



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE GOIÁS
UNIDADE UNIVERSITÁRIA DE CIÊNCIAS EXATAS E TECNOLÓGICAS
CURSO DE FARMÁCIA

Jéssica Alves Caetano

USO DE PSICOFÁRMACOS POR CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO CAPSi
CRESCER DE ANÁPOLIS, GOIÁS

ANÁPOLIS

2019

Jéssica Alves Caetano

USO DE PSICOFÁRMACOS POR CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO CAPSi
CRESCER DE ANÁPOLIS, GOIÁS

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Farmácia da Universidade Estadual de Goiás, Campus Henrique Santillo como requisito à obtenção do título de bacharel em Farmácia sob a orientação da Prof^o MSc. Cristiane Alves da Fonseca do Espírito Santo.

ANÁPOLIS

2019

ATA DE DEFESA DE TRABALHO DE CURSO

Título do Trabalho: O Uso de Psicofármacos por Crianças e Adolescentes no CAPSi Crescer de Anápolis - Goiás

Autora: Jéssica Alves Caetano

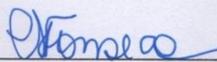
Orientadora: Prof. Ma. Cristiane Alves da Fonseca do Espírito Santo

A autora apresentou em sessão pública o Trabalho de Curso, às 08 horas, de 05 de junho de 2019, quarta-feira, no curso de Farmácia do Câmpus Anápolis de Ciências Exatas e Tecnológicas Henrique Santillo da Universidade Estadual de Goiás. Em seguida, cada membro da Banca Examinadora fez suas considerações e arguições. A Banca examinadora, em reunião fechada, realizou a avaliação do trabalho e da apresentação, proclamando o seguinte resultado:

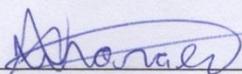
- aprovado
 aprovado com correções
 reprovado.

A presidência encerrou a sessão pública de defesa do Trabalho de Curso.

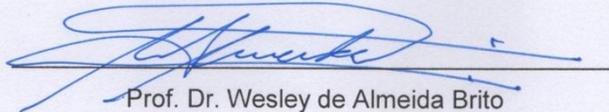
Anápolis, 05 de junho de 2019.



Prof. Ma. Cristiane Alves da Fonseca do Espírito Santo
Orientador/ Presidente da Banca Examinadora



Prof. Me. Weuller Filho de Moraes
Avaliador



Prof. Dr. Wesley de Almeida Brito
Avaliador

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus, pelo dom da vida, por me dar sabedoria para mostrar e escolher os melhores caminhos, conforto nos momentos difíceis, força para nunca desistir e por me presentear estar ao lado de pessoas tão especiais, sem as quais certamente não teria sido possível este momento. “Consagre ao Senhor tudo o que você faz, e os seus planos serão bem-sucedidos” (Provérbios 16:3).

Dedico esta, bem como todas as minhas demais conquistas, aos meus avós, Madalena Alves Moreira e Jair Rosa dos Santos, Uzerita Ananias Caetano e José Caetano Filho (in memória), pela compreensão, incentivo e completa dedicação. Aos meus pais, Frederico Ananias Caetano e Enia Alves Ferreira, por todo carinho e amor.

A minha irmã, Joyce Alves Caetano, por compartilhar comigo todos os momentos importantes das nossas vidas.

À professora, Cristiane Alves da Fonseca do Espírito Santo, pela paciência na orientação e incentivo que tornaram possível a realização desta pesquisa.

Aos professores e colegas de curso que sempre estiveram ao meu lado e acreditaram em mim. Obrigado pelo apoio, confiança e incentivo, não teria conseguido sem a amizade e o profissionalismo de vocês.

E aos meus novos amigos, todos os profissionais e pacientes, do Centro de Atenção Psicossocial Infantil Crescer de Anápolis – Go, pela atenção, compreensão e paciência no momento da pesquisa.

Por fim, agradeço a Farmácia. Sinto-me privilegiada em tê-la como profissão.

RESUMO

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) foi criado no sentido de substituir o modelo manicomial, e é referência para o tratamento de pessoas com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves, entre outros quadros patológicos que necessitam tratamento e acompanhamento médico, sendo ofertado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Os CAPSi são CAPS infantis destinados à indivíduos com transtornos mentais na infância e adolescência. O CAPSi Crescer é especializado no atendimento de crianças e adolescentes portadores de sofrimento psíquico grave e persistente, evitando as internações, de modo que suas ações possam ajudá-los em sua reinserção social, cultural e familiar. O objetivo deste estudo foi analisar o uso de psicofármacos por crianças e adolescentes que são atendidos no CAPSi Crescer. Foram avaliados 120 pacientes, destes 6,66% tinham entre 3 a 6 anos, 46,66% tinham entre 7 a 12 anos e 46,66% entr13 a 18 anos, com predominância no sexo masculino (55%). No que se referem ao perfil diagnóstico, os meninos apresentaram queixa escolar como principal motivo, seguido de lesões ou transtornos neuromotores. Já as meninas apresentaram como principal motivo retardo mental, ansiedade e isolamento. Sobre o perfil dos pacientes com transtornos mentais em relação ao grau de escolaridade, 94% afirmaram frequentar escola regular, independente de seus diagnósticos. A maior parte dos pacientes possui o Ensino Médio Incompleto (67%). Moram com os pais (76%) e, recebem até três salários mínimos (68%). Em relação ao acesso/demanda, 38% tiveram acesso por meio do Conselho Tutelar e Escolas, 33% através da Unidade Básica de Saúde e 29% por demanda espontânea. As principais classes terapêuticas utilizadas foram: antipsicóticos, antiepilépticos, antidepressivos, benzodiazepínicos e psicoestimulantes. O medicamento mais utilizado foi o psicoestimulante Cloridrato de Metilfenidato - Ritalina® (31%), seguido do antidepressivo Cloridrato de Fluoxetina (9%). A adoção da atenção farmacêutica como recurso imprescindível na unidade foi bastante abordada na pesquisa, sendo que o papel desse profissional é fundamental na análise de prescrições, orientações aos pacientes e acompanhamento da terapêutica medicamentosa.

Palavras-chave: Atenção farmacêutica. Psicofármacos. Transtorno Mental.

ABSTRACT

The Psychosocial Care Center (CAPS) was created to replace the asylum model, and is a reference for the treatment of people with mental disorders, psychoses, severe neuroses, among other pathological conditions that require treatment and medical monitoring, being offered by the System Unified Health System (SUS). CAPSi Crescer is specialized in the care of children and adolescents with severe and persistent psychic suffering, avoiding hospitalizations, so that their actions can help them in their social, cultural and family reintegration. The objective of this study was to analyze the use of psychoactive drugs by children and adolescents who are cared for in CAPSi Crescer. A total of 120 patients were evaluated, 6,66% were between 3 and 6 years old, 46,66% were between 7 and 12 years old, and 46,66% were between 13 and 18 years old, with a predominance of males (55%). Regarding the diagnostic profile, boys presented a school complaint as the main reason, followed by neuromotor injuries or disorders. The girls presented as main reason mental retardation, anxiety and isolation. Regarding the profile of patients with mental disorders in relation to the level of schooling, 94% said they attend regular school, regardless of their diagnosis. Most patients have incomplete high school education (67%). They live with their parents (76%) and receive up to three minimum wages (68%). Regarding access / demand, 38% had access through the Tutelary Council and Schools, 33% through the Basic Health Unit and 29% through spontaneous demand. The main therapeutic classes used were: antipsychotics, antiepileptics, antidepressants, benzodiazepines and psychostimulants. The most commonly used medication was methylphenidate hydrochloride - Ritalin ® (31%), followed by the antidepressant Fluoxetine hydrochloride (9%). The adoption of pharmaceutical care as an essential resource in the unit was much approached in the research, and the role of this professional is fundamental in the analysis of prescriptions, guidelines for patients and monitoring of drug therapy.

Keywords: Pharmaceutical care. Psychotropic drugs. Mental Disorder.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil
CID - Classificação Internacional das Doenças
CT - Conselho Tutelar
DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente
ISRS - Inibidor Seletivo de Recaptação de Serotonina
MDF - Metilfenidato
OMS - Organização Mundial da Saúde
PNAF - Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNE - Pessoa com Necessidade Especial
PSF - Programa de Saúde da Família

RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RENUME - Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
SUS - Sistema Único de Saúde
TALE - Termo de Assentimento ao Menor
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TODA - Transtorno de Déficit de Atenção
TDAH - Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade
UBSF - Unidade Básica de Saúde da Família

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Distribuição do número dos pacientes do CAPSi Crescer, segundo Faixa Etária.....	24
Figura 2 - Grau de parentesco dos responsáveis dos pacientes do CAPSi Crescer de Anápolis.....	26
Figura 3 - Renda familiar dos responsáveis pelos pacientes do CAPSi Crescer de Anápolis.....	27
Figura 4 - Vivência religiosa/espiritualidade dos pacientes do CAPSi Crescer de Anápolis.....	29
Figura 5 - Origem do acesso/demanda dos pacientes entrevistados no CAPSi Crescer de Anápolis.....	31
Figura 6 - Diagnósticos dos transtornos mentais encontrados nos pacientes entrevistados no CAPSi Crescer de Anápolis.....	32
Figura 7 - Identificação dos sintomas infanto-juvenil do CAPSi Crescer de Anápolis.....	34
Figura 8 - Medicamentos utilizados pelos pacientes entrevistados no CAPSi Crescer de Anápolis.....	35
Figura 9 - Estrutura química do Metilfenidato.....	37
Figura 10 - Estrutura química da Fluoxetina.....	38
Figura 11 - Estrutura química do Diazepam.....	38
Figura 12 - Estrutura química da Risperidona.....	40
Figura 13 - Estrutura química da Carbamazepina.....	40
Figura 14 - Principais atividades terapêuticas realizadas pelos pacientes entrevistados no CAPSi Crescer de Anápolis.....	41

Figura 15 - Forma de aquisição dos medicamentos pelos pacientes entrevistados no CAPSi
Crescer de Anápolis.....44

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Recursos físicos mínimos para o funcionamento de um CAPS de acordo com a Portaria n. 615 de 2013 em comparação com a estrutura dos CAPSi Crescer.....	22
Quadro 2 - Comparação entre a equipe mínima de profissionais previstos pela Portaria n. 336/GM de 2002 e do CAPSi Crescer submetido à pesquisa.....	23
Quadro 3 - Critérios diagnósticos, segundo o DSM-IV-TR, para o TDAH.....	33
Quadro 4 - Descrição dos grupos abertos/ sala de espera do CAPSi Crescer de Anápolis.....	43
Quadro 5 - Medicamentos disponíveis na farmácia do CAPSi Crescer, Portaria n. 344 de 98.....	45
Quadro 6 - Lista de Medicamentos Excepcionais ou de Alto Custo – Subgrupo Antipsicóticos.....	46

LISTA DE ANEXOS

ANEXOS -	55
ANEXO I - Questionário.....	56
ANEXO II - Folha De Rosto Para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos.....	57
ANEXO III - Termo De Anuência.....	58
ANEXO IV - Termo De Compromisso.....	59
ANEXO V - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - T.C.L.E.....	60
ANEXO VI - Estrutura Mínima para o funcionamento do CAPS de acordo com a Portaria n. 615 de 2013.....	63
ANEXO VII - Descrição dos Grupos Terapêuticos realizados no Capsi Crescer de Anápolis.....	65

Sumário

1. INTRODUÇÃO	13
2. OBJETIVO	16
2.1. OBJETIVO GERAL.....	16
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
3. METODOLOGIA	17
3.1. TIPO DE PESQUISA	17
3.2. INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS E PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	17
3.3. APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO	17
3.4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE PARTICIPANTES	18
3.5. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	18
3.6. CRITÉRIOS PARA SUSPENDER E/OU ENCERRAR O ESTUDO.....	18
3.7. ANÁLISE DOS DADOS	19
3.8. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS	19
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	20
4.1. ESTRUTURA FÍSICA E DE RECURSOS HUMANOS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO-JUVENIS (CAPSi) CRESCER DE ANÁPOLIS-GO	20
4.2. PERFIL DOS PACIENTES	23
4.3. RELIGIÃO, RELIGIOSIDADE, ESPIRITUALIDADE E SAÚDE/DOENÇA MENTAL DOS PACIENTES ENTREVISTADOS NO CAPSi CRESCER.....	27
4.4. PERFIL DO ATENDIMENTO	28
5. PERFIL NOSOLÓGICO	30
6. PERFIL DO MEDICAMENTO	34
6.1. CLASSES DE MEDICAMENTOS.....	35
6.1.1.PSICOESTIMULANTES	35
6.1.2. ANTIDEPRESSIVOS	36
6.1.3. BENZODIAZEPÍNICOS.....	37
6.1.4. ANTIPSICÓTICOS.....	38
6.1.5. ANTIEPILÉPTICOS OU ANTICONVULSIVANTES.....	39
7. FORMAS DE AQUISIÇÕES DOS PSICOFÁRMACOS PRESCRITOS NO CAPSi CRESCER	43
8. CONCLUSÃO	46
REFERÊNCIAS	46
ANEXOS	54

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado a partir da Constituição Federal da Saúde por ser um direito de todos e um dever do Estado, a mesma representa a materialização de uma nova concepção e organização acerca da saúde. O SUS abrange acesso universal, público e gratuito aos serviços e ações de saúde, como postos de saúde, hospitais e campanhas de vacinação e programas de saúde, por exemplo (OMS, 2000).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a saúde é um estado de completo bem-estar físico, psíquico e social e não meramente a ausência de doenças ou enfermidades; o que abrange diversas áreas, como moradia, alimentação, transporte e lazer. Já os conceitos de saúde mental abrangem, entre outras coisas, o bem-estar subjetivo, a eficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a autorrealização do potencial intelectual e emocional da pessoa. Numa perspectiva transcultural, é quase impossível definir saúde mental de uma forma completa. De um modo geral, porém, concorda-se quanto ao fato de que a saúde mental é algo mais do que a ausência de perturbações mentais (OMS, 2000).

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) faz parte do SUS, e é referência para o tratamento de pessoas com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves, entre outros quadros patológicos que necessitam tratamento e acompanhamento médico. O primeiro CAPS foi criado em março de 1987, em São Paulo, como uma alternativa aos hospitais psiquiátricos, em que se fazia necessária a internação do paciente. Além do tratamento medicamentoso e clínico, são realizadas atividades a fim de promover a reinserção social (BRASIL, 2013).

Os CAPS são diferentes quanto ao público alvo, os CAPSi são CAPS destinados para indivíduos com transtornos mentais na infância e adolescência, possuindo atendimento diário. CAPSad (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas), para dependentes químicos, com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas (BRASIL, 2011).

A OMS define medicamentos essenciais como aqueles que satisfazem às necessidades de saúde prioritárias da população, os quais devem estar acessíveis em todos os momentos, na dose apropriada, a todos os segmentos da sociedade. São selecionados de acordo com a sua relevância na saúde pública, evidência sobre a eficácia e a segurança e os estudos comparativos de custo efetividade (OPAS, 2005).

Os medicamentos considerados essenciais para o Brasil constam na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), e serve como base para a elaboração

dos medicamentos essenciais para o Município, que constam na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) (BRASIL, 2017).

A REMUME de Anápolis/GO apresenta um total de 359 itens, sendo 61 psicofármacos. Os principais psicofármacos em uso na atualidade são ansiolíticos e hipnóticos, antidepressivos, antipsicóticos ou neurolépticos e estabilizadores do humor. Contudo, nem todos esses medicamentos apresentam-se como comprimidos em dosagens indicadas para crianças e adolescentes, ou então se apresentam em forma de suspensão, em que há maiores possibilidade de chegar à concentração desejada. Além disto, há medicamentos que são receitados e não fazem parte da rede pública de saúde, sendo necessária a compra destes, o que nem sempre a família da criança ou do adolescente possui condições (BRASIL, 2017).

