde às necessidades da demanda, seja por falta de conhecimento sobre as patologias associadas ao

adoecimento mental, seja pela dificuldade de realizar a adaptação curricular e pedagógica e, muitas vezes, pela negação da inclusão, por parte dos profissionais da educação, em virtude da mentalidade da exclusão, segregação ou simplesmente da integração (Figura 12).

O Estatuto da Criança e do Adolescente e a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – (LDBEN 9394/96), são as políticas públicas que trouxeram à tona as discussões sobre a “Inclusão Escolar”. De acordo com Gomes e Reis (2007), de modo geral, tal inclusão de alunos com necessidades especiais no espaço escolar é vista pelos professores como uma ação muito mais humanitária do que realmente educacional e, assim, não há só as barreiras explícitas, mas também os sentidos subjetivos vividos pelos professores quanto ao processo de inclusão escolar.

As pesquisas de Reis et al. (2010b) indicam uma associação entre problemas de saúde mental em crianças e adolescentes com o atraso escolar, sendo que crianças e jovens com TDAH apresentam taxas mais elevadas de repetência, suspensão, expulsão e evasão.

#### **4.3 Implementação dos serviços prestados pelo Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil do município de Imperatriz/MA**

A Portaria nº 336/GM, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL 2004b), estabelece por meio do Capsi um conjunto de procedimentos que vai além da distribuição medicamentosa, segue uma proposta de acolhimento às crianças e adolescentes com transtornos mentais para viabilizar a sua integração social e familiar e fortalecer a sua autonomia, através do tratamento terapêutico.

A partir do olhar do usuário, serão apresentadas algumas variáveis que fazem parte dos procedimentos estabelecidos pela legislação vigente para o atendimento do Capsi. São elas: queixa principal no encaminhamento, quem realizou o encaminhamento, quem realizou o primeiro atendimento, condutas terapêuticas (avaliação diagnóstica, projeto terapêutico, visita domiciliar, visita à escola, atendimento familiar) e motivo do abandono do tratamento.

#### 4.3.1 Queixa principal, faixa etária e sexo

Quanto ao motivo do encaminhamento ao Capsi (queixa principal), levou-se em consideração para o cruzamento de dados: a faixa etária e sexo. Constata-se que 44% dos usuários apresentaram como queixa principal o comportamento; entre as crianças de 5 a 9 anos o percentual é de 46,5% e, no aspecto do sexo, as meninas apresentam 49% desta mesma queixa. No que se refere ao comportamento e rendimento escolar 23,7% do grupo está na faixa etária de 10 a 14 anos e é do sexo masculino (Tabelas 11 e 12).

Tabela 11 – Distribuição absoluta e percentual dos usuários atendidos pelo Capsi de acordo com o motivo de encaminhamento segundo a faixa etária e sexo. Imperatriz/MA, 2014

<b>MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO/ FAIXA ETÁRIA/ SEXO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Motivo do encaminhamento</b>		
Comportamento	139	44,0
Rendimento	61	19,3
Comportamento e Rendimento	63	19,9
Saúde	53	16,8
<b>Faixa etária</b>		
2 a 4 anos	13	4,1
5 a 9 anos	104	32,6
10 a 14 anos	126	39,3
15 a 19 anos	77	24,3
<b>Sexo</b>		
Masculino	215	67,2
Feminino	105	32,8

Tabela 12 – Distribuição absoluta e percentual dos usuários atendidos pelo Capsi de acordo com o motivo de encaminhamento segundo a faixa etária e sexo. Imperatriz/MA, 2014

Motivo	Faixa Etária*								Sexo**			
	0 a 4		5 a 9		10 a 14		15 a 19		Masculino		Feminino	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Comportamento</b>	2	15,4	47	46,5	55	45,0	35	45,5	88	41,5	51	49,0
<b>Rendimento</b>	1	7,7	17	16,8	26	21,3	15	19,5	39	18,5	22	21,0
<b>CR<sup>a</sup></b>	1	7,7	21	20,8	29	23,7	12	15,5	51	24,0	12	11,6
<b>Saúde</b>	9	69,2	16	15,9	12	10,0	15	19,5	34	16,0	19	18,4
<b>Total</b>	13	100,0	101	100,0	122	100,0	77	100,0	212	100,0	104	100,0

CR<sup>a</sup>: Comportamento e Rendimento

\*Teste qui-quadrado p-valor< 0, 000

\*\*Teste qui-quadrado p-valor< 0, 076

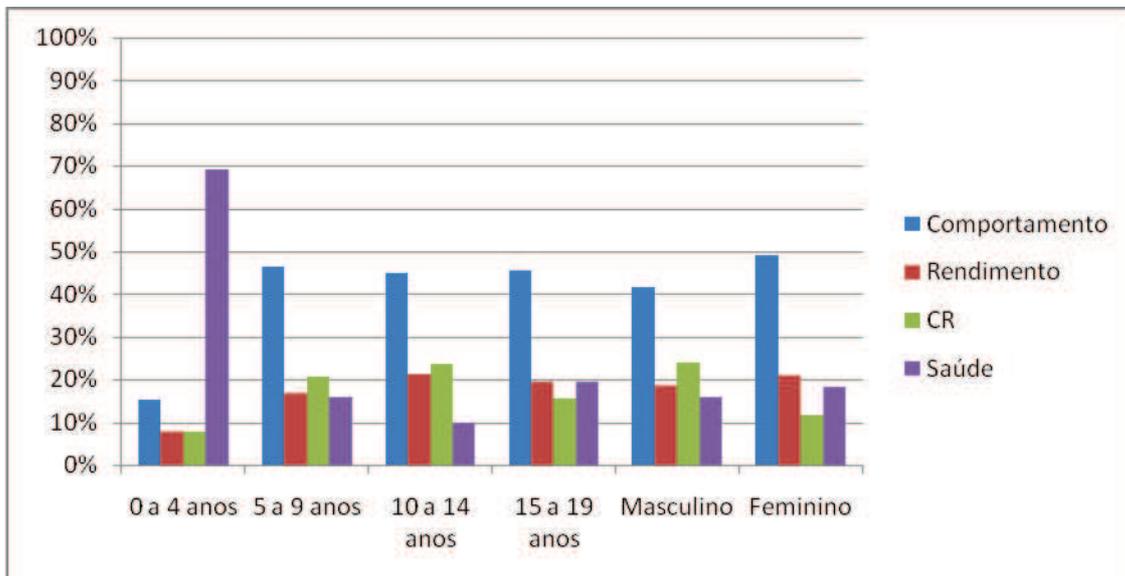


Figura 13 – Usuários atendidos pelo Capsi de acordo com o motivo de encaminhamento segundo a faixa etária e sexo. Imperatriz/MA, 2014

Os fatores de risco (sociais, econômicos e psicossociais) que afetam negativamente o desenvolvimento da criança e do adolescente estão relacionados principalmente ao comportamento (Figura 13). Isso ocorre porque os riscos psicossociais, especialmente quando combinados, tendem a modelar “o repertório infantil tanto no desenvolvimento de problemas comportamentais e emocionais quanto na aquisição de comportamentos adequados” (SAPIENZA e PEDROMÔNICO, 2005, p. 212).

A população infantojuvenil apresenta na atualidade, de acordo com Reis et al. (2010b), transtornos muito diferentes dos que, historicamente no Brasil, foram objetos ao longo de todo o período anterior à Reforma Psiquiátrica, onde o cuidado incidia seletivamente sobre as questões como déficit intelectual na figura da criança e déficit social na figura do delinquente juvenil. Atualmente, transtornos de comportamento e transtornos emocionais, transtornos do desenvolvimento, retardo mental, transtornos de humor, esquizofrenia, transtorno esquizotípico e transtorno delirante, transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o *stress* e transtornos somatoformes compõem o cenário da saúde mental infantojuvenil.

Segundo Assis et al. (2010), o ambiente familiar e a qualidade geral das relações apresentadas neste contexto, os métodos educativos adotados pelos pais, a qualidade da relação mãe-filho, a adequação do ambiente físico no que se refere à estimulação do desenvolvimento infantil, os espaços institucionalizados de ensino e suas (in)adequações, entre outros aspectos, se apresentam como retrato do adoecimento mental na infância.

#### 4.3.2 Encaminhamento e atendimento no Capsi

No que se refere ao encaminhamento e ao início do atendimento, foram destacados os aspectos: quem realizou o encaminhamento e o profissional que realizou o primeiro atendimento no Capsi. A pesquisa indica que 40,3% dos encaminhamentos foram realizados pelos familiares e outros (parente, vizinho, amigos). No que se refere ao profissional que realizou o primeiro atendimento ao usuário no serviço público em saúde mental infantojuvenil, 26,9% foi realizado pelo psicólogo, 22% pelo assistente social, seguido por 14,7%, efetuado pelo psiquiatra (Tabelas 13 e 14).

Ressalta-se que o encaminhamento ao serviço pode ocorrer a partir da escola, do médico, da Unidade Básica de Saúde, da Equipe de Saúde da Família e do Conselho Tutelar da Infância e Adolescência, o que indica a articulação e

atuação da Rede de Atenção Psicossocial (Raps). No entanto, a pesquisa demonstra que os familiares são atingidos diretamente pelo comportamento inadequado ou não aceitos da criança/adolescente, o que leva e mobiliza a busca pela ajuda profissional para encontrar uma resposta que venha atender às necessidades da criança/adolescente e assim eliminar o(s) desconforto(s).

