

**UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR NORTE-CESNORS
MEC/CAPES/UAB – PÓLO DE SÃO FRANCISCO DE PAULA
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE ORGANIZAÇÕES PÚBLICAS
EM SAÚDE**

Anaelisa Buffon Reis

**APLICABILIDADE DAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL
VOLTADAS A INFÂNCIA E JUVENTUDE**

Santa Maria, RS
2015

Anaelisa Buffon Reis

**APLICABILIDADE DAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL VOLTADAS A
INFÂNCIA E JUVENTUDE**

Artigo apresentado ao Curso de Especialização em Gestão de Organizações Públicas em Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Gestão de Organizações Públicas em Saúde.**

Orientador: MSc. Monique Prestes

Santa Maria, RS
2015

Anaelisa Buffon Reis

**APLICABILIDADE DAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL VOLTADAS A
INFÂNCIA E JUVENTUDE**

Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós Graduação do Curso de Especialização em Gestão de Organizações Públicas em Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Gestão de Organizações Públicas em Saúde.**

Aprovado em 11 de Dezembro de 2015:

Prof. MSc. Monique Prestes (UFSM)
(Presidente/Orientador)

Prof. Dr. Eveline Dischkaln Stolz (UFSM)

Prof. Dr. Ricardo Vianna Martins (UFSM)

Santa Maria,RS
2015

“É coisa preciosa, a saúde, e a única, em verdade, que merece que em sua procura empreguemos não apenas o tempo, o suor, a pena, os bens, mas até a própria vida; tanto mais que sem ela a vida acaba por tornar-se penosa e injusta.”

(Michel de Montaigne)

SUMÁRIO

Resumo.....	05
Abstract.....	05
Resumen.....	06
Introdução.....	06
Desenvolvimento	
A história da saúde mental infanto-juvenil no Brasil pré-reforma psiquiátrica.....	07
O cenário Brasileiro durante a reforma psiquiátrica: a construção de aspectos básicos da política infanto-juvenil.....	08
A saúde mental infantil e a saúde pública – princípios e diretrizes da política nacional de saúde mental.....	10
O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).....	12
A clínica de atenção psicossocial à crianças e adolescentes – Os CAPSi.....	15
Conclusão.....	20
Referências.....	20
Anexo.....	23

Aplicabilidade das políticas de saúde mental voltadas a infância e juventude

Anaelisa Buffon Reis¹; Monique Prestes¹

1. Universidade Federal de Santa Maria

Resumo: Este artigo versa sobre um levantamento exploratório acerca da política de saúde mental voltada para a infância e juventude, bem como, tem sido aplicada no cenário público atual. Buscou-se relatar criticamente o processo de institucionalização e desinstitucionalização de crianças e adolescentes no Brasil, através dos movimentos higienistas e os novos paradigmas que surgiram no final da década de 80 com o processo de redemocratização do país. Por fim, são discutidas algumas linhas gerais das diretrizes da política nacional de saúde mental para crianças e adolescentes que tem orientado as ações neste campo. Entende-se que ainda existem muitos desafios a serem alcançados, sobretudo na área da prevenção na saúde mental infanto-juvenil.

Palavras-Chave: saúde mental; crianças; adolescentes; CAPSi; políticas públicas.

Applicability of mental health policies aimed at children and youth

Abstract: This article versa on an exploratory survey on mental health policy aimed at children and young people as well, has been applied in the current public arena. It sought to critically describe the process of institutionalization and deinstitutionalization of children and adolescents in Brazil, through the hygienists movements and new paradigms that emerged at the end of the 80s with the country's democratization process. Finally we discuss some general lines of the guidelines of national mental health policy for children and adolescents that has guided the actions in this field. Thus, we understand that there are still many challenges to be achieved in this field, but we should never fail to consider that preventive work in mental health in infantojuvenil employs.

Keywords: mental health; children; adolescents; CAPSi; public policy.

Aplicabilidad de las políticas de salud mental dirigidos a niños y jóvenes

Resumen: Este artículo versa sobre una encuesta exploratoria sobre la política de salud mental dirigido a niños y jóvenes, así, se ha aplicado en el actual escenario público. Se trata de describir críticamente el proceso de institucionalización y la desinstitucionalización de los niños y adolescentes en Brasil, a través de los movimientos higienistas y los nuevos paradigmas que surgieron a finales de los años 80 con el proceso de democratización del país. Finalmente se discuten algunas líneas generales de las directrices de la política nacional de salud mental para niños y adolescentes que ha guiado las acciones en este campo. Por lo tanto, entendemos que todavía hay muchos retos que deben alcanzarse en este campo, pero nunca debemos dejar de considerar que la labor preventiva en materia de salud mental en infantojuvenil emplea.

Palabras clave: salud mental; niños; adolescentes; CAPSi; las políticas públicas.

Introdução

A Reforma Psiquiátrica Brasileira foi um marco histórico e conceitual nas políticas de saúde mental e assistência psiquiátrica. Teve início no século passado, em meados dos anos 70, sendo estruturada a partir da implantação do Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL, 2007).

O movimento em prol da reforma psiquiátrica foi instaurado em um momento onde o Brasil passava por um período de luta por liberdade e direitos civis e políticos, desencadeados pelo cenário da época: a Ditadura Militar. Durante essa revolução iniciaram-se as denúncias de maus tratos, violência, abandono, mortes por doenças evitáveis, isolamento, sedação química excessiva e internações de longa permanência em hospitais psiquiátricos (BRASIL,

2007). Nesse período, crianças e adolescentes eram tratadas da mesma forma que um indivíduo adulto, sem considerar as diferenças fisiológicas e o histórico social.

Com base no contexto apresentado, o objetivo deste estudo foi resgatar e refletir sobre a atenção psicossocial de crianças e adolescentes, aspectos clínicos e da gestão, no cenário pós-reforma psiquiátrica.