O acesso de um paciente aos serviços de saúde e aos próprios medicamentos não é suficiente para garantir o êxito de um tratamento. É necessária a participação do profissional de saúde durante a dispensação medicamentosa, o acompanhamento e a avaliação do paciente ao decorrer do tratamento (MARIN et al., 2003).

De acordo com Zubolli (1999), a atenção farmacêutica baseia-se num elo entre o farmacêutico e o paciente, em que o profissional deve passar confiança e competência, tendo em vista a orientação do paciente quanto ao uso correto de medicamentos. Sem esta o tratamento do paciente, que envolve o processo de cura e manutenção da saúde, pode ser comprometido, gerando danos à saúde, como agravamento do quadro e transtornos à saúde.

O papel da atenção farmacêutica é um novo modelo da prática farmacêutica, em que o farmacêutico passa a estar centrado no paciente, a fim de melhorar o tratamento, conscientizar o uso de medicamentos, alcançando-se resultados concretos. De acordo com Hepler (2000), a morbidade relacionada com medicamentos é uma epidemia que pode ser controlada por meio de algumas estratégias, sendo duas delas a conscientização dos profissionais de saúde e da população sobre este problema e o desenvolvimento e disseminação de estratégias para programas de saúde.

Crianças e adolescentes apresentam características em seus organismos diferentes do organismo adulto, como farmacocinética e farmacodinâmica, e estas se modificam de acordo com seu desenvolvimento, tornando-os mais vulneráveis ao uso de medicamentos. A quantidade de estudos dos efeitos de medicamentos em crianças e adolescentes é relativamente pequena, se comparada com adultos e idosos. Sendo assim, é de extrema

importância a prescrição racional de medicamentos na pediatria, a fim de uma farmacoterapêutica mais segura, eficaz e de menor custo (MEINERS, 2001).

Os psicofármacos são medicamentos necessários para o restabelecimento físico mental de alguns pacientes, porém existem efeitos colaterais consideráveis no uso por adultos e efeitos muito mais sérios e graves no uso por crianças e adolescentes. Sendo assim este trabalho final de curso busca identificar o uso destes psicofármacos servindo de fonte de informações para tomada de decisão principalmente no planejamento da Saúde Municipal.

Quaisquer sinais de alterações psíquicas, desde sofrimento a agitação, podem ser diagnosticados como alterações patológicas, que podem requerer a administração de psicofármacos. Na infância e na adolescência os transtornos mentais possuem forte impacto social e familiar e podem estar associados a problemas psiquiátricos e sociais ao longo da vida. Sendo assim, este estudo visa conhecer o perfil dos pacientes atendidos no Centro de Atenção Psicossocial Crescer, no Município de Anápolis – GO.

2. OBJETIVO

2.1. OBJETIVO GERAL

Esta pesquisa tem por objetivo avaliar o uso de psicofármacos por crianças e adolescentes no Centro de Atenção Psicossocial Crescer, no Município de Anápolis, Goiás.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Descrever a estrutura da unidade que atende essa população;
- ✓ Descrever o perfil dos pacientes atendidos no CAPSi Crescer;
- ✓ Descrever o perfil do atendimento no CAPSi Crescer;
- ✓ Identificar a prevalência de diagnósticos e os tipos de transtornos mentais;
- ✓ Averiguar os principais psicofármacos e os motivos para o seu uso;
- ✓ Averiguar a forma, quanto à aquisição, armazenamento, dispensação de medicamentos e orientação ao paciente;

3. METODOLOGIA

3.1. TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo analítico observacional transversal com o objetivo analisar o perfil das crianças e dos adolescentes em tratamento no CAPSi Crescer do Município de Anápolis, através da coleta de dados.

3.2. INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS E PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os pacientes cadastrados no CAPSi Crescer são portadores de algum distúrbio mental severo ou persistente em tratamento. Os cuidadores são geralmente familiares e, na maioria das vezes, quem administra a medicação prescrita. Para esta pesquisa foi aplicado um questionário estruturado (ANEXO I) com perguntas abertas e fechadas ao responsável legal da criança ou adolescente, onde foram coletados dados como as variáveis sócio-demográficas (renda familiar, sexo e idade), perguntas sobre o tratamento, qual o tipo de transtorno mental e quais os medicamentos prescritos. Foi gerado conhecimento quanto ao uso de psicofármacos, além de apresentar dados e informações para classificar as respostas dos formulários aplicados.

3.3. APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

O questionário foi aplicado pelo pesquisador no CAPSi Crescer no Município de Anápolis, sendo o mesmo respondido individualmente pelo responsável legal da criança ou adolescente, visto que a criança e o adolescente em tratamento não se encontra apto a respondê-lo, portanto, não foi necessário o uso do Termo de Assentimento ao Menor (TALE). Os cuidadores foram abordados pelo pesquisador logo após a consulta e a entrevista foi realizada em um local separado privativo autorizado pelo gestor da própria unidade.

Após a abordagem de 123 cuidadores dos pacientes cadastrados na Unidade, somente 120 concordaram participar e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram entrevistados 120 pacientes com seus responsáveis legais, a escolha do número de pacientes da pesquisa foi baseada na disponibilidade de recursos e tempo do pesquisador para a execução do projeto, procurou-se destacar as características dos pacientes.

3.4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE PARTICIPANTES

Foi incluída na pesquisa uma amostra de 120 pacientes que realizaram consulta médica no decurso do prazo de coleta de dados no mês de setembro/2018 a janeiro/2019.

Como critério de inclusão, o responsável legal deveria ter idade superior a 21 anos, e concordar em participar da pesquisa; ler, compreender e assinar o TCLE (ANEXO V). Excluiu-se o responsável com idade inferior a 21 anos; além daquele que não queira participar da pesquisa, ou não dê o consentimento para que a criança ou adolescente participe ou que não seja capaz de responder ao questionário.

3.5. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O TCLE foi fornecido pelo pesquisador para os representantes legais dos referidos participantes da pesquisa de acordo com a Resolução CNS 466/12, sendo impresso em duas vias e assinado ou identificado por impressão dactiloscópica por todos os pesquisadores e cada um dos participantes da pesquisa. Uma das vias foi arquivada pelo pesquisador e a outra retida pelos representantes legais dos referidos participantes, sem suspensão do direito de informação do indivíduo, no limite de sua capacidade. O TCLE tem o objetivo de esclarecer e proteger o participante da pesquisa, assim como o pesquisador, por este meio manifesta seu respeito à ética no desenvolvimento do trabalho.

O Termo (anexo V) informou o título completo da pesquisa; descreveu os objetivos e a justificativa, detalhou os procedimentos metodológicos da pesquisa; detalhou quando e de que forma foi à participação do voluntário na pesquisa; descreveu os desconfortos e riscos previsíveis; quais são os benefícios esperados com a pesquisa, para o participante e a comunidade em geral; garantiu que os participantes tivessem suas dúvidas esclarecidas antes e durante a pesquisa; esclareceu quanto à liberdade de recusar ou retirar o consentimento, sem penalização e esclareceu-se que não haverá formas de ressarcimento ou de indenização de acordo com a Resolução 466/12 do CNS.

3.6. CRITÉRIOS PARA SUSPENDER E/OU ENCERRAR O ESTUDO

Foi critérios para suspensão e/ou encerramento do estudo a reprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa. Não foi observado nenhuma repercussão negativa no

ambiente onde foi realizado a pesquisa e também nenhum desconforto individual pela abordagem do assunto, sendo assim, a pesquisa foi aprovada.

Este trabalho atendeu os requisitos Resolução CNS 466/12 e suas complementares. O projeto contou com a aprovação pela Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Goiás sob o parecer 2.691.835 e CAAE: 81972017.5.0000.8113 e da Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis (Anexo III), e com o TCLE (Anexo V) dos participantes da pesquisa.

Foram observados procedimentos que assegurassem o sigilo, privacidade e anonimato, e a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou comunidade. Os dados serão arquivados por cinco anos e, então picotados e encaminhados à reciclagem, pois incinerar não é ecologicamente correto, e os dados digitais serão completamente apagados de todas as mídias.

3.7. ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram obtidos através da aplicação do questionário. As perguntas objetivas foram tabuladas, as perguntas subjetivas foram analisadas individualmente, observando-se se há semelhança entre as respostas dos participantes da pesquisa. Em seguida analisou-se a porcentagem prevalecente em cada, os resultados foram analisados utilizando-se o programa Excel® (Microsoft), para a elaboração de gráficos.

Para a discussão destes dados, utilizou artigos e pesquisas publicados em revistas científicas e plataformas online, como BVS, Scielo, LILACS; sendo escolhidos através de palavras-chave, como Centro de Atenção Psicossocial; Saúde Mental; Crianças e Adolescentes; Atenção farmacêutica. Foram priorizados e analisados artigos publicados no período de 1996 a 2019, obtidas informações relevantes em livros da área da Saúde Mental e Coletiva, documentos legislativos e de divulgação da Organização Mundial de Saúde, do Ministério da Saúde e da Secretária Municipal de Saúde.

3.8. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Os dados obtidos serão divulgados no Trabalho de Conclusão de Curso, do curso de Farmácia da Universidade Estadual de Anápolis, Campus Henrique Santillo. Posteriormente, espera-se publicar o trabalho em evento e/ou revista científicos.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. ESTRUTURA FÍSICA E DE RECURSOS HUMANOS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO-JUVENIS (CAPSi) CRESCER DE ANÁPOLIS-GO.

O CAPSi Crescer é especializado no atendimento de crianças e adolescentes portadores de sofrimento psíquico grave e persistente, evitando as internações em hospitais psiquiátricos, de modo que suas ações possam ajudá-los em sua inserção social, cultural e familiar. De acordo com o que preconiza a Portaria GM n° 336, de 19 de fevereiro de 2002:

O Centro Atenção Psicossocial – CAPS devem “realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes” (Ministério da Saúde, 2004, p.125).

Considerando os objetivos dos CAPS e as práticas a serem desenvolvidas, estes possuem fundamental relevância, devido ao fato de projetar serviços públicos de saúde, substituindo o modelo asilar, de referência nos territórios, comunitários, de livre acesso e local de trocas sociais. Esses serviços de atenção psicossocial do SUS, são espaços de cuidar e apoiar pessoas com sofrimento psíquico e, ao mesmo tempo, espaço social no sentido de produção de projetos de vida e de exercício de direitos, e de amplificação do poder de contratualidade social (BRASIL, 2013).

Segundo o Ministério da Saúde, no documento “Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial” (2004), o CAPSi Crescer se classifica como CAPSi II, devido a capacidade operacional para atender uma população entre 70 a 200 mil habitantes.

Esses serviços caracterizam-se em atendimento ambulatorial de atenção diária, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno que funciona até as 21 horas, possui em torno 556 pacientes ativos cadastrados, sendo atendidos em média 680 pacientes ao mês nas seguintes especialidades, tais como: Psiquiatria, Pediatria, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Enfermagem e Psicologia.

Em conformidade com a portaria/ GM n° 336, os atendimentos realizados são:

- ✓ Atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, orientação entre outros)
- ✓ Atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividade de suporte social)
- ✓ Atendimento em oficinas terapêuticas
- ✓ Visitas e atendimento domiciliares
- ✓ Atendimento à família

✓ Atividades comunitárias

Para o funcionamento a Portaria n. 615 de 2013, preconiza que os CAPS devem contar no mínimo com os recursos físicos descritos no Quadro 1 abaixo.

Quadro 1 – Recursos físicos mínimos para o funcionamento de um CAPS de acordo com a Portaria n. 615 de 2013 em comparação com a estrutura dos CAPSi Crescer.

Recursos físicos mínimos previstos pela Portaria n. 615 de 2013	CAPSi Crescer
01 Espaço de Acolhimento	01 Espaço de Acolhimento
03 Salas de atendimento individualizado	05 Salas de atendimento individualizado
02 Salas de atividades coletivas	03 Salas de atividades coletivas
01 Espaço interno de convivência (Área de estar para paciente, acompanhante de paciente e visitante)	01 Espaço interno de convivência (Área de estar para paciente, acompanhante de paciente e visitante)
01 Sanitário PNE público masculino	01 Sanitário PNE público masculino
01 Sanitário PNE público feminino	01 Sanitário PNE público feminino
01 Sala de aplicação de medicamentos (Sala de Medicação)	01 Sala de aplicação de medicamentos (Sala de Medicação)
01 Posto de enfermagem	01 Posto de enfermagem
01 Sala Administrativa	01 Sala Administrativa
01 Sala de Reunião	01 Sala de Reunião
01 Almoxarifado	01 Almoxarifado
01 Arquivo	01 Arquivo
01 Refeitório	01 Refeitório
01 Cozinha	01 Cozinha
02 Banheiros com vestiário para funcionários	02 Banheiros com vestiário para funcionários
01 Depósito de material de limpeza (DML)	01 Depósito de material de limpeza (DML)
01 Sala de Utilidades	01 Sala de Utilidades
01 Farmácia	01 Farmácia
01 Área de Serviços	01 Área de Serviços
01 Área externa de convivência	01 Área externa de convivência

Fonte: Autora 2019.

As descrições das estruturas físicas se encontram no anexo VI, o CAPSi Crescer possui todos os recursos físicos mínimos para o funcionamento de um CAPS. Quanto à equipe profissional, a quantidade de profissionais foi relatada pela coordenadora através dos registros compostos na Unidade. O CAPSi Crescer conta com aproximadamente, 23

profissionais entre nível médio e superior para o atendimento de cerca de 30 pacientes por dia conforme o Quadro 2.

Quadro 2 – COMPARAÇÃO ENTRE A EQUIPE MÍNIMA DE PROFISSIONAIS PREVISTOS PELA PORTARIA N. 336/GM DE 2002 E DO CAPSi CRESCER SUBMETIDO À PESQUISA	
EQUIPE MÍNIMA PREVISTA PELA PORTARIA n.336/GM de 2002	CAPSi SUBMETIDO À PESQUISA
CAPSi (25 pacientes/dia)	CAPSi Crescer (30 pacientes/dia)
01 médico psiquiatra	5 Médicos 04 Médicos psiquiátricos 01 Pediatra
01 enfermeiro	...
04 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, farmacêutico, assistente social, ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico	13 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: 01 Educadora física 02 Farmacêuticos 04 Psicólogas 01 Fonoaudióloga 01 músico terapeuta 01 Assistente Social 02 Terapeutas Ocupacionais 01 Coordenadora (enfermeira)
05 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão	05 profissionais de nível médio: 01 Serviço Geral 01 Auxiliar de cozinha 03 Técnicos de enfermagem

Fonte: Autora 2019.

Observa-se que a composição da equipe profissional é bastante heterogênea composta por profissionais com diversas formações, os mesmos devem trabalhar com perspectiva interdisciplinar, são responsáveis pela unidade durante todo o seu período de funcionamento.

O número de profissionais está de acordo com o preconizado pela portaria n.336/GM de 2002. Os profissionais farmacêuticos afirmaram permanecerem em dois turnos (matutino/ vespertino) na unidade. Em relação aos medicamentos de controle especial, os mesmos são dispensados somente com o documento de identidade e cartão do SUS, mas devido ao fato de atenderem somente o público infante-juvenil, os medicamentos são dispensados somente com a presença do responsável.

4.2. PERFIL DOS PACIENTES.

Dos 120 pacientes avaliados, 6,66% tinham entre 3 a 6 anos, 46,66% entre 7 a 12 anos e 46,66% entre 13 a 18 anos (Figura 1), e a predominância foi do sexo masculino (55%).