Tabela 13 – Distribuição absoluta e percentual dos usuários atendidos pelo Capsi de acordo com o motivo do encaminhamento segundo o profissional que realizou o primeiro atendimento e quem realizou o encaminhamento. Imperatriz/MA, 2014

<b>Motivo do encaminhamento/ quem realizou o encaminhamento/ profissional primeiro atendimento</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Motivo do encaminhamento</b>		
Comportamento	139	44,0
Rendimento	61	19,3
Comportamento e Rendimento	63	19,9
Saúde	53	16,8
<b>Quem realizou o encaminhamento</b>		
Profissional da Saúde	97	30,3
Profissional da Educação	94	29,4
Familiares e outros	129	40,3
<b>Profissional primeiro atendimento</b>		
Médico Psiquiatra	45	14,0
Psicólogo	84	26,9
Assistente Social	71	22,5
Enfermeiro ou Técnico de Enfermagem	82	25,6
Outros	34	11,0

Tabela 14– Distribuição absoluta e percentual dos usuários atendidos pelo Capsi, de acordo com o motivo do encaminhamento segundo o profissional que realizou o primeiro atendimento e quem realizou o encaminhamento. Imperatriz/MA, 2014

Profissional primeiro atendimento	Motivo/ Quem realizou o atendimento	Comportamento		Rendimento		C e R <sup>a</sup>		Saúde		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Psiquiatra	PS <sup>b*</sup>	8	72,7	1	9,1	0		2	18,2	11	100,0
	PE <sup>c**</sup>	1	16,6	1	16,6	4	66,7	0		6	100,0
	F <sup>d***</sup>	21	75,0	1	3,6	1	3,6	5	17,8	28	100,0
Psicólogo	PS <sup>a*</sup>	13	37,1	4	11,4	6	17,1	12	34,2	35	100,0
	PE <sup>b**</sup>	5	41,6	4	33,3	3	25,0	0		12	100,0
	F <sup>c***</sup>	21	56,8	3	8,1	6	16,2	7	18,9	37	100,0
As. Social	PS <sup>a*</sup>	8	44,4	5	27,8	1	5,5	4	22,2	18	100,0
	PE <sup>b**</sup>	3	9,7	11	35,5	16	51,6	1	3,2	31	100,0
	F <sup>c***</sup>	14	63,6	5	22,7	3	13,7	0		22	100,0
Enfermeiro	PS <sup>b*</sup>	9	45,0	0		1	5,0	10	50,0	20	100,0
	PE <sup>c**</sup>	5	16,2	13	41,9	13	41,9	0		31	100,0
	F <sup>d***</sup>	22	71,0	0		6	19,3	3	9,7	31	100,0
Outros	PS <sup>b*</sup>	2	18,2	3	27,2	0		6	54,5	11	100,0
	PE <sup>c**</sup>	1	7,4	9	64,3	2	14,3	2	14,3	14	100,0
	F <sup>d***</sup>	6	66,7	1	11,1	1	11,1	1	11,1	9	100,0

C e R<sup>a</sup>: Comportamento e Rendimento; PS<sup>b</sup>: Profissionais da Saúde; PE<sup>b</sup>: Profissionais da Educação; F<sup>d</sup>: Familiares e Outros

\*Teste exato de Fischer p-valor=0,060

\*\*Teste exato de Fischer p-valor=0,057

\*\*\*Teste exato de Fischer p-valor=0,077

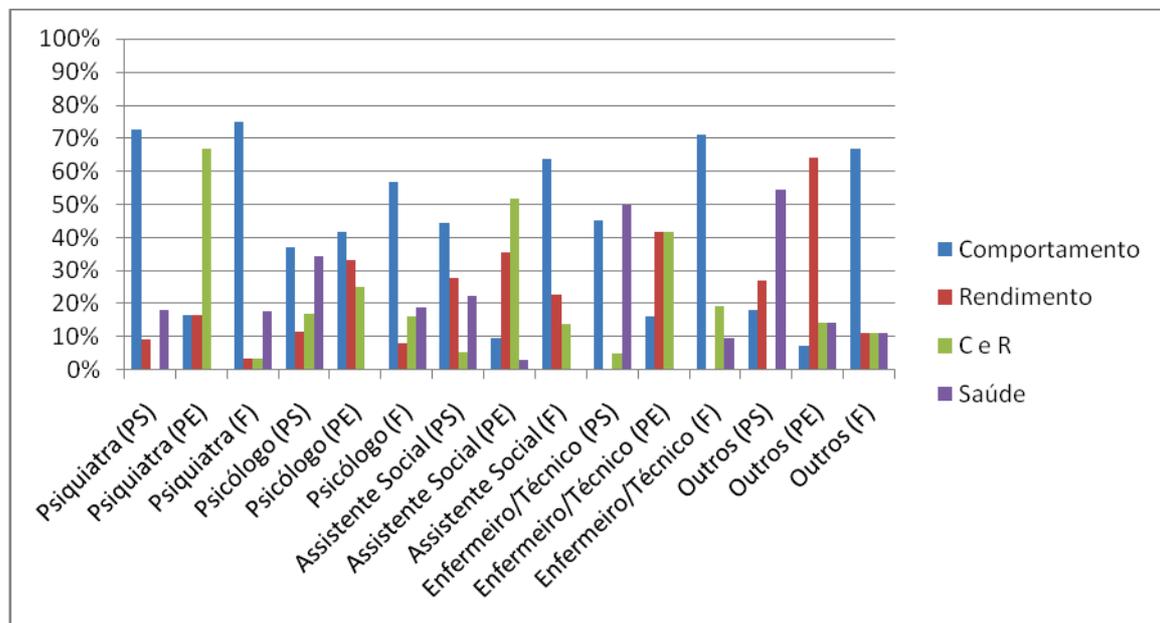


Figura 14 – Usuários atendidos pelo Capsi de acordo com o motivo do encaminhamento segundo o profissional que realizou o primeiro atendimento e quem realizou o encaminhamento. Imperatriz/MA, 2014

No cruzamento das variáveis relacionadas (Figuras 14 e 15), verifica-se que dentre as queixas indicadas, o comportamento da criança/adolescente é o que mais se evidencia em todos os atendimentos realizados pela equipe multidisciplinar, principalmente o atendimento psiquiátrico que apresentou 66,7% da sua demanda relacionada às questões comportamentais (Tabela 15).

Tabela 15 – Distribuição absoluta e percentual dos usuários atendidos pelo Capsi de acordo com o motivo do encaminhamento segundo o profissional que realizou o primeiro atendimento. Imperatriz/MA, 2014

Motivo do encaminhamento	Profissional primeiro atendimento*										Total Geral	
	Psiquiatra		Psicólogo		Assistente Social		Enfermeiro/Técnico		Outros		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
<b>Comportamento</b>	30	66,7	39	46,5	25	35,2	36	44,0	9	26,5	139	44,0
<b>Rendimento</b>	3	6,7	11	13,1	21	29,5	13	15,9	13	38,2	61	19,3
<b>C e R<sup>a</sup></b>	5	11,1	15	17,8	20	28,1	20	24,4	3	8,8	63	19,9
<b>Saúde</b>	7	15,5	19	22,6	5	7,2	13	15,7	9	26,5	53	16,8
<b>Total Geral</b>	45	100,0	84	100,0	71	100,0	82	100,0	34	100,0	316*	100,0

C e R<sup>a</sup>: Comportamento e Rendimento

\* N=316: 4 participantes não responderam

\* Teste qui-quadrado p-valor<0, 001

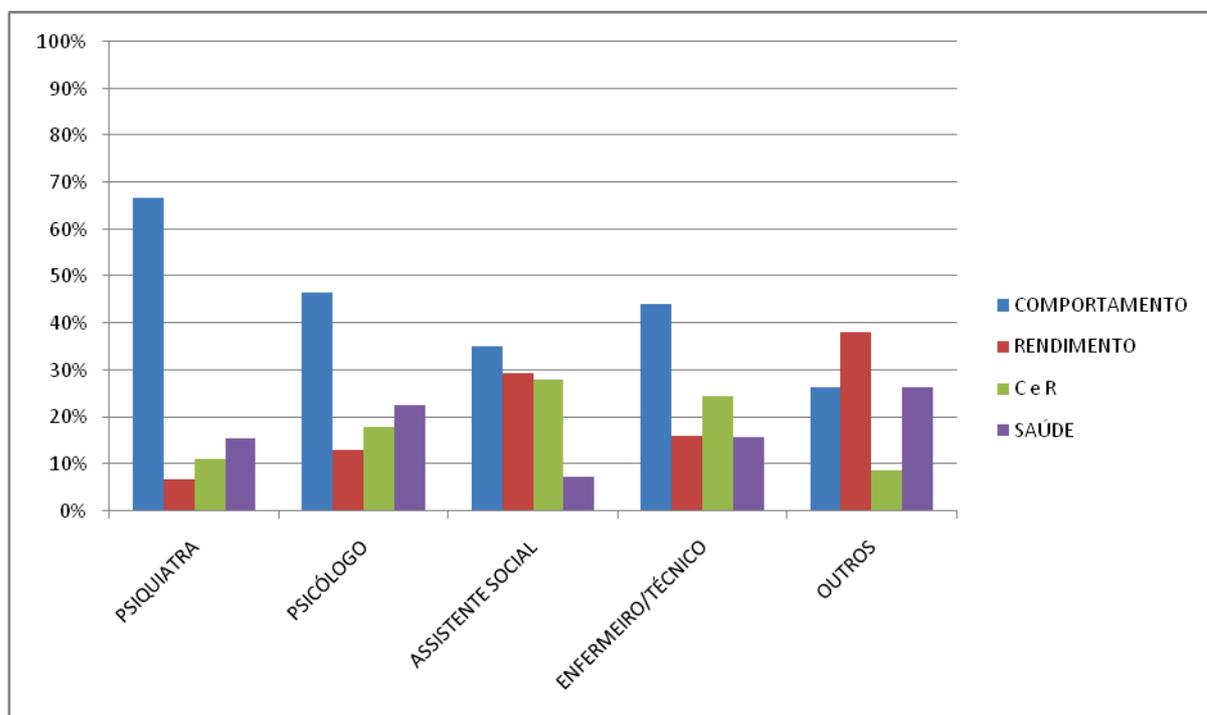


Figura 15 – Usuários atendidos pelo Capsi de acordo com o motivo do encaminhamento segundo o profissional que realizou o primeiro atendimento. Imperatriz/MA, 2014

A literatura apresenta, de acordo com de Reis et al. (2010b), a predominância do atendimento nos Capsi pelo profissional psiquiatra e indica que tal situação está relacionada a uma cultura do domínio médico, e pela própria designação que os demais profissionais atribuem ao saber médico como o único saber apropriado para o atendimento clínico, principalmente, nos casos de transtorno mental.