A história da saúde mental infanto-juvenil no Brasil pré-reforma psiquiátrica

A saúde mental apresenta uma série de marcos históricos descritos brevemente no Quadro 1. Estes tiveram início a partir da interação entre o Estado a medicina no século XIX, quando foram criadas teorias e práticas voltadas para o bem-estar da população, principalmente mães e crianças.

Quadro1: Marcos Históricos da Saúde Mental Brasileira

Ano criação	Serviço/Órgão	Finalidade	Referência
1903	Pavilhão Escola Bourneville – Hospício Nacional de Alienados no Rio de Janeiro.	Primeira ala de internação para crianças, onde recebiam orientações pedagógicas.	Ribeiro, 2006
1921	Hospital de Juqueri em São Paulo.	Ala de internação para crianças, semelhante a do Rio de Janeiro.	Ribeiro, 2006
1923	Liga Brasileira de Higiene Mental – Criada pelo médico Gustavo Riedel.	Prevenção das doenças mentais; proteção e amparo social aos egressos dos manicômios e aos deficientes mentais passíveis de internação; melhoria progressiva nos meios de tratar os doentes nervosos e mentais em asilos públicos, particulares, ou fora deles; realização de um programa de Higiene Mental e de Eugénica no domínio das atividades individual, escolar, profissional e social.	Brasil, 1925, p. 223 apud Souza; Boarini, 2008, p. 275
1927	Juizado de Menores - Código Mello Mattos.	Voltado para o cuidado da pobreza e criminalidade juvenil, mas aplicava indiscriminadamente a internação aos menores considerados em situação irregular (carentes, abandonados, inadaptados ou infratores). Iniciando a prática de institucionalização e despotencialização das famílias como resposta ao Estado a situações de vulnerabilidade e risco.	Lorenzi, 2007
1930	Clínica Ortofrênica no Rio de Janeiro.	Finalidades corretivas ou de reajustamento psíquico, mas com objetivos construtivos, de aperfeiçoamento do psiquismo, através da atuação médico-pedagógica direta no	Monarcha, 2009

		período inicial do desenvolvimento infantil.	
1938	Seção de Higiene Mental Escolar do Departamento de Educação do Estado.	Modelos de atenção infantil eram embasados no modelo das <i>Child Guidance Clinics</i> , atuação médico-pedagógica.	Stewart, 2011
1938	Laboratório de Psicologia da Escola de Aperfeiçoamento Pedagógico e o Instituto de Psicologia em Minas Gerais, criados pela psicóloga russa Helena Antipoff.	Atuação multidisciplinar junto a população infanto-juvenil.	Reis et al, 2010
1938 à 1945	Programas Sociais no Brasil, primeiro programa de proteção matenoinfantil.	Reduzir a mortalidade infantil.	Lorenzi, 2007
1946	Criação da Apae.	Atendimento de crianças e adolescentes com deficiência física e deficiência mental.	Lorenzi, 2007

O cenário Brasileiro durante a reforma psiquiátrica: a construção de aspectos básicos da política infanto-juvenil

As lutas populares contra a ditadura em meados de 1970 tomaram conta de todos os setores da sociedade brasileira promovendo mudanças significativas, especialmente na universalidade de direitos à saúde e na implantação de estratégias voltadas especificamente para a saúde mental e da infância e juventude. Esta última ganhou evidência no cenário internacional e nacional, a chamada *Doutrina da Proteção Integral*, que veio como um contraponto ao entendimento do menor em situação irregular, o qual em muitas situações era institucionalizado (LORENZI, 2007); esta nova doutrina foi inscrita na Constituição Federal de 1988, artigo 227 (BRASIL, 1988) e na Lei n.º 8.069, de 13 de junho de 1990, O Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (BRASIL, 1990).

Entretanto, somente em 1992, na Portaria nº 224, surgem os Núcleos de Atenção Psicossocial/Centros de Atenção Psicossocial (NAPS/CAPS), como serviços comunitários específicos para o cuidado em atenção psicossocial (BRASIL, 1992).

Em relação às crianças, após a implementação do ECA, ocorreu também a criação dos Conselhos Tutelares e do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – CONANDA (GULJOR, 2003).

O entendimento de criança como um sujeito psíquico e de direitos, instaurada pelo ECA e posteriormente apropriada pela Saúde Mental, foi um marco na história da saúde mental de crianças e adolescentes no Brasil (COUTO, 2012).

A III Conferência Nacional de Saúde Mental reuniu profissionais e entidades de diferentes regiões do país com a função de propor diretrizes para a atenção psicossocial da infância e adolescência; convocou o Estado brasileiro à tomada de responsabilidade pelo cuidado e tratamento de crianças e adolescentes com problemas mentais, afirmou que este cuidado deveria se pautar no reconhecimento deles como sujeitos psíquicos.

A partir desta conferência ocorreu a implantação da política de saúde mental para crianças e adolescentes, voltada para toda a população infanto-juvenil, e não apenas aos menores carentes e infratores. Sendo três os principais acontecimentos desta política:

1. Portaria MS/GM n.º36, de 19 de fevereiro de 2002: institui o primeiro Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi), serviço voltado para o cuidado em saúde mental de crianças (BRASIL, 2004a).

2. Implantação do Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-juvenil, criado pela portaria GM/MS n° 1.608 de 03 de agosto de 2004, como um espaço de articulação intersetorial e discussão permanente sobre as políticas desta área (BRASIL, 2004b).

3. Publicação do documento Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-juvenil, em 2005, onde se encontra o alinhamento da nova política de saúde mental infanto-juvenil no âmbito do SUS e as bases e princípios para o atendimento (BRASIL, 2004c).

A nova política acabou mudando o cenário antes e após a reforma psiquiátrica no que tange o cuidado infanto-juvenil, mesmo não sendo o ideal, possibilitou discussões pautadas nas reais necessidades das crianças e adolescentes.

A saúde mental infantil e a saúde pública – princípios e diretrizes da política nacional de saúde mental

O conceito da saúde mental traz como base uma ética e uma lógica no cuidado prestado a crianças e adolescentes, sendo estes sujeitos ativos na adoção de novas práticas.