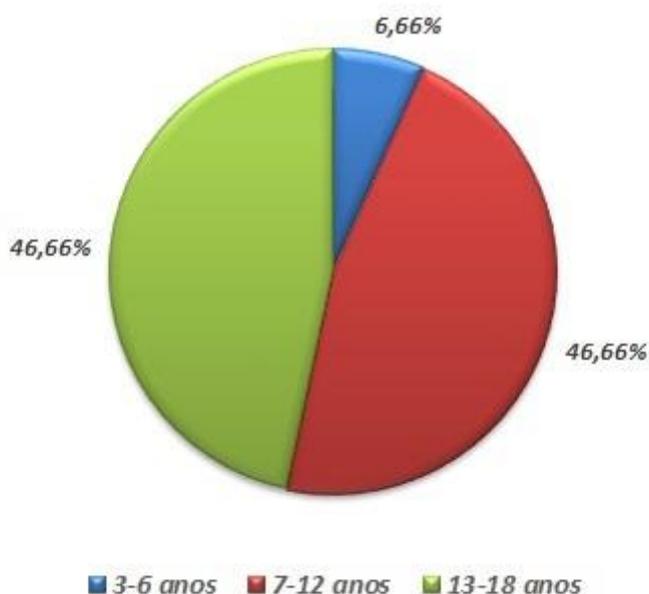


Figura 1 – Distribuição do número dos pacientes do CAPSi Crescer, segundo Faixa Etária.
Fonte: Autora 2019.

Este achado está de acordo com as pesquisas de Hoffmann (2008), onde a maior parte da população atendida em sete CAPSi de diferentes regiões do Brasil são do sexo masculino. Os mecanismos fisiopatológicos dos transtornos mentais não são evidentemente certificados, estudos relatam que os mecanismos hormonais do sexo masculino ocorrem de forma diferenciada em relação ao sexo feminino (THIENGO, 2014).

De acordo com os estudos Ceballos et al. (2016), na cidade de Salvador existem apenas dois CAPSi (CAPSi Liberdade e o CAPSi Dr Luiz Meira Lessa), os dois serviços especializados para atenderem crianças e adolescentes realizaram 4.040 atendimentos entre 2010 e 2012, ao realizarem um estudo epidemiológico sobre a ocorrência e classificação diagnóstica da população infantil de zero a 19 anos, os resultados revelam, que 68% dos atendimentos foram mais frequentes em população masculina.

Segundo os dados encontrados nos estudos de Delfini et al. (2009), com o objetivo de identificar o perfil dos pacientes no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil em São

Paulo, 61% eram do sexo masculino (nos estudos realizados por Santos (2006), Sposito e Savoia (2006) a incidência também foi maior para o sexo masculino) e 39% do sexo feminino, a pesquisa apresenta diferenças entre o sexo e o principal motivo da consulta.

No caso dos meninos apresentaram queixa escolar como principal motivo, seguido de transtornos neuromotores e agressividade ou problema sócio-comportamental. Em relação ao sexo feminino apresentaram como principal motivo da consulta lesões ou transtornos neuromotores, ansiedade e isolamento, comprometimento da linguagem e vítimas de abandono e maus-tratos (DELFINI et al., 2009).

Pesquisas epidemiológicas na área da saúde mental infanto-juvenil apontam que uma entre quatro a cinco crianças e adolescentes no mundo sofre com algum tipo transtorno mental. No Brasil, 10 a 20 % de crianças apresentam algum transtorno mental e, dessas, 3 a 4 % necessitam de tratamento intensivo (NASCIMENTO et al., 2014).

Estudos vêm acarretando preocupações em profissionais e gestores acerca das carências que envolvem o cuidado à população infanto-juvenil, em relação à formulação de políticas públicas consistentes e estudos sistematizados com finalidade de embasar novas ações e estratégias de cuidado.

Sobre o perfil dos pacientes com transtornos mentais em relação ao grau de escolaridade, 94% afirmam frequentar escola regular, independente de seus diagnósticos. A maior parte dos pacientes possui o Ensino Médio Incompleto (67%), acompanhado por 27% que tem o Ensino Fundamental estudantes do 1º ao 5º ano.

Os pacientes possuem suas atividades escolares em classes regulares mesmo apresentando dificuldades e conflitos decorrentes do sofrimento psíquico. Acredita-se que a adolescência é uma fase marcada por constantes transformações psíquicas e de conflitos internos, inclusive no âmbito escolar. A impetuosidade e o histórico de sofrimento, o âmbito no qual ocorre, a atmosfera de vida desses jovens, suas características individuais são fatores que conformam o prejuízo sobre sua saúde mental.

Em relação ao grau de parentesco (Figura 2), 76% dos pacientes convivem com os pais desses 41% afirmaram serem separados, 20% moram com os avôs e 4% incluem os tios e primos.

Os genitores são os principais responsáveis pelas crianças e adolescentes atendidos no CAPSi Crescer. O ambiente familiar possui vínculos fortes entre estas crianças e adolescente, no decorrer do desenvolvimento da pesquisa foi possível notar diversos conflitos intrafamiliares e muito dos sintomas que os participantes apresentavam podem estar relacionados a uma dinâmica familiar conturbada, inclusive com episódios de violência.

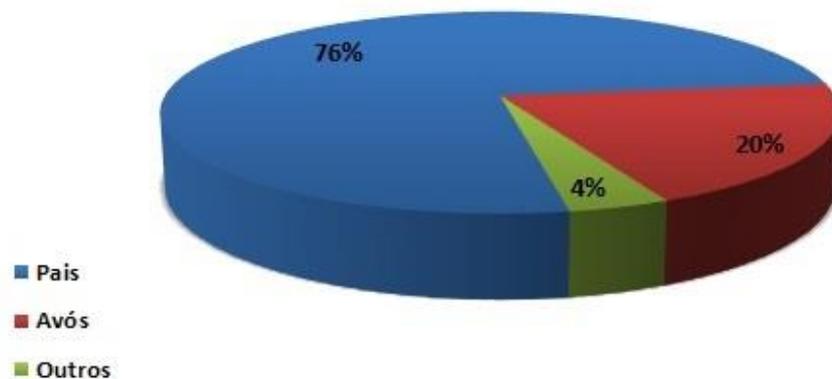


Figura 2 – Grau de parentesco dos responsáveis dos pacientes do CAPSi Crescer de Anápolis.

Fonte: Autora 2019.

A presença da violência comunitária e familiar está associada à ocorrência de diversos transtornos, como depressão, transtorno de conduta, TDAH, transtorno por uso de substâncias psicoativas e transtorno do estresse pós-traumático. Para Flores e Carminha (1994), essas condutas podem ser crucialmente prejudiciais ao desenvolvimento psíquico, ocasionando sentimentos negativos e comportamentos agressivos, causando transtornos ansiosos, de conduta e afetivos.

Um estudo realizado por Malik (2008), com 117 crianças analisou a relação entre exposição à violência doméstica e a violência comunitária. As análises dos estudos demonstraram que a exposição mediante a violência doméstica está relacionada com os sintomas de externalização, (agressividade, impulsividade e comportamento desafiador), e a violência comunitária com os sintomas de internalização (ansiedade, depressão, retraimento). Essa inspeção demonstrou que os diferentes tipos de violência ameaçam o senso de segurança da criança, sendo prejudicial ao seu crescimento e desenvolvimento.

Em relação aos adolescentes que possuem problemas em saúde mental, os fatores de riscos são relacionados com violência intrafamiliar e urbana. A probabilidade dos jovens expostos a essa situação em ter problemas de internalização e externalização são duas vezes maiores, a indícios da evolução dos quadros clínicos na adolescência e na vida adulta (BAPTISTA et al., 2001).

A configuração familiar foi o fator ambiental associado à ocorrência de transtornos segundo Thiengo et al (2014), relatou em três pesquisas que viver em um ambiente com pais separados se mostrou como fator de risco para qualquer transtorno mental.

De acordo com o estudo de Roberts et al., (2007), viver com ambos os pais é um fator positivo contra a ocorrência de qualquer transtorno mental. Segundo revisão proposta por Souza et al., (2011) problemas nas relações familiares vêm sendo pesquisados como fatores dificultadores no tratamento dos transtornos mentais e agravamento desses em crianças e adolescentes.

Em relação à renda aproximada das famílias (Figura 3), 68% recebe até três salários mínimos, 27% até um salário mínimo e 5% recebe até 6 salários mínimos.

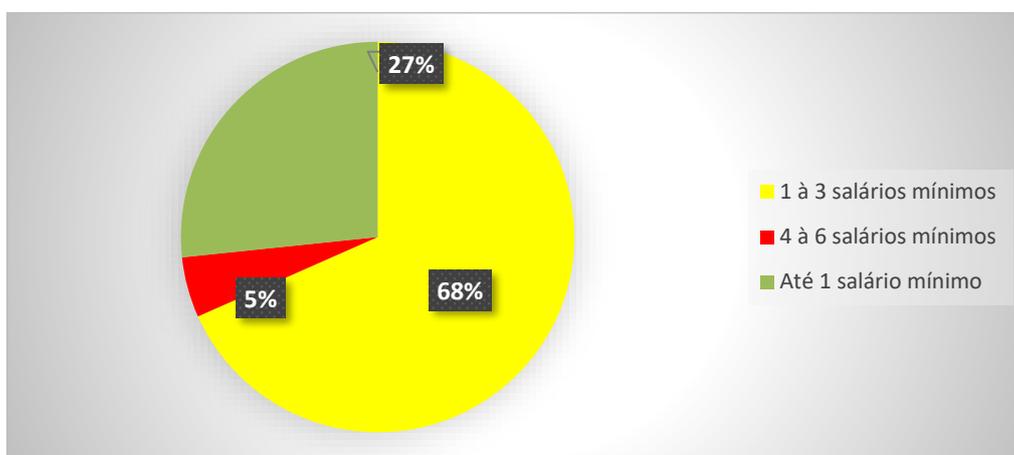


Figura 3 – Renda familiar dos responsáveis pelos pacientes do CAPSi Crescer de Anápolis.

Fonte: Autora 2019.

De acordo com a análise dos dados citados, pode-se verificar que à maioria das famílias que buscam o serviço, apresentam baixa renda e condições de vulnerabilidade. Pesquisas apontam que a situação socioeconômica também tem contribuído para a desestruturação das famílias (GOMES et al., 2004).

Para Galvão et al. (2007), a vulnerabilidade ambiental e social é o principal risco de atraso do desenvolvimento das crianças, onde a contribuição da família e do ambiente em que ela se incorpora é tida como de fundamental relevância para o seu desenvolvimento biopsicossocial

Tem sido questionado na literatura como fator de risco para a saúde mental viver em um ambiente psicologicamente desfavorável. Alguns indivíduos não conseguem desenvolver habilidades para um bom desenvolvimento psicoemocional (CUNHA et al., 2017).

4.3. RELIGIÃO, RELIGIOSIDADE, ESPIRITUALIDADE E SAÚDE/DOENÇA MENTAL DOS PACIENTES ENTREVISTADOS NO CAPSI CRESCER

Dentre os pacientes entrevistados 61% afirmaram a participação em algum movimento religioso, destes 23% são católicos, 34% evangélicos, 1% candomblé e 3% espíritas (Figura 4). De acordo com os responsáveis pelas crianças e adolescentes o envolvimento religioso tem progredido para melhores resultados na manutenção da saúde mental, mediante as dificuldades impostas pelas limitações do dia a dia.

A religião, religiosidade, espiritualidade e saúde/doença mental é um fator que tem sido questionado nas ciências sociais, comportamentais e de saúde. Esses termos foram avaliados de acordo com os seguintes conceitos:

Religião: “É um sistema comum de crenças e práticas relativas a seres sobre humanos dentro de universos históricos e culturais específicos”; Religiosidade: “É o grau em que um indivíduo acredita, segue, e/ou pratica uma religião” (BEHERE et al., 2013) Espiritualidade: Inclui a busca do autoconhecimento para transcender, implica fé e devoção (GARCIA et al., 2013):

Saúde mental: O bem-estar subjetivo, a auto eficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência Inter geracional e a auto realização do potencial intelectual e emocional da pessoa [...] é algo mais do que a ausência de transtornos mentais. (OMS, 2018)

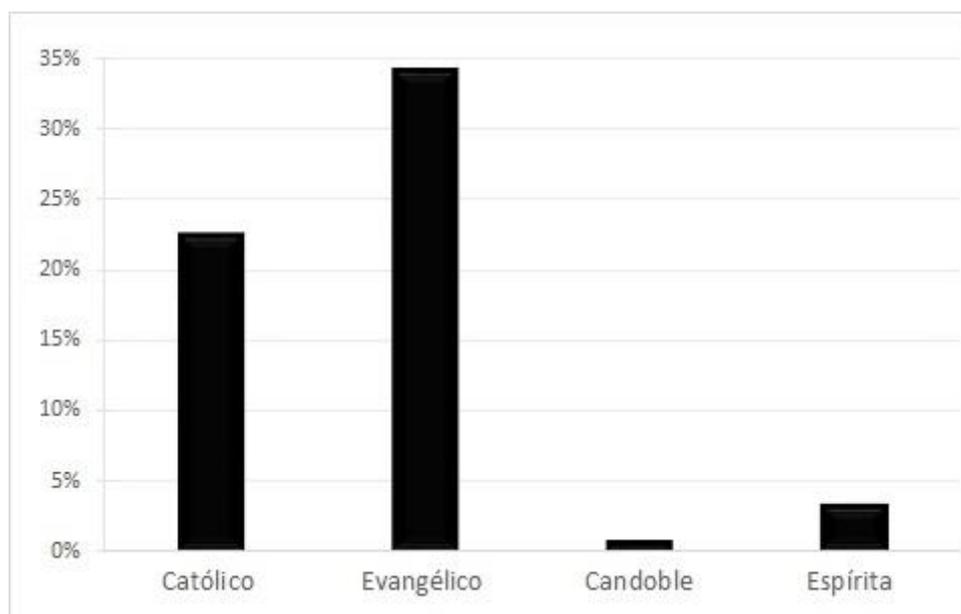


Figura 4 – Vivência religiosa/espiritualidade dos pacientes do CAPSi Crescer de Anápolis.

Fonte: Autora 2019.

Um estudo realizado na Suíça com pacientes que sofrem com algum tipo de transtorno mental foi observado que os indivíduos puderam autorregular seus sintomas, concluíram que a religião é compreendida como uma forma de enfrentar o adoecimento (PARGAMENT et al., 2013).

Diversos estudos realizados na cultura norte-americana indicaram que, de modo geral, pacientes com vivência religiosa usavam menos medicamentos tinham melhor qualidade de vida em relação aos que não possuíam um sistema de crenças (PARGAMENT et al., 2013).

A religião contribui para a saúde mental do indivíduo quando ela se apresenta como um recurso de reinserção social engloba a compreensão das ações e sentimentos diante das diversidades. O bem-estar espiritual pode ser considerado um fator de proteção para transtornos psiquiátricos menores e graves (KING et al., 2013).

4.4. PERFIL DO ATENDIMENTO

Referindo aos atendimentos à infância e adolescência é importante que o CAPSi e os outros serviços trabalhem de forma assimilada para garantir melhor resolutividade que envolvam o sofrimento psíquico. Esses serviços englobam três setores que podem contribuir para o encaminhamento dos pacientes ao CAPSi. São eles: educação, assistência social e justiça/direitos.

I. Saúde Geral: Atenção Básica/Primária, constituído pelo Programa de Saúde da Família (PSF), conhecido também com Unidade Básica de Saúde da família (UBSF).

II. Educação: Estabelecimentos públicos da educação básica e Instituições filantrópicas

III. Justiça/Defesa de direitos: Conselhos Tutelares (CT), estabelecidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 1990, e encarregados de zelar pelo cumprimento dos direitos da população infantil e juvenil.

De acordo com os dados obtidos nos meses de setembro/2018 a janeiro/2019, à origem do acesso/demanda dos pacientes à Unidade obtiveram-se as seguintes porcentagens (Figura 5), 38% tiveram acesso por meio do Conselho Tutelar e Escolas, 33% através da Unidade Básica de Saúde e 29% por demanda espontânea. Um estudo materializado no Paraná neste mesmo serviço mostrou ainda que 60% dos encaminhamentos envolvem queixas escolares, independente da origem do encaminhamento ser ou não da escola.