Percebe-se que a perspectiva multiprofissional que caracteriza o serviço em saúde mental, ainda, passa por processos de solidificação por parte da equipe, que muitas vezes atribuem a determinadas áreas/profissionais os saberes necessários para o atendimento e encaminhamento da criança/adolescente com transtorno mental.

#### 4.3.3 Conduas Terapêuticas

As condutas terapêuticas, preconizadas pela Portaria nº 336/2002, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b), são caracterizadas como procedimentos essencialmente técnicos e com abordagem psicossocial a serem realizados pela equipe multiprofissional do Capsi. A pesquisa utilizou as seguintes variáveis para caracterizar as condutas terapêuticas: avaliação clínica, projeto terapêutico, visita domiciliar, visita à escola e atendimento familiar. Com exceção da última, as demais foram agrupadas para dar significância aos resultados obtidos.

##### *4.3.3.1 Avaliação clínica, projeto terapêutico, visita domiciliar e visita à escola*

Quanto à avaliação clínica, 35% dos participantes declararam que este procedimento foi realizado; 49,7% afirmaram que foi proposto e construído o projeto terapêutico; 4,7% apontaram o recebimento de visita domiciliar e 5,3% declararam que a equipe do Capsi realizou contato com a escola (Tabela 16).

Tabela 16 – Distribuição absoluta e percentual dos usuários atendidos pelo Capsi, conforme o profissional que realizou o primeiro atendimento, o usuário que teve avaliação clínica, o projeto terapêutico que foi realizado, o que teve contato com a escola e o que recebeu visita domiciliar. Imperatriz/MA, 2014

<b>Profissional primeiro atendimento/ Avaliação Clínica/ Projeto Terapêutico/ Contato com a escola/ Visita Domiciliar</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Profissional primeiro atendimento</b>		
Médico Psiquiatra	45	14,0
Psicólogo	84	26,9
Assistente Social	71	22,5
Enfermeiro ou Técnico de Enfermagem	82	25,6
Outros	34	11,0
<b>Avaliação Clínica</b>		
Sim	111	35,0
Não	206	65,0
<b>Projeto Terapêutico</b>		
Sim	159	49,7
Não	161	50,3
<b>Contato com a escola</b>		
Sim	17	5,3
Não	303	94,7
<b>Visita Domiciliar</b>		
Sim	15	4,7
Não	305	95,3

Nos cruzamentos, a partir das variáveis já citadas anteriormente (Figura 16), os dados mais significativos apontam que 38,7% dos usuários que foram atendidos primeiramente pelo enfermeiro ou técnico de enfermagem tiveram a avaliação clínica efetivada e 29% tiveram o projeto terapêutico realizado. Para os que foram atendidos primeiramente pelo psicólogo, a visita ao espaço escolar foi efetivada para 41,2% dos usuários e a visita domiciliar foi realizada para 26,7% do grupo amostral (Tabela 16).

Tabela 17 – Distribuição absoluta e percentual dos usuários atendidos pelo Capsi, conforme profissional que realizou o primeiro atendimento, usuário que teve avaliação clínica, que foi realizado projeto terapêutico, que houve contato com a escola e que recebeu visita domiciliar. Imperatriz - MA, 2014.

PPA <sup>1</sup>	Avaliação Clínica*		Projeto Terapêutico**		Contato com escola***		Visita Domiciliar****	
	SIM							
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Psiquiatra</b>	10	9,0	19	12,0	1	5,9	2	13,3
<b>Psicólogo</b>	18	16,2	33	20,7	7	41,2	4	26,7
<b>As.Social</b>	33	29,8	45	28,3	4	23,5	3	20,0
<b>Enfermeiro ou Técnico</b>	43	38,7	46	29,0	4	23,5	4	26,6
<b>Outros</b>	7	6,3	16	10,0	1	5,9	2	13,4
<b>Total</b>	111	100,0	159	100,0	17	100,0	15	100,0

<sup>1</sup>Profissional que realizou primeiro atendimento

\*Teste Teste qui-quadrado p-valor<0, 000

\*\* Teste qui-quadrado p-valor< 0, 020

\*\*\*Teste exato de Fischer p-valor<0,713

\*\*\*\* Teste qui-quadrado p-valor< 0, 998

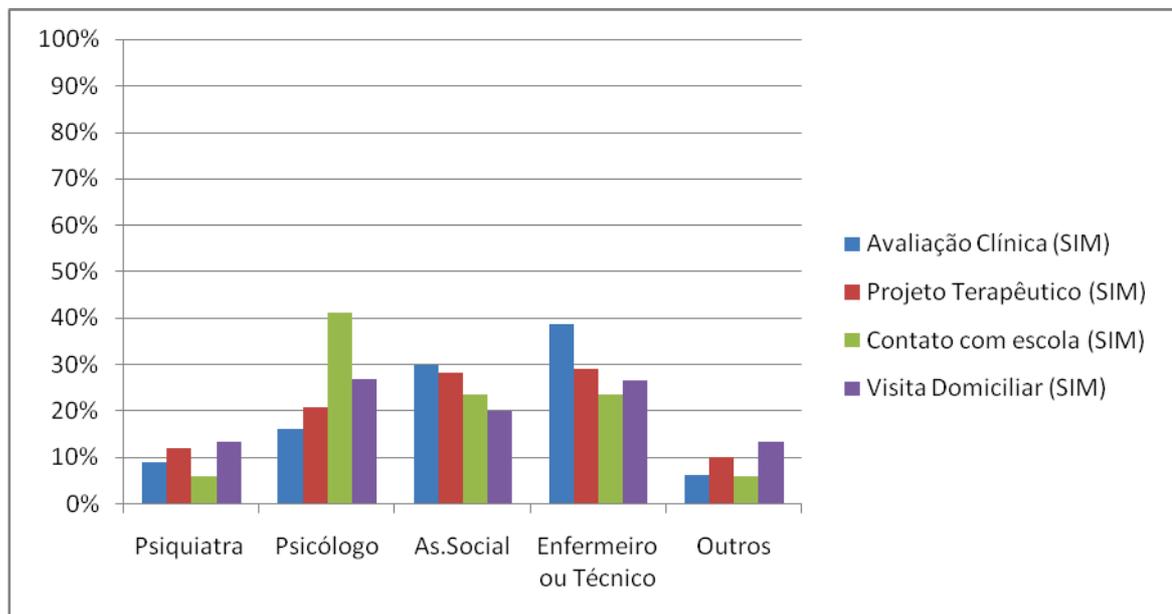


Figura 16 – Usuários atendidos pelo Capsi conforme profissional que realizou o primeiro atendimento, usuário que teve avaliação clínica, que foi realizado projeto terapêutico, que houve contato com a escola e que recebeu visita domiciliar. Imperatriz/MA, 2014

O Protocolo de Saúde Mental (2010) orienta os profissionais de saúde mental, sobre os cuidados e procedimentos para a avaliação clínica e apresenta como subsídio do diagnóstico o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos

Mentais - DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) e o CID-10 (Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados à saúde), no intuito de identificar a classificação das variedades de sinais, sintomas, aspectos da doença, queixas, circunstâncias sociais causados pela doença, dentre outros aspectos.

Em relação ao projeto terapêutico, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a), afirma que cada criança/adolescente do Capsi deve ter um projeto terapêutico individual, que se configura num conjunto de atendimentos que respeite a sua particularidade, que personalize o atendimento de cada pessoa na unidade e fora dela e que proponha atividades durante a permanência diária no serviço.

Em relação à visita domiciliar, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a) indica que ela deve ser realizada pelos profissionais do Capsi junto ao usuário e sua família com duração média de 60 minutos, desde que haja evidência terapêutica. No que se refere à visita na escola, (BRASIL, 2005b) aborda-se o aspecto da territorialidade, caracterizando-o como espaços circunscritos ao convívio social (família, e escola, trabalho, igreja etc.). A escola, como parte deste território, e espaço que faz parte do convívio da criança/adolescente, torna-se indispensável para a coleta de informações que serão pertinentes ao tratamento, bem como pode subsidiar a intervenção dos profissionais de educação a partir da contribuição da equipe do Capsi.

#### *4.3.3.2 Atendimento familiar*

As condutas terapêuticas incluem o atendimento aos familiares dos usuários como parte das atividades preconizadas pelo serviço, desta forma, os dados coletados indicam que 21,6% dos pais/familiares tiveram atendimento no Capsi durante o tratamento da criança/adolescente, destes 50,7% indicaram a periodicidade semanal/quinzenal. (Tabelas 18 e 19 e, complementando, a Figura 17).