A criança e o adolescente são sujeitos de direito e também responsáveis por sua demanda, sendo possível a eles expressar o que está acontecendo, por meio da fala, gestos, escrita, ou mesmo no silêncio. Torna-se necessário ouvir a criança e o adolescente, interessar-se por sua história e problemática, oferecendo um cuidado digno as suas reais necessidades (ARANTES, 2014).

O grau de sofrimento psíquico, muitas vezes, desencadeia doenças diversas, por isso ao cuidar da saúde mental de crianças e/ou adolescentes é necessário considerar os componentes relacionais que podem estar envolvidos, ou seja, angústias, medos, conflitos intensos (MONARCHA, 2009).

Na dimensão da saúde enquanto produção de sujeitos responsáveis pelo cuidado de si e do outro, a questão essencial é a garantia do direito à palavra. Não ocorrerá responsabilização sem que seja garantida a escuta daquele a quem se quer responsabilizar (ARANTES, 2014).

Conforme o Ministério da Saúde as ações direcionadas para as políticas públicas para crianças e adolescentes devem ser guiadas pela “lógica do cuidado”, ou seja, construção de princípios orientadores (BRASIL, 2005):

Criança e Adolescente como sujeitos: de direito e detentores de lugares legítimos de fala e responsáveis por sua demanda e sintoma. A noção de sujeito também nos faz implicar a

singularidade, ou seja, o cuidado não pode ser exercido de forma homogênea, indiferenciada e massiva, pois vale a máxima de que “cada caso é um caso”. É necessário dar ouvido, voz e escuta as crianças e aos jovens dos quais se trata, reconhecendo assim, o sofrimento mental da criança ou do adolescente como próprios, o que infelizmente não ocorre na prática, que muitas vezes é caracterizada por uma leitura moral em que o outro sempre fala pelo sujeito ao qual nunca se dá voz (LORENZI, 2007).

Acolhimento universal: Este princípio garante acesso humanizado e resolubilidade das demandas de saúde mental a todo e qualquer usuário. O entendimento é acolher, ouvir e reconhecer a legitimidade da procura.

Encaminhamento implicado: Este princípio define que aquele serviço que realizou o primeiro acolhimento e posterior encaminhamento, seja coresponsável pelo cuidado prestado a esse usuário, constituindo-se uma rede de atenção psicossocial.

Construção permanente da rede: O conceito de redes significa um conjunto concreto de serviços interligados, com comando descentralizado e regionalizado com a finalidade de garantir ao usuário a integralidade da assistência.

Território: O território não apenas o espaço físico onde o sujeito está inserido. Atualmente em atenção psicossocial tem se apostado uma conotação mais subjetiva, incluindo território como o contexto no qual ocorrem as relações sociais e dinâmicas. Extrapola os sentidos meramente geográficos ou regionais, ou seja, tem relação com as redes de relações e afetos e com as redes sociais daquele que é cuidado, o qual inclui a família, os vizinhos, a escola, a praça, o clube, os lugares de lazer, etc. “*O território é o lugar psicossocial do sujeito; é onde a vida acontece*” (BRASIL, 2005, p. 13).

Intersetorialidade na ação do cuidado: A atenção prestada a crianças e adolescentes baseadas no atendimento multiprofissional e na clínica ampliada, articulam mudanças significativas, diminuindo o sofrimento psíquico.

Esse contexto é norteado por diretrizes operacionais propostas ao cuidado de crianças e adolescentes (BRASIL, 2005):

- * reconhecer e acolher aquele que procurar o serviço;
- * responsabilizar-se pelo cuidado conforme a organização da rede psicossocial;
- * conduzir o cuidado de modo a implicar direitos e deveres a criança e ao adolescente na dimensão subjetiva e social;
- * coresponsabilizar os responsáveis do menor pelo seu cuidado;
- * assistir familiares e/ou responsáveis pelo menor como uma demanda legítima;
- * garantir que o cuidado seja embasado em recursos teórico-técnicos estabelecidos pela política pública de saúde mental;
- * alimentar a rede ampliada de atenção.

Os serviços de saúde mental infanto-juvenil devem assumir uma função social que ultrapasse o fazer técnico do cuidar. Esse se traduz em ações, como acolher, escutar, cuidar, possibilitar ações emancipatórias e melhorar a qualidade de vida das pessoas portadoras de sofrimento mental, partindo de uma rede de cuidados que considere a singularidade de cada um, bem como a construção de novas possibilidades.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)

O ECA foi criado no Brasil em 1990, com a Lei n.º 8069 e atualizado em 2003, com o propósito de tratar a criança e o adolescente sob uma visão social e pessoal, dando-lhes vez e voz diante das decisões políticas vigentes na época e normatizando que transgressões cometidas sejam tratadas com atitudes socioeducativas (BRASIL, 2003).

A partir de então a doutrina do “menor em situação irregular” passou a dar lugar à doutrina da “proteção integral da criança e do adolescente”. O fundamento da lei encontra-se no artigo 227 da Constituição Federal de 1988:

“É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à

dignidade, ao respeito, à liberdade e a convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão” (BRASIL, 2003, p. 76).

No artigo 7º refere que a criança e o adolescente têm direito à proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência (BRASIL, 2003).

A partir do Estatuto, crianças e adolescentes brasileiros, sem distinção de raça, cor ou classe social, passaram a ser reconhecidos como sujeitos de direitos e deveres, considerados como pessoas em desenvolvimento a quem se deve prioridade absoluta do Estado (REIS, 2010).

O objetivo estatutário é a proteção dos menores de 18 anos, proporcionando a eles um desenvolvimento físico, mental, moral e social condizentes com os princípios constitucionais da liberdade e da dignidade, preparando para a vida adulta em sociedade (ELIAS, 2008).