Os resultados confirmam a associação do encaminhamento, sendo o Conselho tutelar e as escolas os serviços que mais encaminharam ao CAPSi. Delfini et al. (2009), em suas

pesquisas relatam sobre os principais motivos de encaminhamentos escolares e via Conselho tutelar. Sobre os encaminhamentos escolares as principais queixas são: dificuldade ou atraso de aprendizagem, agressividade, má conduta, agitação, hiperatividade, falta de rendimento e de produtividade, já por encaminhamento via Conselho Tutelar, é necessária uma investigação mais aprofundada, pelo fato que algumas crianças e adolescentes são encaminhados, obrigadas pela lei, tendo como principais queixas questões relacionadas à falta de limites e problemas de comportamento.



Figura 5 – Origem do acesso/demanda dos pacientes entrevistados no CAPSi Crescer de Anápolis.

Fonte: Autora 2019.

Segundo Cunha et al. (2017), as principais queixas que fizeram com que os responsáveis pelas crianças ou adolescentes os levassem ao CAPSi de Santa Catarina foram, dificuldades no processo/ ensino aprendizagem teve a maior preponderância na categoria motivo de encaminhamento, em contrapartida o comportamento suicida, a menor.

Referente ao motivo do encaminhamento nota-se que a equipe do CAPSi Crescer de Anápolis possui reuniões frequentes com as Unidades Básicas de Saúde, orientando sobre o serviço prestado, como prevê o modelo de assistência do SUS, pois a atenção em saúde mental deve ser feita dentro de uma rede de cuidados, tem como papel importante na reestruturação e reorganização dos serviços de saúde. De acordo com o Ministério da Saúde (2013), as queixas psiquiátricas são a segunda causa de procura por atendimento na atenção básica pela população, sendo as queixas mais comuns à depressão, a ansiedade, fobias e alcoolismo (BRASIL, 2013).

A proposta do Ministério da Saúde é a integração entre as equipes, para analisar e resolver os problemas e as necessidades de saúde mental e adotar iniciativas em

conjunto; realizar apoio matricial às equipes da atenção básica; e desenvolver atividades de educação permanente sobre saúde mental em parceria com os profissionais da atenção básica (BRASIL, 2004).

5. PERFIL NOSOLÓGICO

Em relação aos diagnósticos dos transtornos mentais dos pacientes avaliados, conforme Classificação Internacional das doenças (CID-10) obteve-se os seguintes resultados: autismo (F84) com 1%, depressão (F32) com 18%, transtorno hiperkinético (F90) com 50%, transtorno bipolar (F31) com 15% e transtornos de ansiedade (F932) com 14% (Figura 6). Vale ressaltar que 2% dos pacientes que não possuem diagnóstico devido os mesmos estarem no início do tratamento na fase de avaliação.

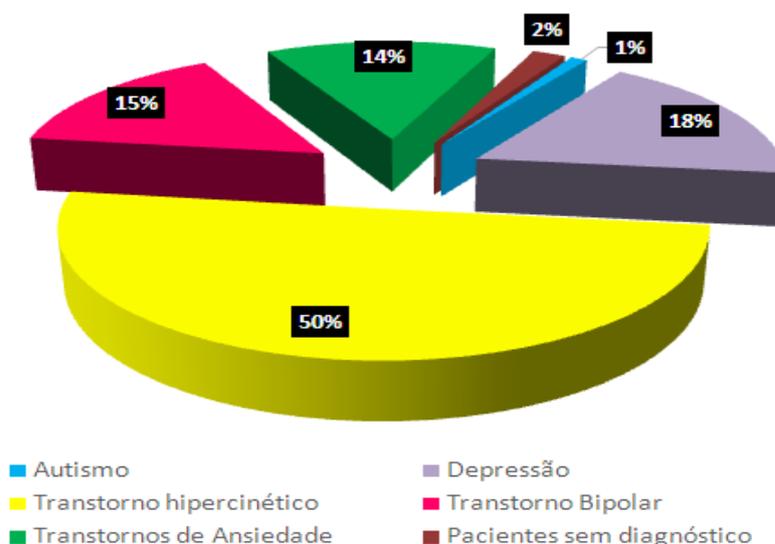


Figura 6 – Diagnósticos dos transtornos mentais encontrados nos pacientes entrevistados no CAPSi Crescer de Anápolis.

Fonte: Autora 2019.

Dentre os pacientes avaliados no CAPSi Crescer, o Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) é o mais frequente (50%). Em 1980, surgiu pela primeira vez no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) III o nome Transtorno de déficit de atenção (TDA), que dividia a doença em dois tipos: TDA com hiperatividade e TDA sem hiperatividade, portanto, na quarta edição o DSM IV, o nome passou a ser TDAH (LARROCA et al.,2012).

Segundo Brzozowski et al. (2009), o TDAH é considerado o diagnóstico psiquiátrico mais comum na infância, caracterizado por desatenção, hiperatividade e impulsividade.

O diagnóstico para o TDAH baseia em critérios clínicos, os testes neuropsicológicos servem como auxílio, mas não são testes específicos. Estes critérios clínicos são estabelecidos pelas classificações nosológicas internacionais como o DSM, que contam na revisão da quarta edição do DSM (DSM-IV-TR, 2002) (Quadro 3) e a Classificação Internacional de Doença (CID).

Quadro 3 – Critérios diagnósticos, segundo o DSM-IV-TR, para o TDAH.
A. Ou (1) ou (2)
(1) Seis (ou mais) dos seguintes sintomas de desatenção persistiram por pelo menos seis meses, em grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento: Desatenção: (a) frequentemente deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares, de trabalho ou outras; (b) com frequência tem dificuldades para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas; (c) com frequência parece não escutar quando lhe dirigem a palavra; (d) com frequência não segue instruções e não termina seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais (não devido a comportamento de oposição ou incapacidade de compreender instruções); (e) com frequência tem dificuldade para organizar tarefas e atividades; (f) com frequência evita, antipatiza ou reluta a envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa); (g) com frequência perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (por ex., brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros ou outros materiais); (h) é facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa; (i) com frequência apresenta esquecimento em atividades diárias.
(2) seis (ou mais) dos seguintes sintomas de hiperatividade persistiram por pelo menos 6 meses, em grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento: Hiperatividade: (a) frequentemente agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira; (b) frequentemente abandona sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado; (c) frequentemente corre ou escala em demasia, em situações nas quais isto é inapropriado (em adolescentes e adultos, pode estar limitado a sensações subjetivas de inquietação); (d) com frequência tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer; (e) está frequentemente “a mil” ou muitas vezes age como se estivesse “a todo vapor”; (f) frequentemente fala em demasia. Impulsividade: (g) frequentemente dá respostas precipitadas antes de as perguntas terem sido completadas; (h) com frequência tem dificuldade para aguardar sua vez; (i) frequentemente interrompe ou se mete em assuntos de outros (por ex., intromete-se em conversas ou brincadeiras).
B. Alguns sintomas de hiperatividade-impulsividade ou desatenção que causaram prejuízo estavam presentes antes dos 7 anos de idade.

C. Algum prejuízo causado pelos sintomas está presente em dois ou mais contextos (por ex., na escola [ou trabalho] e em casa
D. Deve haver claras evidências de prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.
E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de um transtorno invasivo do desenvolvimento, esquizofrenia ou outro transtorno psicótico e não são melhor explicados por outro transtorno mental (por ex., transtorno do humor, transtorno de ansiedade, transtorno dissociativo ou um transtorno da personalidade

Fonte: Critérios diagnósticos para TDAH segundo o DSM-IV (APA, 1994).

De acordo com OMS (2007), o TDAH apresenta sintomas similares considerados desvios da infância durante os cinco primeiros anos de vida. Os sintomas comuns são: a falta de persistência em atividades que exigem envolvimento cognitivo, e uma tendência para se deslocar de uma atividade para outra sem concluir nenhuma, associadas a uma atividade global desorganizada, incoordenada e excessiva. As crianças hipercinéticas são frequentemente imprudentes e impulsivas, sujeitas a acidentes, e incorrem em problemas disciplinares mais por violação não premeditada de regras do que por desafio deliberado.

Por se tratar de criança e adolescentes, os responsáveis entrevistados ressaltaram que apresentaram dificuldades em observar os sintomas no comportamento da criança e principalmente do adolescente. Dos 120 participantes entrevistados, 83% das alterações foram notadas pelos próprios responsáveis, 8 % com a ajuda médica, 7% pelo próprio paciente (neste caso o adolescente) e 2% enquadra os familiares e professores (Figura 7).

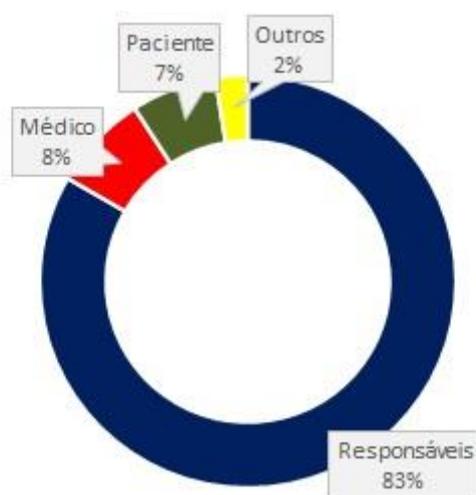


Figura 7 – Identificação dos sintomas infantilo-juvenil do CAPSi Crescer de Anápolis.

Fonte: Autora 2019.

Os responsáveis procuraram atendimento médico devido à criança e o adolescente apresentarem os seguintes sintomas: ansiedade (22%), dificuldade de atenção e concentração (20%), mudanças rápidas de humor (18%), irritabilidade (13%), tristeza

(12%), agressividade (12%), alucinações e delírios (2%), e outros (que incluem: isolamento, automutilação, dificuldades em aceitar os outros, tardio ao falar e andar) (3%).

6. PERFIL DO MEDICAMENTO

Quanto ao uso de medicamentos, 85% dos pacientes entrevistados utilizam associações de três ou mais diferentes medicamentos. Deste total observou-se que o medicamento mais utilizado foi o Cloridrato de metilfenidato (31%) (Figura 8).

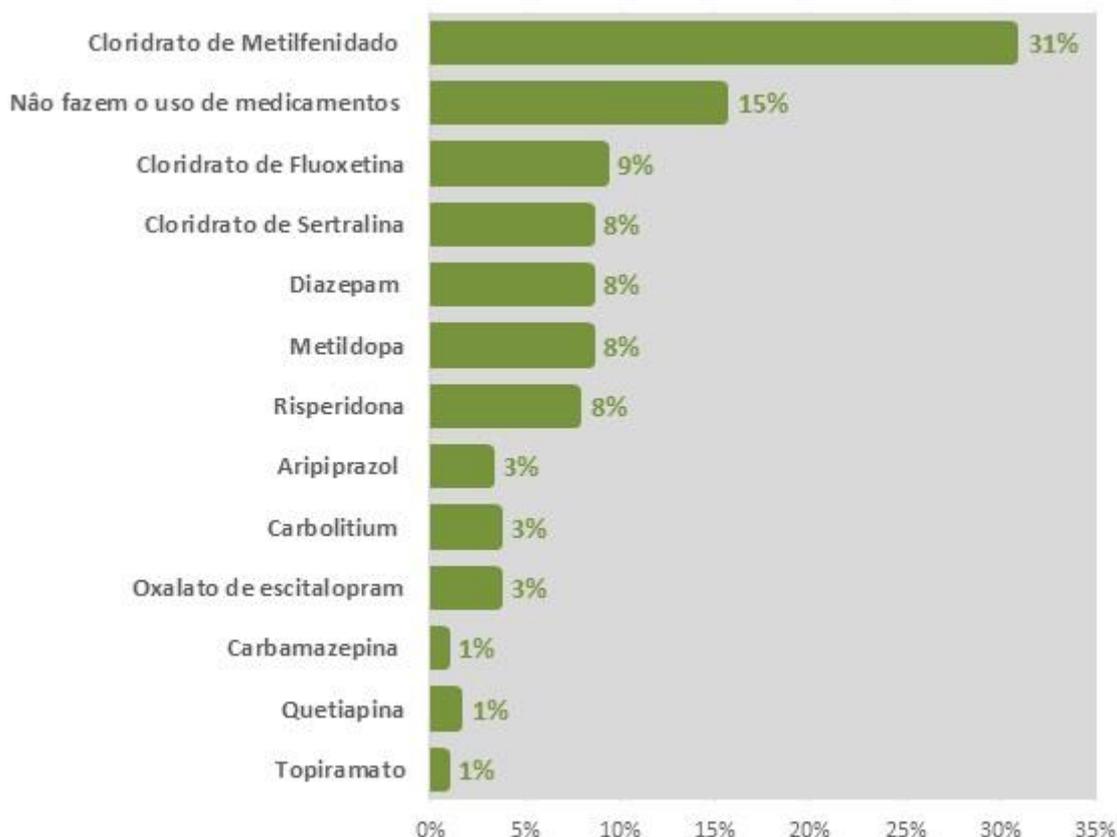


Figura 8 – Medicamentos utilizados pelos pacientes entrevistados no CAPSi Crescer de Anápolis.

Fonte: Autora 2019.

Para alguns transtornos mentais o uso de medicamentos é o método preferencial no tratamento, como no caso do transtorno bipolar, em depressões graves ou no controle de ataques de pânico, já em outras situações, assim como em casos de fobias específicas, transtornos de personalidades, problemas situacionais as psicoterapias podem ser a primeira opção. Em muitos casos, é ideal a combinação de ambos os métodos (RANG, 2004).

Para Mari et al. (2005), o tratamento com combinações medicamentosas é utilizado para atingir a melhor resposta no tratamento dos transtornos mentais. As razões incluem falta de resposta, resposta parcial, demora no início da resposta e intolerância aos efeitos adversos.

Dentre as classes de medicamentos citados temos: antipsicóticos, antiepilépticos e/ou anticonvulsivantes, antidepressivos, benzodiazepínicos e psicoestimulantes. Essas diferentes classes de psicofármacos são seletivas possui a capacidade de modificar os sintomas das doenças mentais, porém, a indicação desses medicamentos exige conhecimento do diagnóstico diferencial das condições psiquiátricas.

6.1. CLASSES DE MEDICAMENTOS

6.1.1. PSICOESTIMULANTES

No CAPSi Crescer o psicoestimulante mais utilizados nos pacientes avaliados é o metilfenidato (31%). As medicações estimulantes como o metilfenidato (MFD), um derivado anfetamínico, constituem-se nos agentes farmacológicos mais utilizados nos TDAH em crianças e adolescentes. O MFD é um estimulante do Sistema Nervoso Central (SNC), aumenta atenção e reduz a impulsividade e hiperatividade, embora a terapia medicamentosa amenize os sintomas do TDAH, causam efeitos colaterais desastrosos (VENANCIO et al., 2013).

Os efeitos colaterais em curto prazo podem provocar insônia, redução do apetite, irritabilidade, ansiedade, cefaléia e dor abdominal, já com menor frequência, pode ocasionar algumas alterações de humor, tiques, pesadelos, isolamento social e raramente psicose e em longo prazo, redução da estatura, dependência química e psicológica e efeitos cardiovasculares. As reações mais comuns são nervosismo, transtorno para dormir e perda de apetite (VENANCIO et al., 2013). Segundo Wigal et al. (2004), cerca de 70% das crianças e adolescentes toleram e respondem adequadamente ao metilfenidato.

As propriedades farmacológicas são bem definidas, porém, o mecanismo de ação não é completamente elucidado. Estudos apontam que o MDF atua inibindo o transporte da dopamina e da noradrenalina nos neurônios pré-sináptico (Damiani et al., 2010).