Tabela 18 – Distribuição absoluta e percentual dos usuários atendidos pelo Capsi em relação ao atendimento familiar e sua frequência. Imperatriz/MA, 2014

<b>ATENDIMENTO PERIODICIDADE ATENDIMENTO DA FAMÍLIA</b>	<b>FAMILIAR/ DE</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Atendimento Familiar</b>			
Sim		69	21,6
Não		251	78,4
<b>Periodicidade de atendimento da família</b>			
Atendimento Esporádico		16	5,0
Atendimento Semanal/Quinzenal		35	11,0
Atendimento Mensal/Bimestral		18	5,6
Não recebeu atendimento familiar		251	78,4

Tabela 19 – Distribuição absoluta e percentual dos usuários atendidos pelo Capsi por periodicidade de atendimento da família e por atendimento familiar. Imperatriz/MA, 2014

<b>Periodicidade de atendimento da família</b>	<b>Atendimento Familiar*</b>			
	<b>Sim</b>		<b>Não</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Atendimento Esporádico</b>	16	23,2	-	-
<b>Atendimento Semanal/Quinzenal</b>	35	50,7	-	-
<b>Atendimento Mensal/Bimestral</b>	18	26,1	-	-
<b>Não recebeu atendimento familiar</b>	-	-	251	100,0
<b>Total</b>	69	100,0	251	100,0

\* Teste exato de Fischer p-valor<0,000

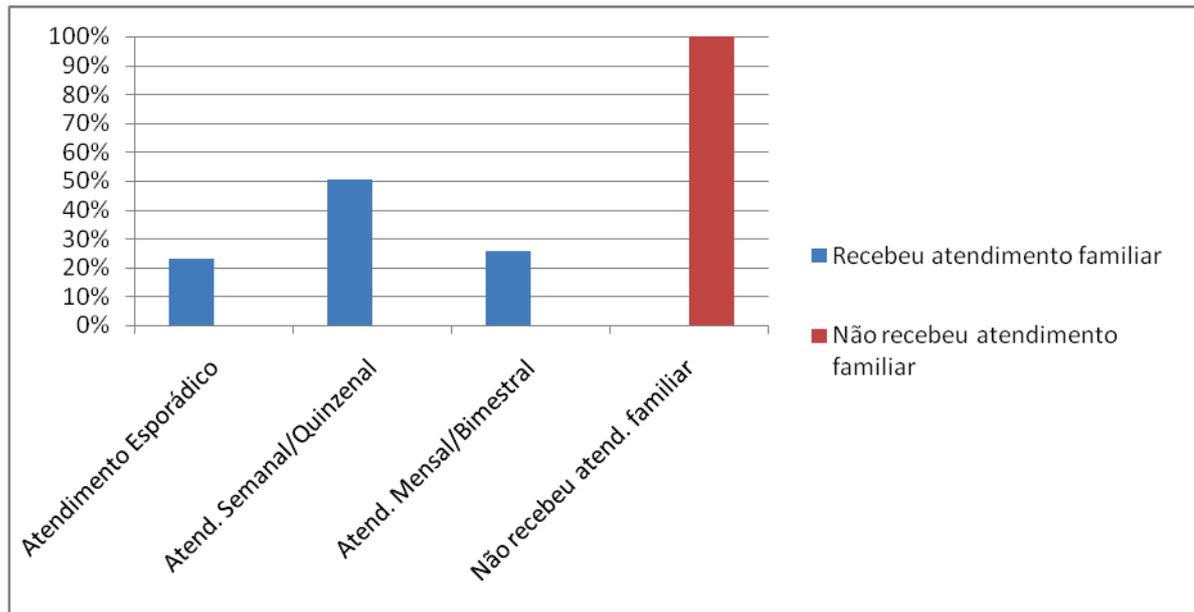


Figura 17 – Usuários atendidos pelo Capsi por periodicidade de atendimento da família e por atendimento familiar. Imperatriz/MA, 2014

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a), o Capsi deve dar suporte à família durante o processo de tratamento do usuário e ressalta que o atendimento nuclear, do atendimento individualizado ao familiar, as visitas domiciliares e as atividades educativas fazem parte do conjunto de propostas de atividades que irão subsidiar a intervenção terapêutica junto aos familiares.

No Protocolo de Atenção em Saúde Mental da Prefeitura Municipal de Florianópolis (2010), o atendimento familiar tem como intuito o encorajamento e a participação em grupos de suporte e autoajuda, uma vez que tais grupos promovem a compreensão e colaboração entre pacientes, familiares e equipe de saúde. Considera-se que a participação da família é indispensável para o atendimento da criança/ adolescente, pois é por meio dela que as questões relacionadas ao quadro clínico, à natureza, ao curso, ao tratamento da doença e às informações sobre o uso correto e efeitos colaterais da medicação, além das atividades terapêuticas para os familiares se efetivarão durante o tratamento.

Salienta-se que 78,4% dos familiares dos participantes não receberam atendimento por parte da equipe multiprofissional do Capsi, e, neste sentido, Assis et al. (2010) afirmam que a ausência do atendimento familiar dificulta o tratamento do usuário, primeiramente pela dificuldade de compreenderem o diagnóstico e

quando este ocorre, as informações e explicações são realizadas em um grau de acessibilidade cultural elevado, impossibilitando o atendimento e tratamento.

#### 4.3.4 Transtornos Mentais

Em relação aos transtornos mentais mais identificados no Capsi, faz-se necessário registrar uma limitação na pesquisa. Esta informação, neste estudo, foi efetivada a partir do conhecimento do informante, e não pelos prontuários dos usuários, onde haveria maior confiabilidade e precisão quanto ao diagnóstico. Situação que ocorreu primeiramente por esta não se constituir como objetivo da pesquisa, e, em seguida, pelo fato do foco principal ser direcionado para a coleta de informações sobre o serviço público em saúde mental infantil a partir do olhar dos usuários.

Para analisar a variável diagnóstico clínico foi considerado o grupo de 35% dos usuários que declararam a realização da avaliação clínica pela equipe multiprofissional do Capsi. Deste grupo, 15,5% afirmaram que o usuário teve o diagnóstico de Transtorno de Desenvolvimento (Retardo mental, Síndrome de Asperger, Autismo, Transtornos de Aprendizagem); 8,2% de Transtorno de Comportamento (Transtorno de Conduta, Transtorno Opositivo Desafiador, TDAH); 3,5% de Transtorno de Humor (Depressão, Transtorno Bipolar); 1,6% de Transtorno de Ansiedade (Transtorno de ansiedade de separação, transtorno de ansiedade social, transtorno de pânico, TOC, Fobia, Estresse Pós-Traumático); 2,2% relataram não ter conhecimento e 3,5% não se lembram (Tabela 20).

Tabela 20 – Distribuição absoluta e percentual dos usuários atendidos pelo Capsi em relação ao diagnóstico do usuário e sexo. Imperatriz/MA, 2014

<b>DIAGNÓSTICO/ SEXO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Diagnóstico</b>		
Transtornos de Desenvolvimento	49	15,4
Transtorno de Comportamento	26	8,2
Transtorno de Humor	11	3,5
Transtorno de Ansiedade	5	1,6
Transtorno de Tiques	1	0,3
Transtorno por uso de substância	1	0,3
Não tem conhecimento	7	2,2
Não lembra	11	3,5
Não se aplica	206	65,0
<b>Sexo</b>		
Masculino	215	67,2
Feminino	105	32,8

No cruzamentos das variáveis, do diagnóstico clínico com o sexo, a pesquisa mostrou que os de maior evidência, tanto para o sexo masculino, com 18,1%, quanto para o sexo feminino, com 9,8%, são os Transtornos de Desenvolvimento, seguidos pelos Transtornos de Comportamento, tendo os meninos com um percentual de 8,4% e as meninas de 7,8% (Tabela 21).

Tabela 21– Distribuição absoluta e percentual dos usuários atendidos pelo Capsi em relação ao diagnóstico do usuário e sexo. Imperatriz/MA, 2014

<b>Diagnóstico</b>	<b>Sexo*</b>			
	<b>Masculino</b>		<b>Feminino</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Transtorno de Desenvolvimento</b>	39	18,1	10	9,8
<b>Transtorno de Comportamento</b>	18	8,4	8	7,8
<b>Transtorno de Humor</b>	9	4,2	2	1,95
<b>Transtorno de Ansiedade</b>	3	1,4	2	1,95
<b>Transtorno de Tiques</b>	-		1	1,0
<b>Transtorno por uso de substâncias psicoativas</b>	1	0,5	-	
<b>Não tem conhecimento</b>	4	1,8	3	3,0
<b>Não Lembra</b>	8	3,7	3	3,0
<b>Não se aplica</b>	133	61,9	73	71,5
<b>Total</b>	215	100,0	102	100,0