O ECA estabelece direitos à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade, à convivência familiar e comunitária para meninos e meninas, e também aborda questões de políticas de atendimento, medidas protetivas ou medidas socioeducativas, entre outras providências. Para o Estatuto, considera-se criança a pessoa de até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela compreendida entre doze e dezoito anos (BRASIL, 2003).

Dispõe, ainda, que nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, por qualquer pessoa que seja, devendo ser punido qualquer ação ou omissão que atente aos seus direitos fundamentais (BRASIL, 2003).

A perda de valores sociais, ao longo do tempo, também são fatores que interferem diretamente no desenvolvimento das crianças e adolescentes, visto que não permanecem exclusivamente inseridos na entidade familiar. Por isso é dever de todos prevenir a ocorrência de ameaça ou violação dos direitos das crianças e dos adolescentes. Tanto que cabe a

sociedade, família e ao poder público proibir a venda e comercialização à criança e ao adolescente de armas, munições e explosivos, bebida alcoólicas, drogas e revistas de conteúdo adulto (ELIAS, 2008).

Por fim, o ECA institui medidas aplicáveis aos pais ou responsáveis, a fim de encaminhar, orientar e/ou educar, como: encaminhamento a programa de proteção a família; inclusão em programa de orientação a alcoólatras e toxicômanos; tratamento psicológico ou psiquiátrico; cursos ou programas de orientação; obrigação de matricular e acompanhar o aproveitamento escolar do menor; advertência, perda da guarda, destituição da tutela e até suspensão ou destituição do pátrio poder.

É importante ressaltar que as crianças e os adolescentes não podem ser considerados autênticas propriedades de seus genitores, visto que são titulares de direitos humanos como quaisquer pessoas, dotados de direitos e deveres como demonstrado.

Atualmente é discutido a resistência por parte da sociedade a respeito da implantação do ECA. Considera-se esta excessivamente paternalista em relação aos atos infracionais cometidos por crianças e adolescentes, uma vez que os mesmos estão, cada vez mais, violentos e reiterados (REIS, 2010).

O estatuto prevê proteção e educação integral às crianças e adolescentes. Entretanto, na prática, não estabelece critérios de punição ou mesmo ressocialização. Este cenário torna-se oportuno para grupos criminosos, os quais utilizam-se de adolescentes para atividades ilegais (COUTO, 2012).

Cabe ao Estado zelar para que as crianças e adolescentes se desenvolvam em condições sociais que favoreçam a integridade física, liberdade e dignidade. Contudo, não se pode atribuir tal responsabilidade apenas a uma suposta inaplicabilidade do ECA, uma vez que estes nada mais são do que o produto da entidade familiar e da sociedade, as quais têm importância fundamental no comportamento dos mesmos (ELIAS, 2008).

A clínica de atenção psicossocial à crianças e adolescentes – Os CAPSi

O CAPSi é fundamentado pela portaria nº 336 de 2002 (BRASIL, 2002), constituído como serviço de atenção psicossocial, sendo referência para uma população de 200.000 habitantes, ou parâmetro populacional definido pelo gestor local.

Tem como objetivo constituir-se como serviço ambulatorial de atenção diária a crianças e adolescentes com transtornos mentais. Possui capacidade técnica para regular a entrada da rede assistencial de seu território, responsabilizar-se pela organização da demanda da rede de cuidados em saúde mental, coordenar atividades de supervisão de unidades de atendimento psiquiátrico de crianças e adolescentes em seu município, capacitar equipes de atenção básica acerca de saúde mental infanto-juvenil e realizar o cadastramento de pacientes de saúde mental infanto-juvenil que utilizam medicamentos essenciais para a saúde mental (BRASIL, 2002).

Conforme o último levantamento realizado em 2014, no Brasil foram identificados 196 CAPSi, 300 instituições preconizadas para uma população de 60 milhões de jovens com faixa etária de até 18 anos (ARANTES, 2014).

Cerca de 17% dos transtornos mentais surgem na infância e na adolescência, assim quanto mais cedo for realizado o diagnóstico, menor será o risco e/ou sua progressão (ARANTES, 2014).

Pode-se atribuir a diversos fatores a inclusão tardia da saúde mental infantil e juvenil na agenda das políticas de saúde mental, nacional e internacionalmente. Primeiramente ao extenso e variado número de problemas relacionados à saúde mental da infância e adolescência, que podem incluir transtornos globais do desenvolvimento (autismo); fenômenos externos (transtornos de conduta e hiperatividade); internalização (depressão, transtornos de ansiedade), uso de drogas lícitas e/ou sociais (álcool e cigarro) e ilícitas (substâncias de drogadição como maconha e crack) (COUTO, 2008).

Para além, a incidência de transtornos, como de aprendizagem, habilidades motoras, de comunicação (linguagem), de comportamento, depressivo e globais do desenvolvimento; déficit de atenção-hiperatividade; ansiedade; fobias sociais e específicas. Já na adolescência é freqüente transtornos de humor, conduta, alimentar, psicóticos (esquizofrenia), bem como, transtornos por uso de substâncias psicoativas (COUTO, 2008).

Os fatores relacionados à dificuldades diagnósticas e situacional, se referem ao caráter recente do conhecimento sistematizado sobre freqüência, persistência, prejuízo funcional e conseqüências na vida adulta associadas aos transtornos mentais da infância e adolescência (ARANTES, 2014).

Um outro fator relevante seria a inexistência até pouco tempo, em todos os países, de evidências empíricas de qualidade, efetividade e eficácia dos tratamentos para transtornos mentais infantis. Mas sabe-se que na última década, as ações de intervenções terapêuticas vêm sendo comprovadas, assim como a efetividade de estratégias comunitárias, psicossociais e familiares, particularmente em situações de risco (COUTO, 2008).

O cuidado também foi entendido como um marco na dificuldade da inclusão da saúde mental no campo da saúde pública, pois a atenção psicossocial a crianças e adolescentes normalmente envolvem vários setores autônomos em relação a saúde mental propriamente dita, como os setores da saúde em geral, atenção básica, educação, assistência social, justiça e direitos (REIS, 2010).