O Metilfenidato (MDF, metil 2-fenil-2- (2- piperidil) acetato – nomenclatura IUPAC) (figura 9), é uma substância quiral cuja a farmacologia específica está situada no enantiômero D. No cérebro humano, o enantiômero D se liga aos transportadores de dopamina, já o enantiômero L não apresenta capacidade de ligação (VOLKNOW et al., 2005)

O Cloridrato de metilfenidato, substância ativa do medicamento mundialmente comercializado e conhecido como Ritalina®, Ritalina LA® e Concerta LA®. Para crianças

hipercinéticas, a dose inicial recomendada é 0,25mg/kg; pode alcançar a dose de 2mg/kg dependendo do quadro clínico (Damiani et al., 2010).

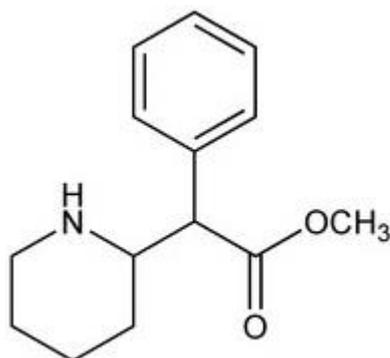


Figura 9 – Estrutura química do Metilfenidato.

Fonte: <https://chemicalize.com/#/structure-search>

De acordo com Rang et al (2007), são recomendadas doses menores para crianças, afim de evitar euforia e outros efeitos colaterais. Pesquisas apontam que o MDF deve ser indicado para crianças com TDAH acima de 6 anos, sendo as terapias comportamentais de primeira escolha.

6.1.2. ANTIDEPRESSIVOS

No CAPSi Crescer os antidepressivos mais utilizados nos pacientes avaliados são: Cloridrato de Fluoxetina (9%), seguido Cloridrato de Sertralina (8%), Carbolitium (3%) e Oxalato de Escitalopram (3%).

Matos et al. (2005), salientou que os antidepressivos produzem em média, uma melhora de 60% a 70% dos sintomas depressivos no prazo de um mês.

O Cloridrato de fluoxetina (N-methyl-3-phenyl-3-[4-(trifluoromethyl) phenoxy]propan-1-amine,) – nomenclatura IUPAC) (Figura 10), é utilizado para o tratamento dos distúrbios psíquicos, como transtornos de ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo e esquizofrenia. Em todos os graus de depressão a fluoxetina é efetiva e confiável em relação aos outros medicamentos antidepressivos (ROCHA et al., 2004).

No ano de 1986, foi o primeiro antidepressivo do grupo Inibidor Seletivos de Recaptação da Serotonina (ISRS) a ser desenvolvido, é comercialmente conhecido como Prozac® (Cloridrato de fluoxetina). O Cloridrato de Fluoxetina é composto por uma mistura racêmica de dois enantiômeros ((S)-fluoxetina e a (R)- fluoxetina), ambos possuem atividades biológicas semelhantes, porém, o enantiômero S é apenas 1,5 vezes mais potente na inibição da recaptação da serotonina, em relação ao enantiômero R. Os ISRS

inibem de modo potente e seletivo a recaptação de serotonina (5-HT) no terminal neuronal pré-sináptico (BRASIL, 2000).

As doses iniciais de Cloridrato de Fluoxetina para crianças é de 5 a 10 mg, para melhor dosagem utiliza-se a forma líquida. Para evitar insônia, a dose terapêutica tende a ser entre 10 e 20 mg, administrada pela manhã, nos adolescentes, inicia-se com uma dose matinal de 10 mg, aumentado para 20 mg entre 1 a 2 semanas. Os principais efeitos colaterais referentes ao fármaco incluem: ansiedade, diarreia, sonolência, perda de peso, dor de cabeça, hiperidrose (excesso de suor), insônia, náusea e agitação (ROCHA et al., 2004).

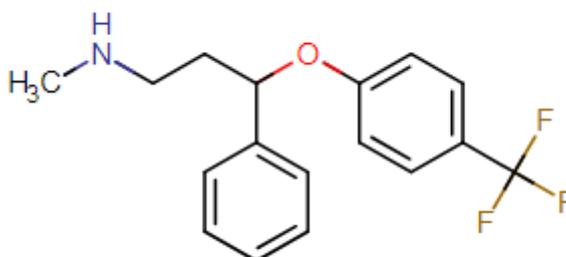


Figura 10 – Estrutura química da Fluoxetina.

Fonte: <https://chemicalize.com/#/structure-search>

6.1.3. BENZODIAZEPÍNICOS

No CAPSi Crescer 8% dos pacientes avaliados fazem o uso do diazepam (7-cloro-1,3-di-hidroxi-1-metil-5-fenil-1,4-benzodiazepin-2-(2H)-ona-nomenclatura-IUPAC) (Figura 11).

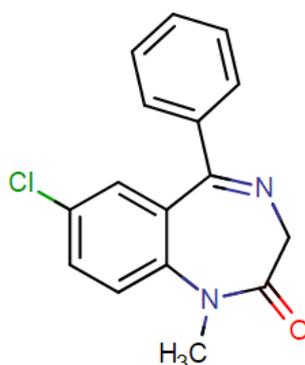


Figura 11 – Estrutura química do Diazepam.

Fonte: <https://chemicalize.com/#/structure-search>

Segundo Correia *et al.* (2014), os benzodiazepínicos estão incluídos entre os medicamentos mais prescritos para tratar transtorno da ansiedade como o transtorno do pânico, são utilizados também para epilepsia, insônia, como adjuvante no tratamento da esquizofrenia.

Lançado no início da década de 60, o diazepam, é um depressor do SNC, de ação ansiolítica, hipnótica, sedativa, amnésica, anticonvulsivante e relaxante muscular. Está indicado para o alívio sintomático da ansiedade, tensão e outras queixa somáticas ou psicológicas associadas com a síndrome da ansiedade, é utilizado também no tratamento referente às desordens psiquiátricas. A prescrição de diazepam no Brasil corresponde a 50% de psicofármacos (BARBOSA, et.al 2012).

6.1.4. ANTIPSICÓTICOS

Os antipsicóticos são substâncias que reduzem delírios e alucinações. A risperidona 8%, aritab 3% e a quetiapina 1% foram os principais antipsicóticos mencionados durante a pesquisa (Lian et al., 2015).

A risperidona (4-[2-[4-(6-fluorobenzo[d]isoxazol-3-il)-1-piperidil]etil]-3-metil-2,6-diazabicyclo[4.4.0]deca-1,3-dien-5-ona – nomenclatura IUPAC) (figura 12), é a substância ativa do medicamento comercializado pela da Janssen-Cilag Farmacêutica Ltda conhecido como Risperdal®, é indicada para o tratamento de curto prazo para a mania aguda ou episódios mistos associados com transtorno bipolar I (BRASIL, 2014).

Segundo o Ministério da Saúde (2014), a risperidona é um antagonista seletivo das monoaminas cerebrais, com propriedades únicas. Possui alta afinidade pelos receptores serotoninérgicos 5HT₂ e dopaminérgicos D₂. É comumente prescrita em pacientes pediátricos, está associado com maior ganho de peso em crianças e adolescentes (Lian et al., 2015).

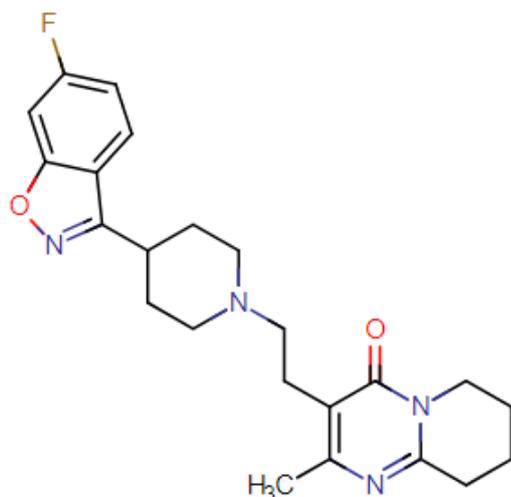


Figura 12 – Estrutura química da Risperidona.

Fonte: <https://chemicalize.com/#/structure-search>

6.1.5. ANTIEPILÉPTICOS OU ANTICONVULSIVANTES

Os antiepiléticos mencionados entre os pacientes que participaram da pesquisa foram: carbamazepina (1%) e o topiramato (1%).

A carbamazepina (benzo [b] [1] benzazepina-11-carboxamida – nomenclatura IUPAC) (Figura 13) é o principal medicamento utilizado no tratamento de convulsões, esquizofrenia e transtorno bipolar. O fármaco associado a outros compostos tem papel de estabilizador de humor e em casos de epilepsia é uma droga de primeira escolha (SOUZA et al., 2018).



Figura 13 – Estrutura química da Carbamazepina

Fonte: <https://chemicalize.com/#/structure-search>

Em crianças a dose usual é de 200 a 600 mg/dia (20-60 mg/kg/dia), podendo-se aumentar, monitorando o nível sérico, que deve variar entre 8 e 12 mg/l. Atua bloqueando os canais de sódio nos níveis pré e pós-sinápticos e não possui efeitos adversos graves (MARANHÃO et al., 2011).

A Portaria MS/ SVS nº 344/ 98 preconiza que as substâncias controladas ou sujeitas a controle especial são, em sua maioria, substâncias com ação no SNC, capazes de causar dependência física ou psíquica, motivo pelo qual necessitam de um controle mais rígido do que o controle existente para as substâncias comuns.

O tratamento farmacológico pode ser um componente efetivo no tratamento de vários transtornos psiquiátricos, mas não o único. O CAPSi Crescer conta com a equipe dos grupos terapêuticos e/ou atividades terapêuticas diversificadas são algumas das principais formas de tratamento. Na Figura 14 encontram-se as principais atividades terapêuticas desenvolvidas pelos pacientes, vale ressaltar, que todos os pacientes entrevistados (100%) participam de um projeto terapêutico individual, desenvolvidos pelos psicólogos da unidade.

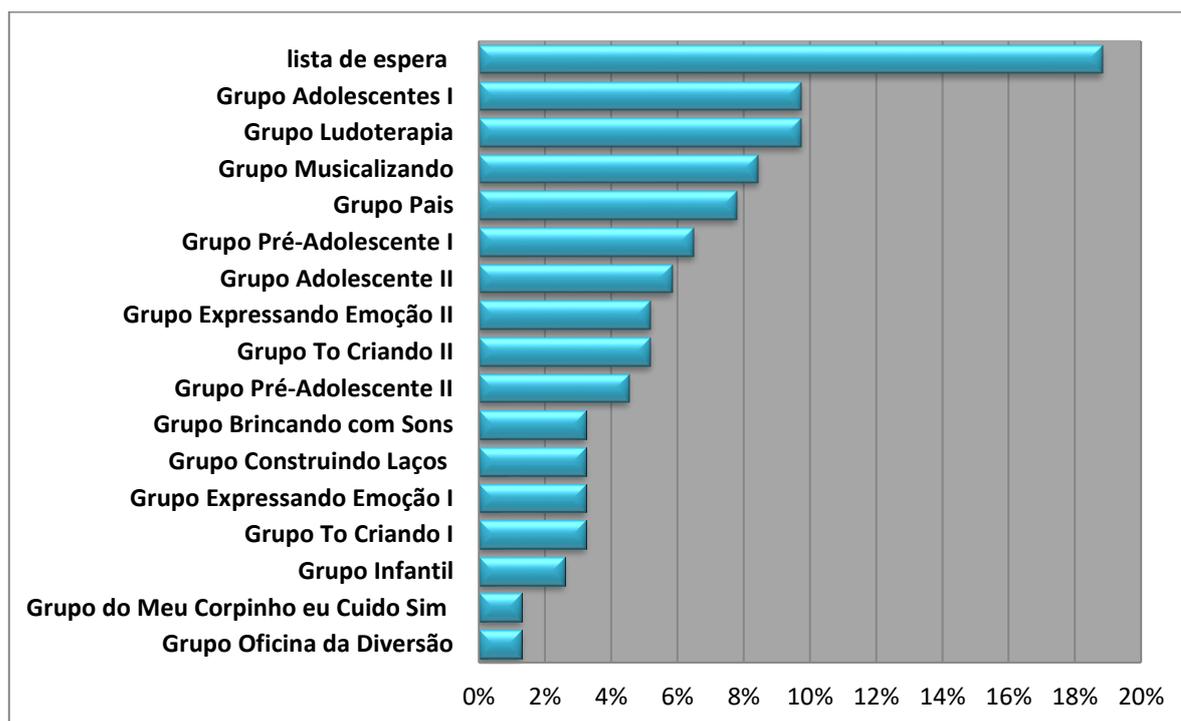


Figura 14 – Principais atividades terapêuticas realizadas pelos pacientes entrevistados no CAPSi Crescer de Anápolis.

Fonte: Autora 2019.

O Grupo adolescentes I e o Grupo ludoterapia foram os que apresentaram maior quantidade de participantes, ambos com 10% de frequência. A unidade conta com uma lista de espera de 19% ao comparada com os pacientes cadastrados.

Cabe aos psicólogos desenvolver estratégias para a adaptação do paciente, viabilizando a “reintegração” e a “ressocialização” por meio do cuidado contínuo, adequando a um modelo assistencial que responda de fato as demandas dos usuários (Brasil, 2004).

Segundo a *American Academy of Child And Adolescent Psychiatry* (2008), a psicoterapia é um processo complexo que ao longo do tempo pode reduzir os sintomas, oferecendo melhoria na qualidade de vida infanto-juvenil, em alguns casos a combinação da psicoterapia com a medicação pode ser mais eficaz.

No anexo VII encontra-se a descrição desses grupos¹ terapêuticos e/ou atividades terapêuticas. Os pacientes são incluídos nos grupos terapêuticos de acordo com o seu perfil, sendo realizadas semanalmente por uma equipe multiprofissional (psicólogas, fonoaudióloga, terapeutas ocupacionais, educadora física e músico terapeuta), possui como principal objetivo a reinserção social da criança e do adolescente.

O CAPSi Crescer conta também com a reinserção de Grupos Abertos/Sala de Espera (Quadro 4), essas atividades são realizadas com os familiares que se encontram na unidade no primeiro de atendimento, com o objetivo de promover a integração social e familiar.

Segundo Barros (2009), o atendimento em grupos é um método para promover uma nova assistência em saúde mental, ou seja, alternativa para o modelo tradicional de tratamento psiquiátrico. Essa estratégia visa, perante outras finalidades, à troca de experiências e à formação de vínculos, aspectos fundamentais para a ressocialização e a reabilitação social.

Os profissionais salientam que as construções dos grupos, no formato de aberto ou fechado são fundamentais, devido ao fato de proporcionar aos pacientes diversos objetivos, tais como: desenvolver habilidades, melhorar a autoestima, promover autonomia, exercer a cidadania, o autoconhecimento, a reinserção social, o lazer, a educação em saúde, discutir questões relacionadas à medicação e à integração dos familiares ao tratamento (MARTINHAGO et al., 2012).

Nesse modelo de atendimento, o fato de atender maior número de pessoas ao mesmo tempo é considerado um aspecto importante sob o ponto de vista da viabilidade no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS).

¹ No CAPSi Crescer o termo “grupo” é empregado com um enfoque relacionado ao tratamento do paciente, conforme seu diagnóstico.