\* Teste exato de Fischer p-valor<0,375

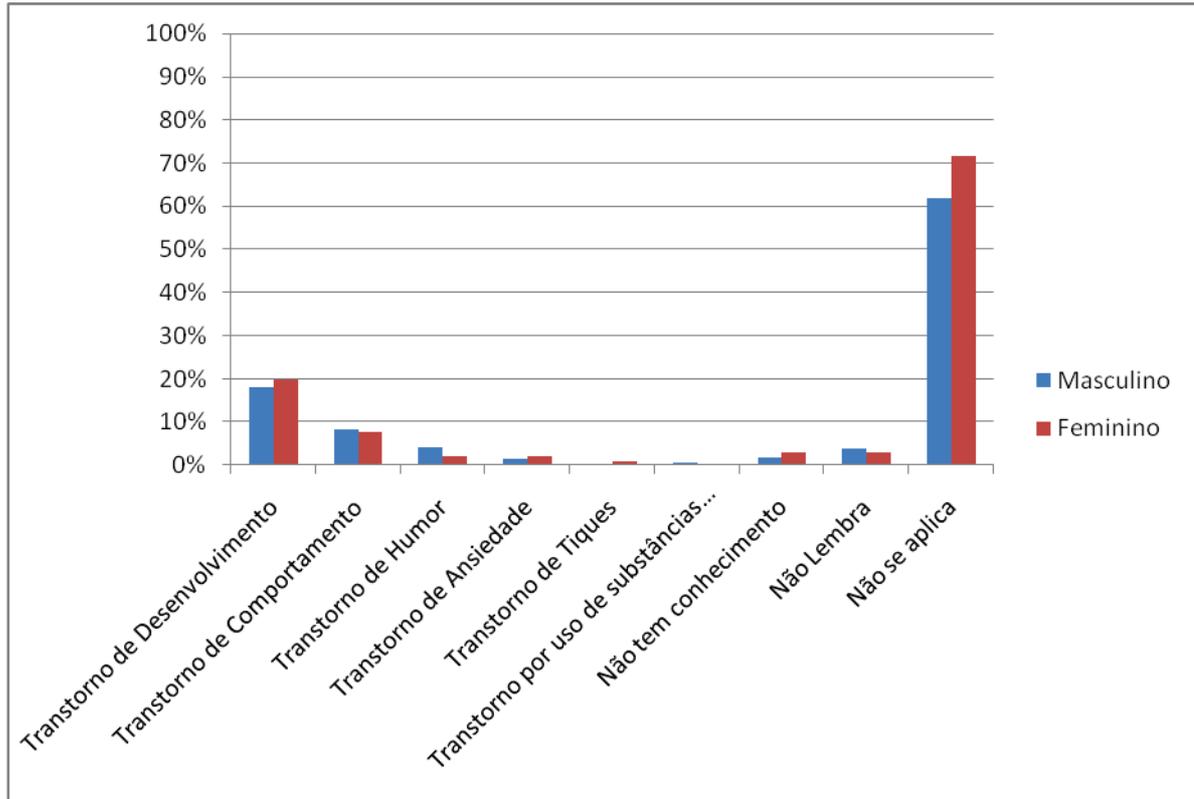


Figura 18 – Usuários atendidos pelo Capsi em relação ao diagnóstico do usuário e sexo. Imperatriz/MA, 2014

Os dados desta pesquisa coincidem com o que afirmam Reis et al. (2010b), de que os diagnósticos de transtorno de comportamento e desenvolvimento são os mais encontrados em meninos (Figura 18). No caso das meninas, segundo os autores, os dados indicam que os diagnósticos mais frequentes são de transtornos de humor, retardo mental e transtorno do desenvolvimento, sendo que há, curiosamente, maior dispersão de diagnósticos de transtorno mental alocados às crianças e adolescentes do sexo feminino.

No entanto, outra dificuldade, conforme Assis *et al.*, (2010), está relacionada ao diagnóstico a partir das falas das mães, que revelam o pouco conhecimento que elas têm sobre os transtornos mentais, a falta de explicação dos profissionais de saúde sobre os problemas apresentados pelas crianças e a baixa escolaridade dos mesmos.

Nesse sentido, para Lauridsen-Ribeiro e Tanaka (2010), é necessário que haja permanentemente a identificação da frequência e da distribuição dos principais transtornos mentais nos territórios, já que todo o direcionamento dos procedimentos, a mobilização das redes de atenção psicossocial e o aprimoramento profissional das

equipes técnicas devem ser prioridade para o serviço público em saúde mental infantojuvenil.

#### 4.3.5 Atendimento e abandono do tratamento

As questões relacionadas ao atendimento, periodicidade e abandono do tratamento são variáveis que apresentaram os seguintes resultados: 30,6% dos participantes ainda estão sendo atendidos no Capsi e 69,4% informaram que abandonaram o tratamento, sendo que, do último grupo, 33,1% esteve menos de seis meses em atendimento. Dos motivos que levaram à desistência do tratamento: 20,3% indicaram mudança de endereço, doença da mãe ou morte na família; 13,8% indicam questões pessoais (desinteresse do usuário e da família); 12,5% questões relacionadas à logística (falta de transporte para o trajeto e localização do Capsi) e 6,9% ao trabalho realizado pelo Capsi (horário de atendimento, dinâmica de trabalho oferecido pelo Capsi e a falta de resultado do atendimento) (Tabela 22).

Tabela 22 – Distribuição absoluta e percentual dos usuários atendidos pelo Capsi por motivo do abandono, tempo que o usuário foi atendido e que atualmente não estão em atendimento. Imperatriz/MA, 2014

<b>MOTIVO DO ABANDONO/ TEMPO QUE FOI ATENDIDO/ ATUALMENTE EM ATENDIMENTO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Motivo do Abandono</b>		
Relacionado ao serviço público	22	6,9
Relacionado à Logística	40	12,5
Relacionados às questões pessoais	44	13,8
Outros motivos	65	20,3
Não se aplica	98	30,3
Não sabe	51	16,2
<b>Tempo que o usuário que abandonou o tratamento foi atendido</b>		
< 6 meses	106	33,1
De 6 a 12 meses	71	22,5
>12 meses	45	14,4
Não se aplica	98	30,0
<b>Atualmente em atendimento</b>		
Não	222	69,4

Ao cruzar as variáveis, a pesquisa constatou que a justificativa para desistência do atendimento varia de acordo com o tempo de permanência do usuário no serviço. Os 30,2% que estiveram menos de seis meses no atendimento e os 29,6% que ficaram de seis a doze meses indicaram a mudança de endereço, doença da mãe ou morte na família, como motivos para o abandono. Os 24,5% que estiveram mais de doze meses no atendimento indicaram questões relacionadas à logística e os 17,7% que tiveram atendimento por mais de doze meses apresentaram motivos relacionados ao serviço prestado pelo Capsi (Tabela 23).

Tabela 23 – Distribuição absoluta e percentual dos usuários atendidos pelo Capsi por motivo do abandono, tempo que o usuário foi atendido e que atualmente não estão em atendimento. Imperatriz/MA, 2014

Motivo do Abandono	Tempo que o usuário que abandonou o tratamento foi atendido*		
	< 6 meses	De 6 a 12 meses	> 12 meses
	N	N	N
<b>Relacionado ao Serviço Público</b>	6( 5,7)	8(11,3)	8(17,7)
<b>Relacionado à Logística</b>	13(12,2)	16(22,5)	11(24,5)
<b>Relacionado às questões pessoais</b>	23(21,7)	17(23,9)	4(8,8)
<b>Outros motivos</b>	32(30,2)	21(29,6)	11(24,5)
<b>Não sabe</b>	32(30,2)	9(12,7)	11(24,5)
<b>Total</b>	106(100,0)	71(100,0)	45(100,0)

\* Teste qui-quadrado p-valor< 0,02

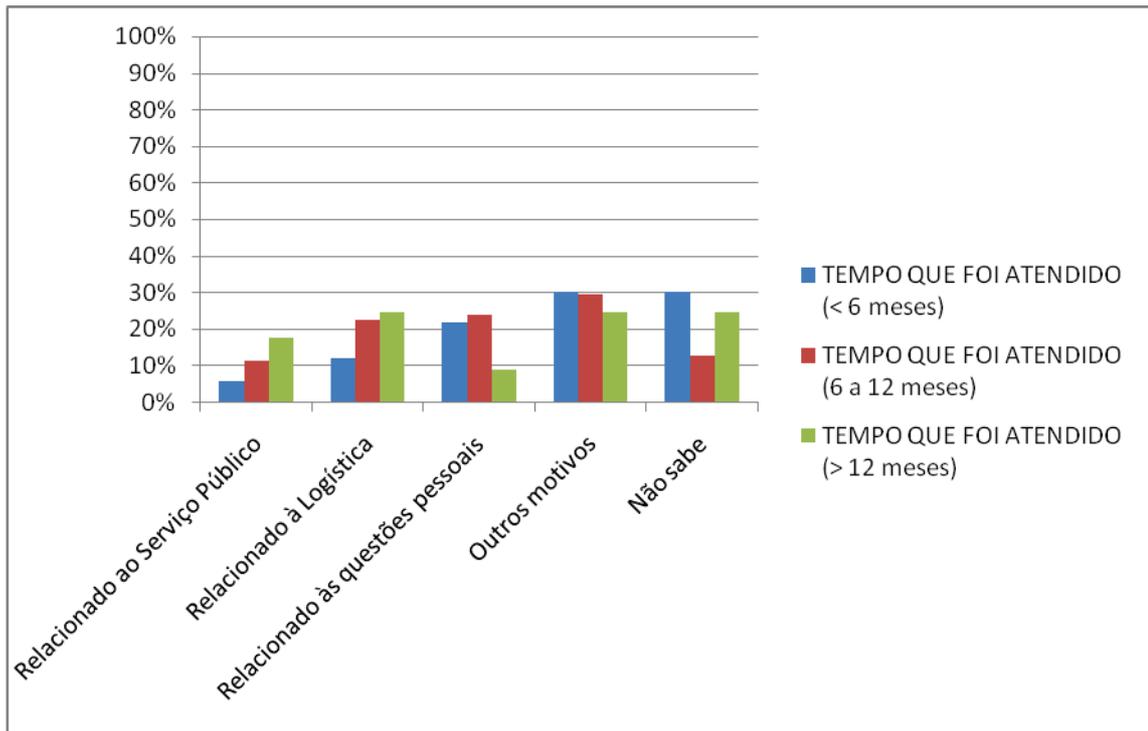


Figura 19 – Usuários atendidos pelo Capsi por motivo do abandono, tempo que o usuário foi atendido e que atualmente não estão em atendimento. Imperatriz/MA, 2014

As pesquisas de Lauridsen-Ribeiro e Tanaka (2010) apontam alguns motivos que levam ao abandono do tratamento pelo usuário: a ausência de informação sobre o regime de tratamento, pois impossibilita apreender o esforço e o trabalho clínico desenvolvido pelo Capsi, e a falta de esclarecimentos sobre a estratégia voltada ao desenvolvimento de projetos terapêuticos, sua importância e resultados a médio e longo prazo, minimizando a possibilidade de seguir o progresso do usuário. Consideram, também, outros motivos que predispõem ao abandono do tratamento: a dificuldade no acesso ao serviço, a distância do Capsi em relação à residência, a ausência de recursos financeiros para o traslado do usuário e do responsável (Figura 19).