Esta forma de uso dos serviços revela a ausência de racionalidade na oferta dos recursos e, na maioria das vezes, resulta em impropriedade ou subutilização do cuidado (COUTO, 2008).

No contexto internacional atual, tem sido reiteradamente afirmada a necessidade de uma rede que articule serviços especializados, prioritariamente de base comunitária e sob fundamento intersetorial. No caso específico do Brasil, a implantação dos CAPSi para o

atendimento de transtornos mentais que envolvem prejuízos severos e persistentes e também o estabelecimento de diretrizes para articulação intersetorial da saúde mental com os outros setores públicos constituem, atualmente, os pilares da saúde mental pública para crianças e adolescentes.

Espera-se consolidar uma rede ampliada de atenção à saúde mental infantil e juvenil, ou seja, a qual tem o objetivo de entender o significado do adoecimento e tratar a doença no contexto de vida, na qual esta doença está inserida. Portanto, sua proposta não é tratar a doença, mas o sujeito de maneira integral (BRASIL, 2002).

Trata-se da prática interdisciplinar, fazendo conexões e parcerias com outras práticas de fazer saúde, a interdisciplinaridade onde devem estar articulados serviços de diferentes setores, como atenção básica assistência social, escola, entre outros, com graus diferenciados de complexidade e níveis distintos de intervenção, capazes de responder pelas diferentes problemáticas envolvidas na saúde mental de crianças e jovens (ARANTES, 2014).

Os CAPSi foram propostos a partir de 2002, sob os mesmos princípios que regem as demais tipologias de CAPS no país. São serviços territoriais, de natureza pública, financiados integralmente com recursos do SUS, com a função de prover atenção em saúde mental baseados na integralidade do cuidado (BRASIL, 2002). Esta inflexão para o território, conjugada ao atendimento dos casos, imputa a estes serviços um duplo mandato: terapêutico e gestor.

Sendo que, o mandato de gestor o qual é proposto ao CAPSi, se desenvolve através da organização da demanda a ser atendida e também dos possíveis encaminhamentos a outros entes pertencentes à rede de atenção a crianças e adolescentes, por intermédio de reuniões regulares. Também devendo haver, a pactuação dos fluxos pelos diferentes serviços/setores visando à melhor cobertura das demandas que, mesmo não requerendo tratamento diário e intensivo, exigem cuidados e tratamento.

Os indicadores disponíveis sugerem que a expansão da rede CAPSi está aquém da necessária e constitui um importante desafio a ser enfrentado. Podemos ter uma idéia da expansão dos CAPSi desde sua criação no país, ao final de 2007 eram 86 CAPSi em funcionamento, já no ano de 2015, existem 196 CAPSi em funcionamento, ou seja, em cinco anos, de 2002 a 2007, 54 novos serviços foram disponibilizados, mesmo assim sabe-se que ainda são insuficientes, visto a grande demanda e a grande população jovem de nosso país (BRASIL, 2002).

O percentual de CAPSi em relação à totalidade dos CAPS (todas as tipologias) em funcionamento no país tem se mantido inalterado ao longo dos anos, média de 7%. A existência no SUS de recursos financeiros extra-teto (Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade (APAC), do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), isto é, com dotação específica, para custeio dos CAPS, não correspondeu para os CAPSi (e CAPS III) ao aumento esperado no número de serviços (BRASIL, 2006).

A partir de 2005, apenas 24% dos CAPSi pleitearam recurso junto ao Ministério da Saúde para financiamento de supervisão clínico-institucional, objeto do programa de qualificação do atendimento e gestão dos CAPS, com dotação financeira regular (BRASIL, 2006).

Nas cidades onde não está prevista, atualmente, a implementação de CAPSi, a orientação atual da política indica que a cobertura para tratamento de crianças e adolescentes deverá ser executada pelas demais tipologias de CAPS (I, II, III, AD), (BRASIL, 2002), pelos ambulatórios de saúde mental e/ou outros recursos intersetoriais existentes. Esta estratégia é relevante no sentido de cobertura, entretanto, requer um rigoroso processo de acompanhamento e análise de impacto, que ainda não é realizado (BRASIL, 2006).

Atualmente na literatura, são escassas as publicações contendo avaliações mais detalhadas sobre o funcionamento dos CAPSi. Um estudo recente, de caráter descritivo, realizado com dados secundários obtidos das autorizações de procedimento de alta complexidade - APAC por ano de 2003, de sete CAPSi, encontrou 1.455 pacientes em atendimento (62, 3% do sexo masculino e idade média de 11, 1 anos), representando uma média de 208 pacientes por serviço. Destes, 49,3% estavam em atendimento não-intensivo, 40,2% em semi-intensivo e 10,5% em regime intensivo (ARANTES, 2014).

Em relação aos agrupamentos diagnósticos propostos pela CID-10, foram encontrados: 44,5% dos pacientes no grupo dos transtornos de comportamento e transtornos emocionais; 19,8% no dos transtornos neuróticos; 14,2% nos transtornos do desenvolvimento psicológico; 3% com esquizofrenia e transtornos esquizotípicos ; 8,7% no dos transtornos do humor (ARANTES, 2014).

Em relação às normas estabelecidas para a composição da equipe, a única discrepância identificada foi o menor número de profissionais de nível médio. Mesmo circunscrito e baseado em informações apenas do primeiro ano de existência dos CAPSi no SUS, o estudo indica pontos de convergência entre o serviço e sua missão público-institucional. Em relação à função gestora dos CAPSi, não há referência neste ou em outros trabalhos registrados na literatura (COUTO, 2008).

Conclusão

Neste artigo foi retratado os avanços na elaboração e implementação das políticas públicas em saúde mental infanto-juvenil, entretanto, é notório que esta rede de cuidados precisa ser melhor organizada e articulada.