Quadro 4 – Descrição dos Grupos Abertos/Sala de Espera do CAPSi Crescer de Anápolis.				
GRUPO:	PERFIL:	OBJETIVO:	DIA DA SEMANA:	HORÁRIO :
Boas Vindas	Pacientes e familiares presentes na unidade no dia do atendimento pela primeira vez.	Desejar boas-vindas aos pacientes do CAPSi Crescer; Receber os pacientes e familiares presentes para o atendimento; Orientar sobre as normas e rotinas do serviço; Relatar sobre o funcionamento da RAPS; Tirar dúvidas dos pacientes do grupo em relação ao serviço.	Terça-feira Quarta-feira Sexta-feira	08h00min 13h30min 07h30min
Bom dia	Pacientes e familiares presentes na unidade no dia do atendimento	Desejar boas-vindas ao CAPSi Crescer; Receber os pacientes e familiares presentes para o atendimento; Compartilhar com o grupo as vivências do final de semana; Trabalhar a auto-estima e positividade; Orientar sobre os hábitos de vida saudáveis.	Segunda-feira	07h30min
Viver e Aprender: Promoção e Prevenção à Saúde	Pacientes e familiares presentes na unidade no dia de atendimento.	Orientar e conscientizar sobre as condições clínicas; Incentivar a adesão ao tratamento; Esclarecer e co-responsabilizar os pacientes e familiares quanto ao tratamento farmacológicos; Informar sobre a prevenção de doenças e auto cuidado; Conduzir a troca de experiências e vivências.	Segunda-feira	14h00min
Brincando na espera	Crianças e adolescentes que aguardam atendimento ou encaminhados ao grupo.	Realizar oficinas e brincadeiras; Promover a interação entre as crianças e adolescentes; Estimular as habilidades motoras, relação interpessoal, convivência em grupo, expressão corporal; Trabalhar a auto-estima e positividade; Orientar sobre os hábitos de vida saudáveis e cuidados pessoais.	Segunda-feira	08h00min
Toque das mãos e da alma	Pacientes e seus responsáveis presentes na unidade	Produção de tapetes, pinturas e decorações e MDF, decopagem (sandálias e sabonetes e outros) e aromatizadores.	Sexta-feira	14h00min
Movimentação	Pacientes e familiares presentes na unidade no dia de atendimento.	Promover a interação entre pacientes e familiares que aguardam atendimento; Desenvolver atividades corporais que permitam explorar o autoconhecimento, conhecendo e respeitando os seus limites e dos outros.	Segunda-feira	09h00min

Fonte: Autora 2019.

7. FORMAS DE AQUISIÇÕES DOS PSICOFÁRMACOS PRESCRITOS NO CAPSi CRESCER

Dentre os pacientes entrevistados que fazem o uso de psicofármacos, 59% adquirem os medicamentos por recurso próprio, 40% na própria unidade (figura 15). O CAPSi Crescer possui sua própria farmácia, contida na própria unidade, e possui dois farmacêuticos, que são responsáveis pela orientação, dispensação e serviços administrativos da farmácia.

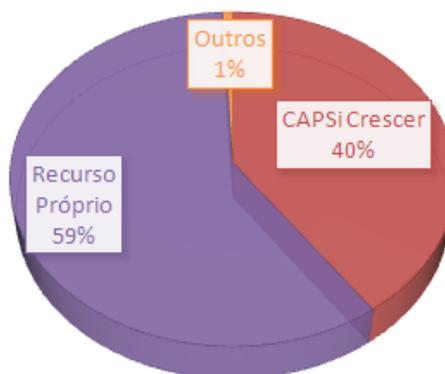


Figura 15 – Forma de aquisição dos medicamentos pelos pacientes entrevistados no CAPSi Crescer de Anápolis.

Fonte: Autora 2019.

Os responsáveis pelas crianças e adolescentes dirigem-se a farmácia após a consulta e prescrição do medicamento. A falta de psicofármacos pode estar relacionada ao desabastecimento ou abastecimento insuficiente da farmácia, este pode ser um fator contribuinte com a porcentagem de pacientes que adquirem os medicamentos por recurso próprio (59%).

Em relação ao funcionamento da farmácia, os responsáveis pelos pacientes (neste caso os genitores) relataram que há interação com os farmacêuticos que dispensam os medicamentos, ficando em contato direto com estes profissionais com frequência, sendo assim, na entrega do medicamento todos os genitores receberam informações sobre a adesão ao tratamento e orientações quanto ao uso correto dos mesmos. Os pacientes usavam a medicação regularmente e de forma correta, todos afirmaram que a orientação é feita de forma clara e adequada.

A Resolução N° 338 de 06 de maio de 2004 preconiza a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), define a Assistência Farmacêutica como:

Conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2004).

De acordo com Zanella, Aguiar e Storpirtis (2013), a atuação do farmacêutico em saúde mental requer conhecimento e habilidades específicas, principalmente em indivíduos com transtornos mentais devido ao fato de possuírem maiores dificuldade em seguir o regime terapêutico. Pesquisas demonstram resultados positivos tanto na clínica quanto na percepção e reconhecimento dos pacientes, deste modo, os serviços farmacêuticos são extremamente relevantes.

O CAPSi Crescer segue as principais recomendações para promover o acesso e o uso racional de medicamentos ao apresentar a lista de medicamentos essenciais (Quadro 5), considerados básicos e indispensáveis para atender a maioria dos problemas de saúde dos usuários do CAPS.

Quadro 5 – MEDICAMENTOS DISPONÍVEIS NA FARMÁCIA DO CAPSI CRESCER, PORT. 344/98.	
DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
Ácido Valpróico ou valproato de Sódio	Cápsula ou comprimido 228 mg (equivalente a 250 mg ácido valpróico) Comprimido 576 mg (equivalente a 500 mg ácido valpróico) Solução oral ou xarope 57,624 mg/ml (equivalente a 50 mg ácido valpróico/ml)
Carbamazepina	Comprimido 200 mg Xarope 20 mg/ ml
Carbonato de Lítio	Comprimido 300 mg
Clonazepam	Comprimido 2 mg
Clonazepam	Comprimido 2,5 mg Solução oral 2,5 mg/ ml
Cloridrato de Amitriptilina	Comprimido 25 mg
Cloridrato de Clorpromazina	Comprimido 25 mg e 100 mg Solução oral 40 mg/ ml
Cloridrato de Fluoxetina	Comprimido 20 mg
Divalproato de Sódio	Comprimido 500 mg
Fenobarbital	Comprimido 100mg
Imipramina	Comprimido 25 mg
Maleato de Levomepromazina	Comprimido 25mg
Metilfenidato	Comprimido 10 mg
Nortriptilina	Cápsula ou comprimido 10 mg, 25 mg, 50 mg e 75 mg

Fonte: Autora 2019.

Os medicamentos excepcionais ou de alto custo, selecionados a partir do subgrupo Antipsicóticos, são integrantes da tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (Quadro 6).

Quadro 6 – Lista de medicamentos excepcionais ou de alto custo – subgrupo Antipsicóticos	
DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
Clozapina	Comprimido 100 mg
Olanzapina	Comprimido 5 mg e 10 mg
Quetiapina	Comprimido 100 mg e 200 mg
Risperidona	Comprimido 2 mg e 3 mg

Fonte: Autora 2019.

Em relação às classes de medicamentos sujeitos a controle de Portaria n. 344/98 disponível na farmácia da unidade estão: ansiolíticos, antipsicóticos, antidepressivos, estabilizadores de humor, antiepiléticos e psicoestimulantes. Esses medicamentos encontram-se em um armário chaveado juntamente com os medicamentos não controlados, tais como: analgésicos, anti-hipertensivos, antibióticos e antiinflamatórios.

O CAPSi Crescer atende as exigências da Portaria n. 344/98, de acordo com o Art.67:

As substâncias constantes das listas deste Regulamento Técnico e de suas atualizações, bem como os medicamentos que as contenham, existentes nos estabelecimentos, deverão ser obrigatoriamente guardados sob chave ou outro dispositivo que ofereça segurança, em local exclusivo para este fim, sob a responsabilidade do farmacêutico (BRASIL, 2018).

A farmácia é localizada em uma sala separada para devida função em condições adequadas ao armazenamento e dispensação do medicamento, todos os medicamentos citados acima estão armazenados e organizados em ordem alfabética por nome genérico (Denominação Comum Brasileira), lote e validade.

O CAPSi Crescer deve realizar e manter atualizado o cadastro dos pacientes que utilizam os medicamentos essenciais para a área da saúde mental e medicamentos excepcionais dentro de sua área assistencial.

Em relação ao armazenamento Vecina Neto e Reinhardt Filho (1998), fazem as seguintes recomendações: armazenar os produtos pelo nome do princípio ativo em ordem alfabética rigorosa, da esquerda para a direita; armazenar os produtos por prazo de

validade; os que irão expirar a validade primeiro devem ser armazenados na frente e à esquerda.

8. CONCLUSÃO

Pesquisas evidenciam que o CAPSi vem se constituindo em serviço substitutivo aos hospitais psiquiátricos, cumprindo, assim, as propostas da reforma psiquiátrica. Segundo Vidal, Bandeira e Gontijo (2008), a Reforma Psiquiátrica visa ao movimento designado desinstitucionalização, que é baseado em três componentes principais: a diminuição das admissões hospitalares pelo fornecimento de serviços comunitários, a desospitalização de pacientes internados por longos períodos, e a criação e manutenção de uma rede de serviços na comunidade para atender esses pacientes.

Em relação às características sócio demográficas e o perfil nosológico as principais hipóteses diagnosticadas vão ao encontro dos achados a literatura, o que indica que o serviço atende o preconizado pela política pública de saúde mental infanto-juvenil.

O número de encaminhamentos via Conselho Tutelar aponta para a necessidade de uma investigação mais aprofundada, visto que algumas crianças são encaminhadas ao CAPSi sem uma queixa que justifique a medida. O tratamento dos transtornos mentais deixou de ser centrado apenas nos medicamentos, é constituído também por terapias individuais e em grupos com acompanhamento de uma equipe multiprofissional.

A estrutura do CAPSi Crescer conta com os recursos mínimos de acordo com a portaria n. 615 de 2013, preconiza para um bom funcionamento. Quanto à equipe multiprofissional, a quantidade de profissionais esta superior conforme a recomendação da portaria n. 336/GM de 2002.

O CAPSi Crescer conta com a presença de dois farmacêuticos, o papel do farmacêutico é fundamental para uma melhoria na qualidade de vida desses pacientes, os mesmos realizam todas as dispensações e avaliam as prescrições previamente promovendo o uso racional de medicamentos.

REFERÊNCIAS

AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY. PSYCHOTHERAPIES FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS. In: *Facts for families*, Washington, n. 86, 2008.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5)**. 5ª ed, 2013.

ANDREATINIA, R. C., LACERDA, A., ZORZETTO, D. Tratamento farmacológico do transtorno de ansiedade generalizada: perspectivas futuras. **Revista Brasileira Psiquiatria**, Curitiba, v. 23, n. 4, p. 233-242, 2001.

APPOLINARIO, J. C.; BACALTCHUK, J. Tratamento farmacológico dos transtornos alimentares. **Revista Brasileira Psiquiatria**, São Paulo, v.24, 2002. Supl.3.

BAPTISTA, M. N., BAPTISTA, A. S. D., DIAS, R. R. Estrutura e suporte familiar como fatores de risco na depressão de adolescentes. *Psicologia Ciência e Profissão*, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 52 – 61. 2001. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932001000200007>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932001000200007. Acesso 24 jan. 2019.

BARATA, L. R. B.; TANAKA, O. Y.; MENDES, J. D. V. **Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde**. 2004

BARATA, M. F. O., NÓBREGA, K. B. G., JESUS, K. C. S., LIMA, M. L. L.T., FACUNDES, V. L. D., Rede de cuidado a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico: ações de promoção à saúde. **Revista Terapias Cognitivas**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 225 – 233. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149>. Disponível em: www.periodicos.usp.br/rto/article/download/90134/101721/. Acesso 23 fev. 2019.

BAROZA, P. S.; SILVA, D. A.; Medicamentos antidepressivos e antipsicóticos prescritos no centro de atenção psicossocial (CAPS) do município de Porciúncula– Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 85-97, 2012.

BARROS, F. Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): ampliando o entendimento. *J. psicanal.*[online].São Paulo, 2012, v.45, n.82, p. 191-207. ISSN 0103-5835. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S010358352012000100014&lng=pt&nrm=i. Acesso 04 de fev. 2019.

BEHERE, P. B.; YADAV, R.; BEHERE, A.P. **Religion and mental health**. *Indian J Psych.*, Maharashtra, v. 14, n. 4, p. 187-194, 2013.

BORDIN, I. A. S.; PAULA, C. S. Estudos populacionais sobre saúde mental de crianças e adolescentes brasileiros. In: Mello MF, Mello AAF, Korh R. (Org.). *Epidemiologia da saúde mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed; 2007.

BRASIL, A; BELISARIO FILHO, F. Psicofarmacoterapia. *Revista Brasileira Psiquiatria*, São Paulo, v. 22, p. 42-47, 2000. supl. 2. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462000000600012&lng=en&nrm=iso. Acesso em 31 de março de 2019.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 338 de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 de maio de 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 194/2012. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/janeiro/12/risperidona--atualizada-em-03-12-2015-.pdf>>. Acesso em: 31 de mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 9 fev. 2002b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf> Acesso em: 02 mar.2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 344/98, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 9 fev. 2002b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/1998/prt0344_12_05_1998_rep.html> Acesso em: 04 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 615, de 15 de abril de 2013. Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades de Acolhimento, em conformidade com a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 9 fev. 2002b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0615_15_04_2013.html Acesso em: 31 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME)**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Ciências, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança de modelo de atenção**. Relatório de Gestão 2003-2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental. Caderno de atenção básica n. 34**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde mental. Caderno Textos de Apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental. **Novos desafios à reforma psiquiátrica brasileira: Necessidade da construção de uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, p. 121-130, 2001.

BRASIL. 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, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial.** Brasília: Ministério da Saúde, p. 86, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Risperidona no Transtorno do Espectro do Autismo (TEA). Relatório de Recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC – 123. Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Saúde mental: nova concepção, nova esperança.** Relatório sobre a saúde no mundo 2018. Genebra: OMS, 2018.

BRASIL. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Brasília: Diário Oficial da União, 31 de dezembro de 1998, Seção I. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/1998/prt0344_12_05_1998_rep.html. Acesso em 28 de março de 2019.

BRZOZOWSKI, F. S.; CAPONI, S. Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade: classificação e classificados. **Physis-Revista de Saúde Coletiva**, v.19, n.4, p.1165-1187, 2009.

CEBALLO, G; SANTOS, D; MOTAC, N. Atendimento infanto-juvenil em Centros de Atenção Psicossocial de Salvador, Bahia, Brasil. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.40, n.3, p. 648-664, 2016.

COELHO, E.; REZENDE In: CAVALCANTI, **Alessandra Terapia Ocupacional: fundamentação & prática/** Alessandra Cavalcanti, Claudia Galvão – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

CORREIA, G.; GONDIM, A. Utilização de benzodiazepínicos e estratégias farmacêuticas em saúde mental, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 393-398, 2014. DOI: 10.5935/0103-1104.20140036. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n101/0103-1104-sdeb-38-101-0393.pdf> Acesso 19 abr. 2019.

CUNHA, M, BORGES, R.; BEZERRA, C. Infância e Saúde mental: perfil das crianças usuárias de um Centro de Atenção Psicossocial Infantil. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, v. 25, n. 1, p. 27-35, 2017. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistasims/index.php/MUD/article/viewFile/7289/5719>>. Acesso 25 fev. 2019.

Damiani, D.; DAMIANI, D.; CASELLA, E. Hiperatividade e déficit de atenção: O tratamento prejudica o crescimento estatural? *Arquivos Brasileiros Endocrinologia e Metabologia [online]*. 2010, v.54, n.3, p. 262-268. INSS 1677-9487. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302010000300003>. Disponível em: www.scielo.br/pdf/abem/v54n3/v54n3a03.pdf. Acesso 12 abr. 2019.

DELFINI, P. S. S. Perfil dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil da Grande São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Crescimento Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 19, n.2, p. 227-230, 2009.

FLORES, F. R.; CARMINHA, R. M. Violência sexual contra crianças e adolescentes: algumas sugestões para facilitar o diagnóstico correto. **Revista Psiquiatria Rio Grande do Sul**, v. 16, n. 2, p. 158 – 167, 1994.

GARCIA, K.; KOENIG, H. G. **Re-examining definitions of spirituality in nursing research**. *J Advan Nursing, Oxford*, v. 69, n. 12, p. 2622-2634, 2013.