Entende-se que a realidade dos usuários e o enfrentamento dos desafios do serviço público, na implementação da política de saúde mental infantojuvenil, estão relacionados à ampliação de um sistema de avaliação e monitoramento das ações e diretrizes das políticas públicas aplicadas.

## 5 CONCLUSÕES

A atenção às crianças e aos adolescentes com transtorno mental do município de Imperatriz/MA está contemplada por meio de ações direcionadas pelas políticas públicas do Ministério da Saúde/SUS que institui a Rede de Atenção Psicossocial na viabilização dos atendimentos ao Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil – Capsi.

O funcionamento da Raps tem importante significância no processo de inserção do usuário ao seu contexto, bem como na efetivação de ações de prevenção e promoção em saúde mental. Suas diretrizes fundamentam o atendimento do Capsi, que se baseia numa intervenção terapêutica, a partir da individualidade do paciente, com objetivo de promover a sua inclusão social.

Neste sentido, o Capsi funciona como o dispositivo de articulação da rede de serviços em saúde, como os de educação, de assistência social, de esporte, da justiça, além da cultura, dos movimentos sociais, das organizações não governamentais, entre outros, no atendimento a crianças e adolescentes com transtorno mental. Portanto, não só como lugar de acolhimento, como também para dar visibilidade à situação do sofrimento psíquico que afeta seus usuários, além de suas famílias.

Coube a esta pesquisa, no entanto, caracterizar esta atenção recebida segundo o olhar dos usuários participantes atendidos em 2012 e desenhar o perfil social desta população. Assim, identificou-se que os dados coincidiram com a literatura existente ao se constatar que a maioria do público atendido pelo Capsi é de meninos, com faixa etária entre 10 a 14 anos, e de meninas na faixa etária de 15 a 18 anos. Embora os usuários estejam matriculados na rede regular de ensino, foi observado um número significativo de crianças, com idades de 5 a 9 anos matriculadas na educação infantil, fato que fere a legislação – Lei nº 11.114/2005 –, que obriga a matrícula das crianças a partir dos 6 anos de idade no Ensino Fundamental.

No que se refere à questão étnico/racial, a maioria dos participantes declarou-se não branco (pretos, pardos e amarelos), além disso, moram com os

pais, em famílias com mais de quatro moradores, e sobrevivem com uma renda menor ou igual a um salário mínimo, o que indica que a demanda do Capsi é composta por uma população socialmente vulnerável.

Os usuários buscaram o atendimento do Capsi com a ajuda dos familiares e vizinhos, predominantemente, tendo como queixa principal questões relativas ao comportamento. Em se tratando do primeiro atendimento realizado no Capsi, constatou-se que o psicólogo foi o profissional que mais assumiu o papel de Terapeuta de Referência (TR) para os usuários.

Por sua vez, na aplicação das condutas terapêuticas (avaliação diagnóstica, projeto terapêutico, visita domiciliar, visita à escola), em todos os itens, a maioria declarou não ter sido realizada, nem mesmo o atendimento familiar que faz parte da proposta de trabalho em Saúde Mental preconizada pelo Ministério da Saúde.

Quanto às condutas terapêuticas, os dados demonstram uma relação significativa dos procedimentos com o profissional que realizou o atendimento. Constatou-se que o atendimento do enfermeiro efetivou a avaliação clínica e o projeto terapêutico, enquanto o atendimento do psicólogo se correlacionou à visita domiciliar e ao ambiente escolar. Embora estes achados não tenham sido foco da pesquisa, sugere-se a importância de estudos relacionados a este apontamento.

Quanto ao diagnóstico clínico, os dados coincidem com os encontrados na literatura, com a prevalência dos transtornos mentais da infância para os Transtornos de Desenvolvimento, Retardo mental, Síndrome de Asperger, Autismo, Transtornos de Aprendizagem, dentre outros; e os Transtornos de Comportamento, tais como, Transtorno de Conduta, Transtorno Opositivo Desafiador, TDAH, dentre outros.

Em relação ao período de tratamento e atenção às crianças e adolescentes em 2012, no Capsi, constatou-se que a maioria foi atendida num tempo menor que seis meses, sendo que os principais motivos para o abandono do tratamento foram a mudança de endereço do usuário, ou doença da mãe, ou a morte de alguém da família, bem como as questões relacionadas à logística do serviço público, ou seja, falta de transporte para o trajeto e a localização do Capsi que está situado em área nobre da cidade, distante, portanto, das regiões mais periféricas em que a clientela vive.

A percepção dos pesquisados sobre os serviços prestados indicou a necessidade de aperfeiçoamento e aprofundamento de aspectos teóricos e práticos dos profissionais envolvidos na Raps, sobre as questões relativas à saúde mental, entendendo que estes profissionais, por meio da formação permanente, poderão compreender a posição da criança e do adolescente como sujeito coparticipante do processo terapêutico.

Enfim, espera-se que as constatações iniciais deste trabalho sirvam de pistas para o aprofundamento de estudos transversais que envolvam questões relativas à saúde mental infantojuvenil.

Neste sentido, indica-se a realização de um mapeamento mais detalhado das demandas pertinentes ao atendimento deste grupo, no intuito de colaborar, principalmente, com o processo de construção das Redes de Atenção em Saúde Mental Infantojuvenil.

Além disso, no âmbito da gestão, a expectativa é de contribuir para subsidiar ações e procedimentos/rotinas e protocolos de trabalho aos profissionais da saúde mental infantil: equipe gestora, equipe multidisciplinar e técnico-administrativa do Capsi de Imperatriz/MA.

## REFERÊNCIAS

AMADOR, Salete M. **A Reforma Psiquiátrica Brasileira e a luta antimanicomial**. Disponível em <<http://reformapsiquiatrica.wordpress.com/2010/06/28/a-reforma-psiquiatrica-brasileira-e-a-luta-antimanicomial/>> Acesso em: 28 jun. 2010.

AMARANTE, P.D. de C. **Psiquiatriasocial e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

\_\_\_\_\_. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2ª Ed. rev. amp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

\_\_\_\_\_. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 4ª ed. rev. amp. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2007.

AMSTALDEN, ANF et al. A Política de Saúde Mental Infantojuvenil: seus percursos e desafios. LAURIDSEN-RIBEIRO, Edith; TANAKA, Oswaldo Y. (Org.). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 33-45.

ASSIS, S. G. et al. Desigualdades socioeconômicas e saúde mental infantil. **Rev. Saúde Pública** 2009, Supl. 1:92-100.

\_\_\_\_\_. Necessidade e utilização de serviços de saúde mental infantil. LAURIDSEN-RIBEIRO, Edith; TANAKA, Oswaldo Y. (Org.). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 93-108.

BASAGLIA, Franco. **Psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática**. Tradução: Sônia Soianesi, Maria Celeste Marcondes.. São Paulo: Ed. Brasil Debates, 1979.

BERLINCK, Manoel Tosta; MAGTAZ, Ana Cecília; TEIXEIRA, Mônica. A Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas. **Rev. Latino Americana Psicopatologias**. Fundamento, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 21-27, março 2008.

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. 5. ed. ampliada. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Dape. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Opas. Brasília, 2005a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil**. 2. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica**. Relatório de Gestão 2007- 2010. Ministério da Saúde: Brasília, 2011a.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil (1988)**. Brasília, Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2010.

\_\_\_\_\_. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. 9ª ed. Brasília, Senado Federal, 2011b.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011. **Diário Oficial da União**. Brasília, Ministério da Saúde: 2011c.

CARVALHO, A. I. de; BARBOSA, P.R. **Políticas de Saúde: Fundamentos e Diretrizes do SUS**. Brasília, Capes: UAB, 2010.

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

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1998.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, Ministério da Saúde, 2013.

FIGUEIREDO, N. M. A. de (Org.). **Ensinando a cuidar em saúde pública**. São Caetano: Yendis Editora, 2005.

FLORIANÓPOLIS, Prefeitura Municipal. **Protocolo de atenção em saúde mental**. Secretaria Municipal de Saúde. Tubarão: Ed. Copiart, 2010.

GOMES, C; REIS, Fernando L. G. **Inclusão Escolar: Representações Compartilhadas de Profissionais da Educação acerca da Inclusão Escolar**. Campinas, Psicologia Ciência e Profissão, 2007, 27 (3), 406-417.

HIRDES, A. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(1):297-305, Ulbra, Gravataí, 2009.

IBGE, 2010. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)> Acesso: 5 mar. 2014.

IBGE, 2011. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>. Acesso em: 5 mar. 2014.

LAURIDSEN-RIBEIRO, E; TANAKA, O. Y. Organização de serviços no Sistema Único de Saúde para o cuidado de crianças e adolescentes com problemas de saúde mental. LAURIDSEN-RIBEIRO, E; TANAKA, O. Y. (Org.). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 147-169.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas 2003.

OLIVEIRA, R. C. A chegada de crianças e adolescentes para tratamento na rede pública de saúde mental. COUTO, M. C. V; MARTINEZ, R. G. (Org.). **Saúde Mental e Saúde Pública – Questões para a agenda da Reforma Psiquiátrica**. NUPPSAM/IPUB/UFRJ, Rio de Janeiro, 2007. p. 27-50.