Rotineiramente acaba-se por tratar na sua maioria, um perfil previamente estabelecido em saúde mental infanto-juvenil, ou seja, diagnósticos, sintomas e desestruturas familiares que se repetem. Mas, cada vez mais se torna importante reconhecer que o adolescente e/ou a

criança em sofrimento psíquico é um sujeito com muitas facetas e agentes sobre si, e que sendo assim, possivelmente as propostas de transformação não terão o alcance necessário às necessidades e demandas destes sujeitos se não houver uma articulação efetiva entre toda a rede de atenção a crianças e/ou adolescentes. Temos ainda muito a fazer em relação ao modo de cuidar que estamos oferecendo a estes sujeitos.

As limitações e os desafios nos demandam coragem para encarar as questões relacionadas a este cuidar, especialmente no que tange ao trabalho coletivo. Elas nos anseiam por buscar saídas possíveis para situações emergentes e que possam garantir a estas crianças e adolescentes o direito básico de um tratamento digno no campo da saúde mental.

Referências

Arantes, Ricardo Lugon.(2014). *Saúde Mental na Infância e Adolescência: Atenção Psicossocial na Infância e adolescência*. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina.

Brasil, Ministério da Saúde do Brasil. (2002). *Portaria 336/2002. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II*. http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/39_Portaria_336_de_19_02_2002.pdf

_Ministério da Saúde do Brasil. (2002). *Portaria GM 189/2002..* <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao-mental.pdf.2002>.

_Ministério da Saúde. (2004 a). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Editora Ministério da Saúde.

_Ministério da Saúde. (2004 b). Gabinete do Ministro. *Portaria nº 1.608, de 03 de agosto de 2004*. Diário Oficial da União, Brasília, DF.

_Ministério da Saúde. (2004 c). Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde.

_Ministério da Saúde. (2005). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil /*

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde.

_Ministério da Saúde do Brasil. (2006) *Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança de modelo de atenção*. Relatório de Gestão 2003-2006. <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio-gestao-saude-mental-2003-2006.pdf>.2006.

_Ministério da Saúde do Brasil. (2006). *Declaração de Brasília..* <http://www.saude.gov.br>.2006

_Ministério da Saúde. (2007). *Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil/Ministério da Saúde*. Textos Básicos de Saúde. Série Promoção da Saúde Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília. (p. 304, n.6)

Couto, M. C. V. (2012). **Política de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes: especificadores e desafios da experiência brasileira (2001-2010)**. Tese (Doutorado em Saúde Mental) – Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil).

Couto, M.C.V., Duarte, C.S., Delgado, P.G.G. (2008). *A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios*. Revista Brasileira de Psiquiatria. V. 30. n.º 4, p. 390-398.

Elias, Roberto João. (2008). *Comentários ao Estatuto da Criança e do Adolescente*. 3ª ed. São Paulo: Saraiva.

Guljor, A.A.F. *Os centros de atenção psicossocial: um estudo sobre a transformação do modelo assistencial em saúde mental*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

Lorenzi, G. W. (2007). *Uma breve história dos direitos da criança e do adolescente*. [S.l.]: Promenino Fundação Telefônica, 2007. Disponível em: <http://www.promenino.org.br/ferramentas/conteudo/tabid/77/conteudoid/70d9fa8f-1d6c-4d8d-bb69-37d17278024b/default.aspx>.

Monarcha, C. (2009). *Psicoclínicas e cuidados da infância*. Boletim Academia Paulista de Psicologia, São Paulo, v. 77, n.º 2, p. 274-284.

Reis, A. O. A; Delfini P. S.S.; Dombi-Barbosa C.; Bertolino Neto M.M. (2010). *Breve história da saúde mental infanto-juvenil*. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E. TANAKA, O. Y. *Atenção em Saúde Mental para Crianças e Adolescentes no SUS*. São Paulo: Hucitec. p. 109-130.

Ribeiro, P. R. M. (2006). *História da saúde mental infantil: as crianças brasileiras da colônia a república velha*. Psicologia em estudo, Maringá, v. 11, n.º 1, p. 29-38, jan. – abr.

Souza, M. L.; Boarini, M. L. (2008). *A deficiência mental na concepção da liga brasileira de higiene mental*. Revista Brasileira de Educação Especial, Marília, v. 14, n.º 2, p. 273-292, Mai. – Ago.

Stewart, J.(2011). *The Dangerous Age Of Childhood: Child Guidance and the “Normal” Child in Great Britain, 1920-1950*. Pedagogia Historica, v. 47, p. 785-803.

Contato

Anaelisa Buffon Reis
Especialização em Gestão de Organizações Públicas em Saúde
Rua Rolante, 135
Campo Bom-RS
Cep. 93.700-000
e-mail: anabuffon@faccat.br

Anexo



ISSN 1516-3687 *versão
impressa*

ISSN 1980-6906 *versão on-
line*

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Seções Temáticas](#)
- [Processo Editorial](#)
- [Normas de submissão do artigo](#)
- [Direitos autorais](#)
- [Estrutura do artigo](#)
- [Indicação de revisores](#)
- [Exemplos de citações no corpo do texto com base nas normas da APA](#)
- [Exemplos de referências](#)
- [Checklist](#)
- [Endereço](#)

Seções Temáticas

Com o objetivo de especificar o escopo da revista e de descrever os campos de publicação com maior afinidade à sua política editorial, foram definidas cinco seções que estão alinhadas às principais áreas cobertas pelo Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento e pelo Curso de Psicologia da UPM, como descritas a seguir.