GATTAZ, W. F.; GENTIL, V.; MIGUEL, E. C. **Clínica psiquiátrica: a visão do departamento e do instituto de psiquiatria do HCFMUSP**. Barueri: Manole; 2011

GOLFETO, J. H; MIAN, H. **Tratamento psicofarmacológico aplicado à criança / Psychopharmacological treatment applied to children**. *Pediatr. mod*, 2000.

GOMES, A.; PEREIRA, P. **Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas** - Fortaleza: CE, 2004.

HEPLER, D. **Observations on the conference: A pharmacist's perspective**. *Am J. Health Syst Pharm* v. 57, 2000.

HOFFMANN, M. C. C. L., *et al.* **Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil**. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 633-642, 2008.

KING, M. *et al.* **Religion, spirituality and mental health: results from a national study of English households**. *British J Psych.*, Londres, v. 22, n. 1, p. 68-73, 2013.

LARROCA, M.; MICELLI, D. TDAH-Investigação dos critérios para diagnóstico do subtipo predominantemente desatento. *Psicologia Escolar e Educacional*, v.16, n.1, p.113-123. 2012.

LEWIS M. **Tratado de psiquiatria da infância e adolescência**. 3. ed. Artes Médicas, Porto Alegre, 1995.

LIAN, J.; SANTIS, M.; DENG, C. Risperidone-induced weight gain and reduced locomotor activity in juvenile female rats: the role of histaminergic and npy pathways. *Pharmacological Research*. p. 20–26, 2015.

LIMA, D. **Depressão e doença bipolar na infância e adolescência**. *Jornal de Pediatria*, v. 80, n. 2, 2004.

LOUZÃ, R.; HELKIS, H. **Psiquiatria Básica**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MARANHÃO, M.; GOMES, E.; CARVALHO, P. Epilepsia e Anestesia. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 61, n. 2, p. 232-254, 2011.

MARCELLI, D.; BRACONIER, A. **Adolescência e psicopatologia**. 6.ed. [S. l.]:Porto Alegre: Artmed; 2008

MARI, J. J.; RAZZOUK, D.; PERES, M. F. T.; DEL PORTO, J. A. **Guia de psiquiatria. Série guias de medicina ambulatorial e hospitalar**. São Paulo: Manole, 2005.

MARIN, N. (org.) *et al.* **Assistência farmacêutica para gerentes municipais.** Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/medicamentos>>. Acesso em: 14 de outubro de 2017.

MARTINHAGO, F.; OLIVEIRA, W. **A prática profissional nos Centros de Atenção Psicossocial II (CAPS II), na perspectiva dos profissionais de saúde mental de Santa Catarina.** Saúde em Debate [online], Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 583-594, 2012. INSS 0103-1104.<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042012000400010>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n95/a10v36n95.pdf>>. Acesso em 04 mar. 2019.

MATOS, G. Tratamento da Depressão. **Guia de psiquiatria. Série guias de medicina ambulatorial e hospitalar.** São Paulo: Manole, 2005.

MEINERS, M.; BERGSTEN-MENDES, G. Prescrição de Medicamentos para Crianças Hospitalizadas: Como Avaliar a Qualidade. **Revista Associação Médica Brasileira**, v.47, n.4, 2001.

MIRANDA, L.; CAMPOS, R. T. O. Análise do trabalho de referência em Centros de Atenção Psicossocial. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 42 – 45, 2008.

NASCIMENTO, Y *et al.* Perfil de crianças e adolescentes acompanhados por um centro de atenção psicossocial infanto-juvenil. **Revista de enfermagem**, Pernambuco, v.8, n.2, p. 61-72, 2014.

OLIVEIRA, A.; CONCIANI, M. Participação social e reforma psiquiátrica: um estudo de caso. *Ciência Saúde Coletiva* [online]. v. 14, n. 1, p. 319-331, 2009. INSS 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000100038>.- Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232009000100038&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso 12 abr. 2019.

ONOCKO-CAMPOS, R.T.; FURTADO, J.P. **Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde.** Cad. Saúde Pública vol.22, n.5, Rio de Janeiro 2006.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **A saúde no Brasil.** Brasília: OPAS, Escritório de Representação no Brasil, 1998.

PARGAMENT, K. I.; LOMAX, J. W. **Understanding and addressing religion among people with mental illness.** *World Psych.*, Londres, v. 12, n. 1, p. 26-32, 2013.

PETRESCO, S; ANSELM, L.; SANTOS, I. S.; BARROS, A. J. D.; FLEITLICH-BILYK, B.; BARROS, F. C.; (2014). **Prevalence and comorbidity of psychiatric disorders among 6-year-old children: 2004 Pelotas Birth Cohort.** *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*.

RANG, P.; DALE, M.; RITTER, M.; MOORE, K. *Farmacologia.* 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

RANG, P.; DALE, M.; RITTER, M.; MOORE, K. *Farmacologia.* 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

ROBERTS, R.; ROBERTS, R.; XING, Y. **Rates of DSM-IV psychiatric disorders among adolescents in a large metropolitan area.** J Psychiatr Res. v. 41, n. 11, p. 959 – 967, 2007.

ROCHA, P.; BATISTA, H.; NUNES, L. Orientações ao pediatra sobre o manejo das drogas psicoativas e antiepilépticas. J Pediatr, Rio de Janeiro, v.80, Supl 2 p.45-55, 2004.

ROHDE, L. A. **Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade na infância, na adolescência e na idade adulta.** In: Psicofármacos: Consulta Rápida. Artmed. v. 3, p. 375-84, 2008.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica.** 9 ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.

SOUTHAN, C. **"Extracting and connecting chemical structures from text sources using chemicalize.org."** Journal of Cheminformatics, 2013.

SOUZA, G.; ABREU, C.; SANTOS, W. Uso de psicofármacos em crianças e adolescentes. **Revista Iniciação Científica e Extensão**, v.1, n.2, p. 220-225, 2018.

SOUZA, J., ABADE, F., MIGLIORINI, P., SILVA, C., FURTADO, E.F. Avaliação do funcionamento familiar no contexto da saúde mental. **Revista Psiquiátrica Clínica**, São Paulo, v. 38, n. 6, p. 254 – 259, 2011.

STROH, J. B. **TDH – diagnóstico psicopedagógico e suas intervenções através da Psicopedagogia e da Arteterapia.** Constr. psicopedag. v.18, n.17, São Paulo, 2010.

STUBBE, D. **Psiquiatria da Infância e Adolescência.** 5 ed Porto Alegre: Artmed; 2008.

THIENGO, D.; CAVALCANTE, M.; LOVISI, G. **A Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática.** Prevalência de transtornos: revisão sistemática, Rio de Janeiro, v. 63, n. 4, p. 360-372, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v63n4/0047-2085-jbpsiq-63-4-0360.pdf>. Acesso 26 fev.2019.

VECINA NETO, G.; REINHARDT FILHO. **Gestão de recursos materiais e de medicamentos.** São Paulo: IDS, 1998. p.93.

VENANCIO, S. I. et al. Metilfenidato no tratamento do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade em crianças e adolescentes. **BIS, Boletim do Instituto de Saúde (Impresso)**, São Paulo, v. 14, n. 2, maio 2013. Disponível em <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122013000200016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 24 mar. 2019.

VIANNA, R. A. B.; CAMPOS A. A.; FERNANDEZ J. L. Transtornos de ansiedade na infância e adolescência: uma revisão. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, Rio de Janeiro, v.5 n.1. 2009. ISSN 1982-3746. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180856872009000100005. Acesso em: 24 mar. 2019.

VIDAL, C. E. L.; BANDEIRA, M.; GONTIJO, E. D. **Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos.** Jornal Brasileiro de Psiquiatria. [online]. 2008, vol.57, n.1, p.70-79. ISSN 0047-2085. <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852008000100013>. Disponível

em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852008000100013&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso 29 mar. 2019.

VOLKNOW, D.; WANG, G. J.; FOWLER, J. S., DING, Y. S. Imaging the effects of methylphenidate on brain dopamine: new model on its therapeutic action for attention-deficit/hyperactivity disorder. **Biol Psychiatry**, v. 57, p.1410-1415, 2005.

WIGAL, S.; SONUGA, E.; GREENHILL, L.; BIEDERMAN, J.; KOLLINS, S.; NGUYEN, S. A. comparison of once-daily extended-release methylphenidate formulations in children with attention-deficit/hyperactivity disorder in the laboratory school (the Comacs Study). *Pediatrics*, v. 113, p. 206-216, 2004.

ZUBIOLI, A. **Profissão Farmacêutica**. E agora? Curitiba: Lovise, 1999.

ANEXOS

ANEXO I



Universidade Estadual de Goiás
Campus de Ciências Exatas e Tecnológicas
Bacharelado em Farmácia

QUESTIONÁRIO

1. Idade do paciente: _____ () Outro – Quem? _____
2. Sexo do paciente:
() Feminino () Masculino
3. Grau do parentesco do responsável:
() Mãe () Pai () Outro – Quem? _____
4. Com quem o paciente mora?
() Pais () Avós () Outros – Quem? _____
5. Os pais do paciente são separados?
() Sim () Não
6. Mãe ou pai falecido?
() Sim () Não
7. Qual a renda familiar?
() Menos de 1 salário mínimo
() 1 a 3 salários mínimos
() 3 a 6 salários mínimos
() Mais de 6 salários mínimos
8. Escolaridade do paciente:
() Não alfabetizado () Educação infantil
() 1º grau
9. Pratica alguma religião?
() Sim – Qual? _____ () Não
10. Há quanto tempo iniciou o tratamento?

11. Há pessoas na família que usam medicamentos contínuos?
() Sim – Quem? _____ () Não
12. Caso a resposta da pergunta anterior tenha sido sim, qual(is) o(s) medicamento(s) utilizados?

13. Quem notou alterações no comportamento do paciente pela primeira vez?
() Responsáveis () Médico () Paciente
14. Por que foi procurado atendimento médico para a criança ou o adolescente?
() Dificuldade de atenção e concentração
() Mudanças rápidas de humor () Agressividade
() Tristeza () Ansiedade
() Alucinações e delírios () Irritabilidade
() Outros: _____
15. Quais transtornos o paciente apresenta?

16. Qual(is) medicamento(s) o paciente faz uso?

17. O paciente sabe por que toma o(s) medicamento(s)?
() Sim, dentro de seu nível de compreensão () Não
18. O tratamento já foi interrompido devido a efeitos adversos?
() Sim () Não
19. Algum medicamento que após ter sido usado provocou alguma reação estranha no paciente?
() Sim – Qual? _____ () Não
20. O paciente recebe outros tipos de tratamento na unidade?
() Sim – Qual? _____ () Não
21. Qual a forma de dispensação dos medicamentos?

ANEXO II



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: AVALIAÇÃO DO USO DE PSICOFÁRMACOS POR CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO CAPSI CRESCER DE ANÁPOLIS, GOIÁS			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 250			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: Cristiane Alves da Fonseca			
6. CPF: 643.469.191-20	7. Endereço (Rua, n.º): Rua 16 n° 145 Setor Central apt. 401 GOIANIA GOIÁS 74015020		
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: 62992656979	10. Outro Telefone:	11. Email: cristiane.alves@ueg.br
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p>			
Data: ____ / ____ / ____		 Prof. Ms. Cristiane A. F. Espírito Santo Universidade Estadual de Goiás UNUCET - Matrícula: 66461312	
Assinatura			
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: Universidade Estadual de Goiás	13. CNPJ: 01.112.580/0001-71	14. Unidade/Órgão:	
15. Telefone: (62) 3522-3515	16. Outro Telefone:		
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>			
Responsável: <u>OLACIR ALVES ARAÚJO</u>	CPF: <u>586.299.391-68</u>		
Cargo/Função: <u>DIRETOR</u>	UNIVERSIDADE ESTADUAL DE GOIÁS  Prof. Dr. Olacir Alves Araújo Diretor do CCET		
Data: <u>07 / 11 / 2017</u>	Assinatura		
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			

ANEXO III

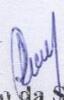


SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GABINETE SECRETARIA DE SAÚDE
RUA PROFESSOR ROBERTO MANGE, Nº 152, PISO 4 – VILA SANTANA
CEP: 75113-630 ANÁPOLIS - GO
TELEFONE: (62) 3902-2830
E-MAIL: semusai@anapolis.go.gov.br

TERMO DE ANUÊNCIA

A Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis está de acordo com a execução do projeto AVALIAÇÃO DO USO DE PSICOFÁRMACOS POR CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO CAPSI CRESCER DE ANÁPOLIS, coordenado pela pesquisadora Prof^ª. Msc. Cristiane Alves da Fonseca do Espírito Santo, desenvolvido em conjunto com o aluno JÉSSICA ALVES CAETANO. Projetos do Programa de Graduação em FARMÁCIA da Universidade Estadual de Goiás, e assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa nesta Instituição durante a realização da mesma, na Unidade CAPS CRESCER.

Anápolis, 23 de OUTUBRO de 2017.


Luzia Cordeiro da Silva Menezes
Secretária Municipal de Saúde

Luzia Cordeiro da Silva Menezes
Secretária Municipal de Saúde
Prefeitura de Anápolis

ANEXO IV



TERMO DE COMPROMISSO

Declaro que cumprirei os requisitos da *Resolução CNS n.º 466/12* e/ou da *Resolução CNS n.º 510/16*, bem como suas complementares, como pesquisador(a) responsável e/ou pesquisador participante do projeto intitulado "Avaliação do uso de psicofármacos por crianças e adolescentes no CAPSi crescer de Anápolis". Comprometo-me a utilizar os materiais e os dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo da pesquisa acima referido e, ainda, a publicar os resultados, sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto, considerando a relevância social da pesquisa, o que garante a igual consideração de todos os interesses envolvidos.

Data: 03 / 12 / 2014

Nome do(a) Pesquisador(a)	Assinatura Manuscrita ou Digital
1. <i>Carlaiane A.F. Espírito Santo</i>	<i>[Assinatura]</i>
2. <i>Jéssica Alves Coutano</i>	<i>Jéssica Alves Coutano</i>

ANEXO V



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - T.C.L.E.

Convidamos o (a) senhor (a) a participar como voluntário na pesquisa intitulada: **“Avaliação do uso de psicofármacos por crianças e adolescentes no CAPSi Crescer de Anápolis, Goiás”**. Caso concorde, deverá assinar e rubricar todas as páginas deste formulário, serão entregues duas vias, umas delas será sua.

Antes de permitir seu consentimento, é importante que todas as informações a seguir sejam lidas com atenção e que suas dúvidas sejam esclarecidas. Desde já agradecemos sua disponibilidade e atenção.

OBJETIVOS DA PESQUISA: Esta pesquisa tem por objetivo levantar dados sobre as principais características dos pacientes que fazem o uso de medicamentos controlados atendidos no Centro de Atenção Psicossocial Crescer, no Município de Anápolis, Goiás.

JUSTIFICATIVA: Através da Avaliação do uso de psicofármacos por crianças e adolescentes, este estudo se justifica devido ao uso incorreto de medicamentos controlados por estes apresentarem um grave problema de saúde pública, devido também aos sérios prejuízos que esta prática causa à saúde, em especial à infanto-juvenil.

PARTICIPAÇÃO NO TRABALHO: A sua participação é totalmente voluntária e caso o participante decida interrompê-la, não haverá qualquer prejuízo. Não há qualquer penalidade pela não participação do estudo ou interrupção da participação, sem haver perda de qualquer benefício que seu filho (a) tem direito no CAPSi Crescer.

PROCEDIMENTOS: A pesquisa será realizada através da aplicação de um questionário padronizado composto por perguntas simples, e é importante que você as responda o mais verdadeiramente possível. O responsável legal será abordado pelo pesquisador logo após a consulta, a entrevista será realizada em local separado privativo autorizado pelo gestor da própria unidade. O período de participação será de 5 a 20 minutos, tempo necessário para que responda todas as perguntas do questionário.