OLIVEIRA, A. G. B; ALESSI, N. P. **Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica**. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.10, n.1, mar. 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento (CID-10): descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

OMS; WONCA. **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários - Uma perspectiva global**. Coordenação da versão Portuguesa: Prof. Doutor José Miguel Caldas de Almeida. Lisboa, 2008.

**POTAL DA PREFEITURA DE IMPERATRIZ**. Rede de Saúde Mental de Imperatriz inova com atendimento nos Caps's. Disponível em: <<http://semusimperatriz.blogspot.com.br/2013/02/rede-de-saude-mental-de-imperatriz.html>>. Acesso em: 7 mai. 2014.

REIS, A. O. A. et al. Breve Histórico da Saúde Mental Infantojuvenil. LAURIDSEN-RIBEIRO, Edith; TANAKA, Oswaldo Y. (Org.). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010a. p. 93-108.

\_\_\_\_\_. Crianças e adolescentes em sofrimento psíquico atendidos nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis. LAURIDSEN-RIBEIRO, Edith; TANAKA, Oswaldo Y. (Org.). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010b. p. 186-210

RIBEIRO, Herta Maria C. B. **O Desafio da Interdisciplinaridade na Saúde Mental: um enfoque no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil de Imperatriz/MA.** Brasília, UNB, 2010.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. **Transtorno Mental e o cuidado da família.** 3ª São Paulo: Cortez, 2011.

RUA, Maria das Graças. **Políticas Públicas.** Brasília, Capes: UAB, 2009.

SAPIENZA, G; PEDROMÔNICO, Márcia R. M. **Risco, Proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente.** Psicologia em Estudo, Maringá, v. 10, n. 2, p. 209-216, mai./ago. 2005.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do Trabalho Científico.** 23ª ed. 4ª reimp. São Paulo: Cortez, 2010.

STEVENSON, W. J. **Estatística aplicada à Administração.** São Paulo: Harbra, 2001. 495 p.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração.** São Paulo: Atlas, 2009.

## APÊNDICES

### APÊNDICE I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Eu (nome do participante) \_\_\_\_\_  
estou sendo convidado a participar de um estudo denominado **“Políticas Públicas de Saúde Mental Infantil e sua implementação no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil – Capsi. Imperatriz/MA”**, cujo objetivo geral será “Identificar as políticas públicas de saúde mental infantil do Ministério da Saúde/SUS e sua implementação nos serviços do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil – Capsi, no Município de Imperatriz, no período de janeiro a dezembro de 2012”, no intuito de conhecer as políticas públicas voltadas para crianças e adolescentes com transtorno mental e a partir do olhar dos pais/responsáveis pelos usuários atendidos pelo Capsi de Imperatriz/MA, saber da aplicação desta política estabelecida pelo Ministério da Saúde, por meio da instituição responsável.

A minha participação no referido estudo será no sentido de esclarecer através do preenchimento do formulário que possui questões que abordam aspectos socioeconômicos e abordam sobre os serviços prestados pelo Capsi ao menor que legalmente sou tutor(a). Fui informado(a) que este momento se dará com apenas uma visita no meu domicílio e terá duração de no máximo de 40 minutos. O documento não irá registrar meu nome e os dados serão divulgados de forma conjunta, guardando assim o mais absoluto sigilo sobre as informações fornecidas pela minha pessoa.

Fui alertado(a) de que, da pesquisa a se realizar, posso esperar alguns benefícios, tais como: o conhecimento por parte dos gestores, equipe multidisciplinar e técnico-administrativo que trabalham no Capsi do município de Imperatriz, do resultado da pesquisa, oportunizando a melhora do atendimento prestado pela instituição. Bem como, a pesquisa será divulgada através de artigo, congresso e palestras oportunizando a discussão e aprofundamento sobre o atendimento de crianças e adolescentes com transtorno mental.

Recebi, por outro lado, os esclarecimentos necessários sobre os possíveis desconfortos e riscos decorrentes do estudo, levando-se em conta que é uma pesquisa, e os resultados positivos ou negativos somente serão obtidos após a sua realização. Assim, caso haja necessidade, a pesquisadora se responsabiliza por meu encaminhamento ao Capsi – Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil situado na Rua Sergipe, nº 23, Bairro

Três Poderes, no município de Imperatriz, para atendimento pela equipe multidisciplinar.

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo.

Também fui informado de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerei qualquer prejuízo à assistência que venho recebendo.

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são Fany Valentim de Matos – Pesquisadora Responsável (99) 8190.0602/ (99) 3525.0595, Eline Jonas (62) 3259 9622 e (62) 8122 8637 e Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC/GO, Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde – MCAS, Rua 232, nº 128, Área V - 3º andar Setor Leste Universitário, Goiânia-GO CEP: 74.605-140 Fone: (62) 3946.1512 e 3946.1403 e com eles poderei manter contato pelos telefones citados.

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação. Este documento terá duas vias, e que após assinadas eu receberei uma cópia assinada pela pesquisadora responsável e por mim.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

No entanto, caso eu tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, haverá ressarcimento *mediante depósito em conta corrente*. De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente da minha participação no estudo, serei devidamente indenizado, conforme determina a lei.

Em caso de reclamação ou qualquer tipo de denúncia sobre este estudo devo ligar para o CEP PUCGO (62) 3946.1512 ou mandar um *email* para [cep@pucgoias.edu.br](mailto:cep@pucgoias.edu.br).

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2014.

---

*Nome e assinatura do participante da pesquisa*

---

Pesquisadora responsável – Fany Valentim de Matos

## APÊNDICE II – FORMULÁRIO PARA PAIS OU RESPONSÁVEL PELO (A) USUÁRIO (A) DO CAPSI – IMPERATRIZ - MA

### **1 DADOS DO (A) INFORMANTE**

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
 Cidade: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
 Parentesco: ( ) Mãe ( ) Pai ( ) Tia(o) ( ) Avó(ô)  
 ( ) Irmão(ã) ( ) Primo(a) ( ) Outro \_\_\_\_\_

### **2 DADOS DO (A) USUÁRIO(A)**

Idade: \_\_\_\_\_ Nasceu em: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_  
 Cidade: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

### **3 QUANTO AOS ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS**

#### **1 Qual o seu sexo?**

(A) Feminino. (B) Masculino.

#### **2 Quanto a cor/raça como considera o (a) usuário(a)?**

(A) Branco(a) (B) Pardo(a) (C) Preto(a)  
 (D) Amarelo(a) (E) Indígena

#### **3 Qual a religião praticada pelos responsáveis do(a) usuário(a)?**

(A) Católica (B) Protestante ou Evangélica (C) Espírita  
 (D) Umbanda ou Candomblé (E) Outra (F) Sem religião

#### **4. O(a) usuário(a) mora atualmente?**

(A) Com os pais (B) Com a mãe (C) Com o pai  
 (D) Com tio(a) (E) Com avós (F) Outra situação

Qual? \_\_\_\_\_

#### **5 Quantas pessoas moram com o(a) usuário? (Contando com pais, irmãos ou outras pessoas que moram em uma mesma casa).**

(A) Duas pessoas (B) Três (C) Quatro  
 (D) Cinco (E) Mais de seis

**6. Quantos(as) irmãos(ãs) o(a) usuário(a) tem?**

- (A) Um(a) (B) Dois(duas) (C) Três  
 (D) Quatro ou mais (E) Filho(a) único(a)

**7. O(a) usuário(a) estuda?**

- (A) Sim (B) Não.

**8. O(a) usuário(a) estuda em qual nível de ensino?**

- (A) Educação Infantil (B) Ensino Fundamental (1º ao 5º anos)  
 (C) Ensino Fundamental (6º ao 9º anos) (D) Ensino Médio

**9. A rede de ensino que a escola está vinculada.**

- (A) Rede pública  
 (B) Rede particular  
 (C) Rede conveniada

**10. A renda média familiar é:**

- (A) Menos de um salário mínimo (B) De um salário mínimo  
 (C) De dois salários mínimos (D) De três salários mínimos  
 (E) Mais de quatro salários mínimos

**11. O usuário recebe algum benefício do Governo?**

- (A) Sim (B) Não

**11.1 Caso a resposta anterior tenha sido afirmativa, responda qual:**

- (A) Bolsa Escola (B) Bolsa Família (C) Outro

**4 QUANTO AOS SERVIÇOS PRESTADOS PELO CAPSi****01 Antes do atendimento do(a) usuário(a), você já tinha ouvido falar do CAPSi?**

- (A) Sim (B) Não (C) Não lembro

**02. Qual o motivo que levou ao atendimento da criança/adolescente ao CAPSi?**

- (A) Questões relacionadas ao comportamento da criança/adolescente  
 (B) Questões relacionadas ao rendimento escolar da criança/adolescente  
 (C) Questões relacionadas ao comportamento e rendimento escolar da criança/adolescente  
 (D) Questões relacionadas à saúde da criança/adolescente  
 (E) Outro

Qual? \_\_\_\_\_

---

**03 Quem realizou o encaminhamento ao CAPSi?**

- (A) Agente de Saúde
- (B) Médico, enfermeiro, outro profissional do posto de saúde
- (C) Profissional da educação (professor, coordenador, etc)
- (D) Parente
- (E) Vizinho e/ou amigos
- (f) Outro

**04 Quem levou a criança para o atendimento ao CAPSi?**

- (A) Mãe
- (B) Pai
- (C) Parente
- (D) Vizinho, amigo
- (E) Outro \_\_\_\_\_

**05 Qual o profissional do CAPSi que realizou o primeiro atendimento do(a) usuário(a)?**

- (A) Médico Psiquiatra
- (B) Psicóloga
- (C) Assistente Social
- (D) Pedagogo
- (E) Psicopedagogo
- (F) Brinquedista
- (G) Enfermeiro ou Técnico de Enfermagem
- (H) Nutricionista
- (I) Outro.