- **Avaliação psicológica:** O objetivo da seção é divulgar trabalhos que evidenciem estudos psicométricos e/ou aplicação de instrumentos no processo de avaliação psicológica em diferentes contextos de atuação do psicólogo e demais profissionais que trabalhem em interface com a psicologia.
- **Desenvolvimento humano:** O objetivo da seção é divulgar estudos sobre desenvolvimento humano e/ou seus transtornos com ênfase na interdependência de elementos biológicos, psicológicos e sociais nos processos de mudanças a partir de diferentes abordagens teóricas. Abrange também estudos sobre o desenvolvimento a partir de modelos experimentais em animais.
- **Psicologia e educação:** O objetivo da seção é divulgar estudos em psicologia na interface com a educação a partir do conhecimento produzido em diferentes abordagens teóricas. Os estudos podem abranger políticas públicas em educação, formação de professores, aprendizagem e práticas inclusivas.
- **Psicologia clínica:** O objetivo da seção é divulgar trabalhos voltados à saúde mental, em nível individual e coletivo, empregando dispositivos clínicos já consagrados ou em desenvolvimento. Os trabalhos podem focar aspectos diagnósticos, prognósticos,

psicoterápicos em diferentes modalidades e abordagens teóricas da psicologia, contemplando também estudos em interface com outras áreas da saúde.

- **Psicologia social:** A seção tem como objetivo divulgar estudos no campo da psicologia social cujos pressupostos teóricos e as estratégias metodológicas estejam orientados por uma concepção de sujeito como ser indissociável da sociedade e da história. As possíveis temáticas incluem saúde, trabalho, instituições e violência.

Processo Editorial

Após submeter o artigo via SEER (ver item 8 "Normas de submissão do artigo", a seguir), será comunicado, via e-mail, ao autor sobre o recebimento do artigo. A primeira avaliação, referente à adequação do artigo às normas de submissão será feita pelos editores e, se o mesmo estiver adequado, será indicado para avaliação. Caso contrário poderá ser solicitado adequações quanto à forma e conteúdo ou mesmo recusados por não estarem afinados com os objetivos das seções da revista.

Após a análise da adequação às normas e conteúdo, artigo será encaminhado para dois consultores *ad-hoc*, tendo por base o critério de revisão cega por pares (*blind review*).

Após isso, será emitido um parecer por parte dos consultores que indicará que o artigo avaliado foi: a) aprovado sem restrições; b) recomendado para nova análise e c) recusado. Em todos os casos, os autores serão notificados das decisões editoriais.

Quando houver discrepância entre os pareceres dos consultores, isto é, um revisor o aprova sem restrições ou recomenda para nova análise e o outro o recusa, os pareceres serão avaliados pelos editores e, caso necessário, o artigo será encaminhado para a arbitragem de um terceiro revisor.

Quando os autores tiverem que realizar modificações nos artigos, elas deverão ser realizadas dentro do prazo estipulado pelos editores. Juntamente com o artigo reformulado, no qual as mudanças deverão ser destacadas em vermelho, deverá ser enviada também uma carta com explicações das mudanças realizadas e o local de inserção no texto. Os artigos recusados poderão ser totalmente reformulados e submetidos à revista como um novo artigo.

Depois de cumpridas todas as solicitações haverá

comunicação aos autores sobre a aceitação final do artigo.

Quando o artigo for aceito para publicação, aos Editores reserva-se o direito de introduzir pequenas alterações para efeito de padronização, com ciência dos autores.

Normas de submissão do artigo

As normas de submissão eletrônica seguem os seguintes passos:

No link <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp> do Sistema Eletrônico de Editoração de Revistas (SEER) o autor deverá efetuar cadastro para emissão de senha. Depois de efetuado o cadastro, o autor deverá acessar o sistema para submeter o artigo.

Para essa submissão será necessário o preenchimento de dados dos autores (nome completo, filiação institucional, dados de autor responsável pela correspondência - nome, endereço postal, endereço eletrônico). Cada artigo terá um número máximo de seis autores. Em casos especiais, no qual se deseja ampliar o número de autores, deverá ser enviada uma justificativa para o editor da revista que decidirá por sua pertinência.

É necessário indicar uma seção para a qual o artigo está sendo submetido:

• **Avaliação psicológica:** Responsável: Profa. Dra. Camila Cruz Rodrigues

• **Desenvolvimento Humano:** Responsável: Profa. Dra. Maria Cristina Triguero Veloz Teixeira

• **Psicologia e educação:** Responsável: Prof. Dr. Marcos Vinicius de Araújo

• **Psicologia clínica:** Responsável: Profa. Dra. Maria Leonor Espinosa Enéas

• **Psicologia Social:** Responsável: Prof. Dr. Erich Montanar Franco

Auxílios financeiros deverão ser indicados durante a submissão eletrônica no campo reservado para esse fim.

Junto ao artigo deverá ser enviada, como arquivo digital, uma carta (ver modelo) assinada por todos os autores e dirigida ao Editor, autorizando o processo editorial e transferindo todos os direitos autorais para a **Revista**

Psicologia: Teoria e Prática.

É imprescindível que, quando se tratar de pesquisas com seres humanos, o autor envie uma cópia da aprovação do Comitê de Ética como arquivo digital. Mesmo artigos de casos clínicos e artigos sobre relatos de experiência profissional devem apresentar essa aprovação.

Os arquivos originais das tabelas, gráficos e figuras deverão ser inseridos no SEER como arquivos adicionais para, se necessário, serem utilizados na editoração final do artigo, caso esse seja aceito.

Direitos autorais

A ***Revista Psicologia: Teoria e Prática*** detém os direitos autorais de todas as matérias publicadas por ela. A reprodução total ou parcial dos artigos desta revista em outras publicações requer uma autorização escrita do Editor.

Estrutura do artigo

A redação do artigo poderá ser em português, espanhol ou inglês.

As modalidades previstas pela Revista são:

- Artigos originais baseados em dados empíricos limitados a 15 páginas incluindo um número máximo de 20 referências. Seguir a estrutura: Introdução (não subdividir em tópicos); Método (identificar subseções: participantes, instrumentos ou materiais e procedimentos); Resultados; Discussão (incluindo a conclusão) e Referências.
- Artigos teóricos com análises críticas de temas atuais limitados a 15 páginas incluindo um número máximo de 20 referências. Tratando-se de um artigo teórico, o autor poderá traçar o desenvolvimento da teoria para expandir e refinar os conteúdos, apresentar uma nova teoria ou analisar uma teoria existente. Por isso, a estrutura desse tipo de artigo pode variar quanto à ordem e conteúdo. Entretanto, deve constar: introdução, desenvolvimento e conclusão.
- Artigos de revisão sistemática limitados a 20 páginas incluindo um número máximo de 40 referências. Seguir a estrutura: Introdução (não subdividir em tópicos); Método (critérios de inclusão do material na revisão, procedimentos de coleta dos dados documentais e procedimentos de análise); Resultados; Discussão (incluindo a conclusão) e Referências.