CONFIDENCIALIDADE: A sua participação é voluntária e anônima. As informações fornecidas serão acessadas somente pelos pesquisadores e utilizadas exclusivamente para os fins da pesquisa, sendo garantida a confidencialidade e o anonimato. Não será identificado no questionário

nome ou endereço. Os resultados do estudo serão divulgados no Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Farmácia, a ser publicado em revistas ou apresentado em eventos científicos. Os dados coletados ficarão arquivados por cinco anos e, após este tempo, serão picotados e encaminhados à reciclagem, e os dados digitais serão completamente apagados de todas as mídias, conforme orientação apresentada na Resolução CONEP/CNS n. 466/12.

RISCOS E DESCONFORTOS: O presente estudo prevê alguns riscos de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer fase de uma pesquisa e dela decorrente. Os riscos previstos incluem um possível constrangimento em responder algumas perguntas do questionário, e o tempo do entrevistado para a realização da pesquisa.

Para os mesmos serem evitados ou amenizados as respostas serão confidenciais, o questionário não será identificado pelo nome para que seja mantido o anonimato, os participantes receberão esclarecimentos prévios sobre a pesquisa, a entrevista poderá ser interrompida a qualquer momento, haverá leitura do TCLE, direito a assistência integral necessária, gratuita, por tempo indeterminado, por danos imediatos ou tardios decorrentes da participação na pesquisa e receber indenização, de acordo com a Resolução 466/12 do CNS, privacidade para responder o questionário, garantia de sigilo e participação voluntária. Não há riscos para o seu filho pela participação neste estudo, visto que ele não participará de forma direta em nenhum momento da entrevista. Haverá ressarcimento (“compensação material, exclusivamente de despesas do participante e seus acompanhantes) quando necessário, tais como transporte e alimentação de acordo com a Resolução 466/12 do CNS”.

BENEFÍCIOS: Não haverá nenhum benefício material em função da participação. A contribuição do participante nesse estudo poderá gerar conhecimento que permitirá compreender melhor o problema em questão, podendo trazer benefícios para a população de uma forma geral.

CONFIDENCIALIDADE, PRIVACIDADE E PERÍODO DE PARTICIPAÇÃO: A confidencialidade dos dados de seu filho (a) coletados durante este estudo será protegida de acordo com a Lei Brasileira, Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O nome de seu filho (a) e demais informações identificáveis não serão utilizadas em relatórios ou publicações resultantes deste estudo. A participação é feita somente no momento da entrevista, sendo que o consentimento pode ser retirado a qualquer momento, sem haver prejuízos. Os resultados do estudo serão divulgados no Trabalho de Conclusão do Curso de Farmácia, a ser publicado em revistas ou apresentado em eventos científicos. Os dados coletados ficarão arquivados por cinco anos e, após este tempo, serão picotados e encaminhados à reciclagem e os digitais serão completamente apagados de todas as mídias, conforme a orientação constante na Resolução CONEP/CNS n. 466/12.

Você terá direito de receber assistência integral, gratuita, por tempo indeterminado, por danos imediatos ou tardios decorrentes da sua participação na pesquisa e receber indenização (reparação á danos imediatos ou futuros) garantida em lei.

Você poderá fazer todas as perguntas que julgar necessárias para esclarecimento de suas dúvidas acerca dos riscos, benefícios, procedimentos e outros itens referentes a este estudo. Você tem liberdade de recusar ou retirar sua permissão a qualquer momento, sem prejuízos. Em caso de dúvidas ou se precisar poderá ligar a cobrar para: Cristiane Alves da Fonseca do Espírito Santo (62 99265-6979) e Jéssica Alves Caetano (62 99305-2689). Ao persistirem as dúvidas sobre os seus direitos como participantes desta pesquisa, você também poderá fazer contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Goiás, pelos telefones (62) 99169-2257 e (62) 3328-1439.

Eu, _____ fui devidamente informado sobre os procedimentos da referida pesquisa, tais como: objetivos e metodologia. Entendi as explicações e minhas perguntas foram respondidas satisfatoriamente, e receberei uma cópia assinada e datada deste formulário de consentimento e outra cópia será armazenada nos arquivos de estudo da pesquisa. Sendo assim concordo em ser participante dessa pesquisa.

Anápolis, ____ de _____ de ____.

Assinatura por extenso do (a) participante

Assinatura por extenso do (a) pesquisador (a)

Testemunhas em caso de uso da assinatura datiloscópica



ANEXO VI

DE ACORDO COM A PORTARIA N. 615 DE 2013, OS CAPS DEVEM CONTAR, NO MÍNIMO, COM OS SEGUINTE AMBIENTES:

Espaço de acolhimento:	Local onde acontece o primeiro contato do usuário e/ou seus familiares/acompanhantes e a unidade. Diferente de uma sala trata-se de espaço acessível, acolhedor, com sofás, poltronas, cadeiras para comportar as pessoas que chegam à unidade, mesas para a recepção. A sala de arquivo deverá ficar de fácil acesso à equipe.
Salas de atendimento individualizado:	Acolhimento, consultas, entrevistas, terapias, orientações. Um espaço acolhedor que garanta privacidade para usuários e familiares nos atendimentos realizados pela equipe multiprofissional. É necessário que contenha uma pia para higienização das mãos, mesa com gavetas, cadeiras, sofá e armário se forem necessário algum recurso terapêutico. Nesta sala estarão o (s) profissional (is) da equipe do CAPS, o usuário e/ou familiar (es) ou acompanhante. É importante que pelo menos uma das salas de atendimento individual contenha uma maca disponível, se necessário, para as avaliações clínicas e psiquiátricas.
Salas de atividades coletivas:	Espaço para atendimentos em grupos, e para o desenvolvimento de práticas corporais, expressivas e comunicativas; um dos espaços para a realização de ações de reabilitação psicossocial e de fortalecimento do protagonismo de usuários e familiares; ações de suporte social e comunitárias; reuniões com familiares, etc. Espaço que contemple atividades para várias pessoas de forma coletiva. É importante que a disposição dos móveis seja flexível permitindo a formação de rodas, mini grupos, fileiras, espaço livre, etc. Poderá contar com equipamentos de projeção, tv, dvd, armário para recursos terapêuticos, pia para higienização das mãos e manipulação de materiais diversos
Espaço de convivência:	Espaço de encontros de usuários, familiares e profissionais do CAPS, assim como de visitantes, profissionais ou pessoas das instituições do território, que promova a circulação de pessoas, a troca de experiência, "bate-papos", realização de saraus e outros momentos culturais. Este deve ser um ambiente atrativo e agradável que permita encontros informais. É importante lembrar que o espaço de convivência não é equivalente a corredores. • Banheiros com chuveiro e com sanitário adaptado para pessoas com deficiência: deverão ser no mínimo 02 banheiros, um feminino e um masculino, todos com chuveiro e adaptação para pessoas com deficiência. Poderá conter um vestiário para troca de roupas. O número de sanitários e chuveiros deverá ser adequado ao fluxo de pessoas.
Sala de aplicação de medicamentos (Sala de medicação) e Posto de enfermagem:	Espaços de trabalho da equipe técnica, com bancada para preparo de medicação, pia, armários para armazenamento de medicamentos e mesa com computador. É interessante que a porta seja do tipo guichê, possibilitando assim maior interação entre os profissionais que estão na sala e os usuários e familiares. É desejável que seja próximo aos quartos.
Sala administrativa:	Escritório; espaço com mesa, cadeiras e armários
Sala de reunião:	Sala que comporte mesa redonda ou mesa retangular grande para reuniões de equipe, reuniões de projetos com usuários e familiares, reuniões intersetoriais, pessoas externas à unidade,

	supervisão clínico-institucional, ações de educação permanente, etc. Deverá contemplar espaço para retroprojeção
Almoxarifado:	Espaço com prateleiras e/ou armários para armazenamento de materiais necessários.
Sala para arquivo:	Sala com armário e/ou arquivos para circulação de 02 pessoas. É a sala onde ficam armazenados os prontuários. Poderão ser prontuários eletrônicos.
Refeitório:	O CAPS deve ter capacidade para oferecer refeições de acordo com o projeto terapêutico singular de cada usuário. O refeitório deverá permanecer aberto durante todo o dia não sendo para uso exclusivo no horário das refeições. Poderá ter uma mesa grande ou mesas pequenas ordenadas e organizadas de forma a propiciar um local adequado e agradável para as refeições como momentos de convivência e de trocas.
Copa (Cozinha):	Para a manipulação de alguns alimentos, assim como para realização de ações coletivas com os usuários.
Banheiro com vestiário para funcionários:	Banheiro pequeno com espaço para vestiário. É recomendável que o banheiro comum seja compartilhado por usuários, familiares e profissionais da equipe. Entretanto, caso o gestor opte por inserir um banheiro apenas para funcionários, as dimensões estão previstas neste documento. É oportuno que esteja próximo ao ambiente para repouso profissional.
Depósito de material de limpeza (DML):	É uma área de serviço, com espaço para colocar roupa para secar e para a máquina de lavar.
Rouparia:	Espaço pequeno, com armário ou recipientes que separem as roupas limpas das sujas. Não é para descarte de material contaminado. Este ambiente pode estar conjugado com o depósito de material de limpeza (DML). Pode ser substituído por armários exclusivos ou carros roupeiros

ANEXO VII

DESCRIÇÃO DOS GRUPOS TERAPÊUTICOS REALIZADOS NO CAPSi CRESCER DE ANÁPOLIS				
GRUPO:	PERFIL:	OBJETIVO:	DIA DA SEMANA:	HORÁRIO:

Grupo de Adolescentes II	Adolescentes de 14 a 17 anos de idade, que apresentam transtorno de ansiedade generalizada, automutilações, transtorno depressivo, transtorno oppositor desafiante.	O desenvolvimento pessoal e social dos jovens adolescentes, autoconhecimento, fortalecimento emocional, e enfrentamento dos problemas por caminho saudáveis e viáveis, a integração desses adolescentes na sociedade.	Quinta-feira	09h30min às 11h00min
Grupo de Adolescentes I	Adolescentes de 14 a 17 anos de idade, que apresentam transtorno de ansiedade generalizada, automutilações, transtorno depressivo, transtorno oppositor desafiante.	O desenvolvimento pessoal e social dos jovens adolescentes, autoconhecimento, fortalecimento emocional, e enfrentamento dos problemas por caminho saudáveis e viáveis, a integração desses adolescentes na sociedade.	Quarta-feira	14h30min às 15h30min
Brincando com os Sons	Crianças com idade entre 02 e 04 anos com atraso de linguagem, ausência de fala ou fala ininteligível, com prejuízos de habilidades sociais e comportamento de sessão	Aumentar o vocabulário receptivo, estimular expressividade, aumentar tempo de espera e de atenção, melhorar contato visual, tempo de permanência sentado e estimular imitação	Quinta-feira	14h00min
Construindo laços	Crianças entre 04 a 07 anos, que sejam verbais com prejuízo de habilidades sociais, no vocabulário receptivo e na expressividade	Propiciar ambiente de interação para intervenção nas dificuldades de socialização. Estimular a comunicação buscando aumentar vocabulário receptivo e expressivo, auxiliar no processo de estruturação frasal.	Quinta-feira	09h00min
Do meu corpinho eu cuido sim	Crianças/ Adolescentes de 05 a 08 anos e 09 a 13 anos que aguardam atendimento ou encaminhados ao grupo.	Realizar oficinas, brincadeiras e jogos de salão; Promover a interação entre as crianças; Estimular as habilidades motoras, relação interpessoal, convivência em grupo, expressão corporal; trabalhar a autoestima e positividade; Orientar sobre hábitos de vida	Sexta-feira	14h00min (Para pacientes de 05 a 08 anos) 15h00min (Para pacientes de 09 a 13 anos).

		saudáveis e cuidados pessoais; obedecer às regras e normas e a reinserção social		
Expressando Emoções I	Crianças com idade entre 9 a 16 anos, com dificuldades comportamentais relacionadas a expressão das próprias emoções e sentimentos.	Possibilitar a expressão saudável das emoções e sentimentos de cada criança por meio da realização de atividades específicas para estimular esse processo, e através da interação social seus pares. As intervenções realizadas se fundamentam em princípios e técnicas comportamentais	Terça-feira	08h00min às 09h00min
Expressando Emoções II	Crianças com idade entre 9 a 12 anos, com dificuldades comportamentais relacionadas a expressão das próprias emoções e sentimentos.	Possibilitar a expressão saudável das emoções e sentimentos de cada criança por meio da realização de atividades específicas para estimular esse processo, e através da interação social seus pares. As intervenções realizadas se fundamentam em princípios e técnicas comportamentais	Quinta-feira	14h00min às 15h00min
Infantil	Crianças com idade entre 06 a 09 anos com ansiedade e deficiência intelectual	A construção do Eu, edificação da autoestima. Estabelecimentos de conceitos para o crescimento e interação social. Ajuda para lidar com os conflitos familiares.	Quarta-feira	09h00min às 10h00min
Ludoterapia	Crianças entre 08 e 12 anos com prejuízo na leitura e escrita.	Desenvolver habilidades de consciência fonológica, melhorar rota de leitura lexical e fonológica. Trabalhar aspectos de aprendizagem, auxiliar no desenvolvimento das habilidades de leitura e escrita, melhorarem autoestima e aspectos emocionais dos adolescentes.	Quinta-feira	08h00min
Musicalizando	Crianças com idade de 6 a 10 anos	Desenvolver habilidades sensório-motoras. Melhorar a atenção e a memória. Aprender a desenvolver papéis específicos nas várias	Quarta-feira	10h30min às 11h30min

		situações, desenvolver habilidades de interpretação e comunicação de ideias e de sentimentos		
Oficina de Diversão	Crianças com idade entre 10 e 16 anos, com déficit cognitivo, transtorno de déficit de atenção (T.D.A.H) e Transtorno do Espectro Autista (T.E.A).	A construção do Eu, crescimento pessoal e social dessas crianças, aprendizado e interação social. Produção de objetos manuais, criados e confeccionados pelos próprios pacientes.	Quinta-feira	08h00min às 09h00min
Grupo de Pais	Pais de crianças em atendimento no Capsi Crescer que estão na sala de espera, para o atendimento grupal dos filhos ou atendimento médico.	Promover discussões e intervenções psicoeducativas com o objetivo de auxiliar os pais a lidar de forma mais efetiva com as dificuldades comportamentais de seus filhos, e contribuir positivamente no tratamento dos mesmos. Para tanto é realizado programa contínuo de orientação comportamental de pais e, simultaneamente, procura-se atender as demandas trazidas por eles.	Quinta-feira	08h00min às 09h00min
Pré-Adolescentes I	Crianças com idade entre 12 e 16 anos.	Propiciar socialização e promover resignificação das questões pessoais através do grupo, proporcionado um espaço de acolhimento mútuo e projeção das demandas espontâneas, com as quais as terapeutas intervirão e fortalecerão a autonomia da responsabilidade de sua história.	Quinta-feira	10h00min
Pré-Adolescentes II	Crianças com idade de 08 a 12 anos.	Propiciar socialização e promover resignificação das questões pessoais através do grupo, propiciando um espaço de acolhimento mútuo e projeção das demandas espontâneas, com as quais as terapeutas intervirão e fortalecerão a	Quinta-feira	15h00min

		autonomia da responsabilidade de sua história. Vida pré-adolescentes I.		
To criando I	Crianças com idade entre 3 a 6 anos com dificuldade de socialização ou algum transtorno.	Promover a socialização, espaço para expressão das emoções, possibilitar o desenvolvimento das habilidades sócias, estimular as habilidades psicomotoras e sociais, assim como trabalhar a atenção e concentração do paciente	Segunda-feira	14h30min
To criando II	Crianças com idade entre 6 a 12 anos com dificuldade de socialização ou algum transtorno.	Promover a socialização, espaço para expressão das emoções, possibilitar o desenvolvimento das habilidades sócias, estimular as habilidades psicomotoras e sociais, assim como trabalhar a atenção e concentração do paciente	Terça-feira	08h00min