**06 Após o primeiro atendimento, foi realizado um projeto terapêutico?**

- (A) Sim
- (B) Não

**07 Foi realizada avaliação clínica para diagnóstico da criança/adolescente?**

- (A) Sim
- (B) Não

**7.1 Caso a resposta anterior seja afirmativa, responda: qual o diagnóstico apresentado pelos profissionais do CAPSi para a criança/adolescente?**

- (A) Transtornos de Desenvolvimento (Retardo mental, Síndrome de Asperger, Autismo, Transtornos de Aprendizagem, dentre outros)
- (B) Transtorno de Comportamento (Transtorno de Conduta, Transtorno Opositivo Desafiador, TDAH, dentre outros)
- (C) Transtorno de Humor (Depressão, Transtorno Bipolar, dentre outros)

- (D) Transtorno de Ansiedade (Transtorno de ansiedade de separação, transtorno de ansiedade social, transtorno de pânico, TOC, Fobia, Estresse Pós-Traumático, dentre outros)
- (E) Transtornos de Tiques (Tiques Transitórios, tiques motor o vocal crônico, Transtorno de Touret, dentre outros)
- (F) Transtornos da Alimentação (Anorexia, Bulimia, dentre outros)
- (G) Transtornos da Excreção (enurese, encoprese)
- (H) Transtornos por uso de substância (álcool, drogas e outras substâncias psicoativas)
- (I) Esquizofrenia
- (J) Não tenho conhecimento
- (L) Não me lembro

**08 Foi realizada visita domiciliar por um dos profissionais do CAPSi?**

- (A) Sim
- (B) Não

**09 Foi feito contato com a escola para coleta de informações da criança/adolescente?**

- (A) Sim
- (B) Não

**10 Os pais e/ou responsável recebe atendimento no CAPSi para orientações sobre a criança/adolescente?**

- (A) Sim
- (B) Não

**10.1. Caso a resposta anterior seja afirmativa, indique a periodicidade:**

- (A) Toda semana
- (B) Toda quinzena
- (C) Mensalmente
- (D) Bimestralmente
- (E) Esporadicamente

**11. A criança/adolescente atualmente está em atendimento no CAPSi?**

- (A) Sim
- (B) Não

**11.1. Caso a resposta anterior seja afirmativa, responda há quanto tempo o(a) usuário(a) está em atendimento?**

- (A) De 01 a 06 meses
- (B) De 06 a 12 meses
- (C) Mais de 01 ano
- (D) Mais de 02 anos
- (E) Mais de 03 anos.

**11.2 Caso a resposta anterior seja negativa, responda quanto tempo o(a) usuário(a) ficou em atendimento?**

- (A) De 01 a 06 meses                      (B) De 06 a 12 meses                      (C) Mais de 01 ano  
(D) Mais de 02 anos                      (E) Mais de 03 anos.

**12 Caso a criança/adolescente tenha abandonado o atendimento, indique qual o motivo que levou a tal situação:**

- (A) Horário do atendimento  
(B) Dinâmica de trabalho oferecido pelo CAPSi  
(C) Falta de transporte para o trajeto até o CAPSi  
(D) A falta de resultado do atendimento  
(E) A localização do CAPSi  
(F) Desinteresse do(a) usuário(a) e da família  
(G) Outro

Qual? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ANEXOS**

**ANEXO I – AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE DA PESQUISA**



PREFEITURA DE IMPERATRIZ  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
CAPSIJ – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO JUVENIL

## AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE PARA PESQUISA

### DECLARAÇÃO

Eu, Dilcinei Gonçalves Barros, Coordenadora do Centro de Apoio Psicossocial Infanto-Juvenil na cidade de Imperatriz-MA, declaro concordar e autorizar a execução do projeto de pesquisa **POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL INFANTIL E SUA IMPLEMENTAÇÃO NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO-JUVENIL – CAPSI. IMPERATRIZ/MA.** Tem como objetivo identificar as políticas públicas de saúde mental infantil do Ministério da Saúde/SUS e sua implementação nos serviços do Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil – Capsi, no Município de Imperatriz, no período de janeiro a dezembro de 2012, de responsabilidade da pesquisadora **Fany Valentim de Matos**, pedagoga, psicopedagoga, especialista em Saúde Mental, aluna regularmente matriculada no curso de Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO). Declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu cumprimento no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para garantir de tal segurança e bem-estar. Estou ciente da execução deste projeto dependerá da aprovação do mesmo pelo CEP da instituição proponente, mediante parecer ético consubstanciado e declaração de aprovação.

Imperatriz, 30 de Outubro de 2013.

Dilcinei Gonçalves Barros  
Coordenadora do Centro de Apoio Psicossocial Infanto-Juvenil - CAPSi

Dr. Lara Paiva  
Psicopedagoga Clínica  
CAPSIJ  
NPP-11329

Dilcinei Gonçalves Barros  
Coordenadora do CAPSIJ  
Enfermeira  
COREN-MA 84.359



## ANEXO II – AUTORIZAÇÃO DO ATENDIMENTO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR



PREFEITURA DE IMPERATRIZ  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
CAPSIJ – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO JUVENIL

### AUTORIZAÇÃO DO ATENDIMENTO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

Declaro para os devidos fins que, caso seja necessário, e dentro das possibilidades de atendimento do Centro de Apoio Psicossocial Infanto-Juvenil - CAPSi de Imperatriz – MA, ofereceremos, sem ônus, o atendimento da equipe multidisciplinar aos participantes da pesquisa intitulada **POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL INFANTIL E SUA IMPLEMENTAÇÃO NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO-JUVENIL – CAPSI. IMPERATRIZ/MA**, que tem como objetivo identificar as políticas públicas de saúde mental infantil do Ministério da Saúde/SUS e sua implementação nos serviços do Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil – Capsi, no Município de Imperatriz, no período de janeiro a dezembro de 2012. Tal pesquisa de responsabilidade da pesquisadora **Fany Valentim de Matos**, pedagoga, psicopedagoga, especialista em Saúde Mental, aluna regularmente matriculada no curso de Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO), será realizado. Declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012.

Imperatriz, 30 de Outubro de 2013.

Dilcinei Gonçalves Barros  
Coordenadora do Centro de Apoio Psicossocial Infanto-Juvenil - CAPSi

*Dilcinei Gonçalves Barros*  
Coordenadora do CAPSIJ  
Enfermeira  
COREN-MA.84.359



**ANEXO III – LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001**

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

O Presidente da República

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

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

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, à reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I – internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II – internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III – internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina – CRM do estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10 Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11 Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12 O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13 Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

*FERNANDO HENRIQUE CARDOSO*

*Jose Gregori*

*José Serra*

*Roberto Brant*

## Anexo IV– Parecer Consubstanciado do CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL INFANTIL E SUA IMPLEMENTAÇÃO NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO-JUVENIL - CAPSI. IMPERATRIZ/MA.

**Pesquisador:** FANY VALENTIM DE MATOS

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 24277213.9.0000.0037

**Instituição Proponente:** Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/Goiás

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 495.322

**Data da Relatoria:** 17/12/2013

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa do tipo quantitativo-descritiva em que serão identificadas e analisadas informações sociodemográficas, questões relacionadas aos serviços prestados a crianças e adolescentes com transtorno mental através do serviço público em saúde mental prestado à população da microrregião de Imperatriz (MA). Projeto de pesquisa para a obtenção do título de mestre no Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais e Saúde da PUC Goiás.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:**

Identificar as políticas públicas de saúde mental infantil do Ministério da Saúde/SUS e sua implementação nos serviços do Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (Capsi), no Município de Imperatriz (MA), no período de janeiro a dezembro de 2012.

**Objetivo Secundário:**

Apresentar as políticas públicas do Ministério da Saúde/SUS direcionadas às crianças e adolescentes com transtorno mental; Traçar os aspectos sociodemográficos dos usuários atendidos pelo Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (Capsi), no município de Imperatriz (MA), no período de janeiro a dezembro de 2012; Identificar a implementação das políticas públicas de saúde mental infantil por meio dos serviços prestados pelo Centro de Atenção

**Endereço:** Av. Universitária, N.º 1.069  
**Bairro:** Setor Universitário **CEP:** 74.605-010  
**UF:** GO **Município:** GOIANIA  
**Telefone:** (62)3946-1512 **Fax:** (62)3946-1070 **E-mail:** cep@pucgoias.edu.br



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE  
CATÓLICA DE GOIÁS -  
PUC/GOIÁS



Continuação do Parecer: 495.322

Psicossocial Infanto-Juvenil (Capsi), no Município de Imperatriz (MA), a partir do olhar dos usuários.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O riscos e benefícios estão apresentados de maneira adequada no projeto e TCLE.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto é relevante, pois, como apresentado, tem a atenção voltada para a saúde mental de crianças e adolescentes, e a avaliação da oferta de uma rede de serviços capaz de responder a esta crescente demanda e identificando as políticas públicas de saúde mental infantil do Ministério da Saúde/SUS e sua implementação nos serviços do Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (Capsi), no Município de Imperatriz, no intuito de colaborar com este serviço no Município.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Documentos obrigatórios devidamente apresentados e adequados.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

As pendências foram todas acatadas e corrigidas.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

GOIANIA, 16 de Dezembro de 2013

---

Assinador por:  
**NELSON JORGE DA SILVA JR.**  
(Coordenador)

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069

Bairro: Setor Universitário

CEP: 74.605-010

UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3946-1512

Fax: (62)3946-1070

E-mail: cep@pucgoias.edu.br