- Artigos de casos clínicos limitados a 10 páginas, incluindo um número máximo de 15 referências. Seguir a estrutura: Introdução (não subdividir em tópicos); Método (caracterização clínica do caso, procedimentos de avaliação e intervenção); Resultados; Discussão do caso (incluindo conclusão) e Referências.
- Artigos sobre relatos de experiência profissional limitados a 10 páginas, incluindo um número máximo de 15 referências. Seguir a estrutura: Introdução (não subdividir em tópicos); Método (caracterização dos procedimentos utilizados na experiência); Resultados e Discussão da experiência (incluindo conclusão); Referências.
- Informes breves sobre dados de pesquisa, limitados a 5 páginas, incluindo um número máximo de 15 referências. Seguir a estrutura: Introdução (não subdividir em tópicos); Método (identificar subseções: participantes, instrumentos ou materiais e procedimentos); Resultados; Discussão (incluindo a conclusão) e Referências.
- Resenhas de livros limitadas a cinco páginas, incluindo um número máximo de 10 referências. Tem como objetivo comentar obras recém-lançadas discutindo o tema do livro. Deve ser apresentado em texto contínuo. O título da resenha deverá seguir o padrão da revista indicando o nome do livro sobre o qual a resenha foi feita.

Em todos os artigos deverá constar:

- Título (com no máximo 12 palavras);
- Título abreviado (com no máximo cinco palavras);
- Indicação da seção da revista a qual o artigo foi submetido;
- Nome dos autores e afiliação institucional;
- Indicação do autor de correspondência com e-mail e endereço;
- Resumo em português (máximo de 150 palavras) com cinco palavras chaves;
- Versões em inglês e espanhol (do resumo e das palavras chave).
- Nas resenhas não é necessário apresentar resumos ou palavras chave.
- Não incluir notas de rodapé

Contagem das páginas: inicia-se a partir da Introdução até o fim das referências. Resumo/Abstract/Resumen não entram

nesta contagem. Figuras, quadros e tabelas devem ser inseridos após as referências limitados a um total de quatro por modalidade de artigo, excetuando-se os informes breves que têm o limite de duas. Os arquivos originais das figuras, tabelas, quadros e gráficos devem ser submetidos, também, como arquivos separados.

Corpo do texto: não devem aparecer os nomes dos autores. Não é necessário iniciar uma nova página a cada tópico. Todos os artigos devem ser digitados em processador de texto Word for Windows, com espaço duplo, na fonte Times New Roman, com corpo 12, sem exceder o número de páginas em relação ao tipo de artigo. A página deve ser configurada em A4, com formatação para as margens de ao menos 2,54 cm na parte superior, inferior, esquerda e direita. Todas as páginas devem ser numeradas. O texto deve ser alinhado à esquerda, não justificado. Recue apenas a primeira linha do parágrafo. É proibido o uso de recursos especiais de edição de tipo sublinhado, hifenização, macros.

Resumo/Abstract/Resumen (alinhado à esquerda e em bloco único) com, no máximo, 150 palavras. O resumo deve conter uma representação breve, mas precisa do conteúdo do artigo contemplando os principais itens na ordem em que eles aparecem no texto. São necessárias cinco palavras-chave em cada um dos idiomas do resumo.

Anexos: Usados apenas quando forem estritamente necessários e incluídos somente após consulta ao Editor da revista.

Referências: Seguir normas da APA. Listadas por ordem alfabética de sobrenome dos autores. Os trabalhos de mesmo autor único são ordenados por ano de publicação (começando pela mais antiga).

Indicação de revisores

Juntamente com a submissão, os autores deverão indicar nomes de cinco possíveis revisores (e seus contatos como e-mail e telefone) que tenham afinidade ao tema tratado no artigo. Esses revisores obrigatoriamente deverão possuir título de doutor e não poderão ter publicado artigos em conjunto com qualquer dos autores. Esses nomes poderão ser escolhidos ou não pelo conselho de editores que julgará sua pertinência como revisores.

Exemplos de citações no corpo do texto com base nas normas da APA

Citação

É a menção no texto de uma informação extraída de outra fonte. O autor lança mão de um texto original para extrair a citação, podendo ser reproduzido literalmente (citação direta, literal ou textual), interpretado, resumido ou traduzido (citação indireta ou livre), ou podendo ser uma informação extraída de fonte intermediária (citação de citação).

Citações diretas, literais ou textuais

São transcrições literais e extraídas do texto consultado, respeitando-se todas as características formais em relação à redação, à ortografia, e à pontuação original.

Parte do trecho transcrito pode ser omitida mediante o emprego de três reticências entre colchetes, mas, ao final do trecho, indica-se de onde foi extraída a citação, o nome do autor, o ano e a página específica. A citação no texto é transcrita entre aspas duplas, e, no caso de ser uma citação textual curta, de até 40 palavras, deve vir incorporada ao parágrafo.

Exemplo:

"O aumento do consumo de tecnologia dura, entretanto, não tem acrescentado altos benefícios ao processo de produção da saúde, uma vez que os profissionais tendem a subestimar o diálogo com o paciente quando solicitam apenas uma bateria de exames" (Rezende, Schall, & Modena, 2011, p. 60).

Quando o nome do(s) autor(es) citado(s) ou o(s) título(s) da obra citada estiver(em) incluído(s) na sentença, apenas a data e a(s) página(s) são incluídas entre parênteses.

Citação que compreende 40 ou mais palavras é transcrita em texto separado e sem aspas. Deve ser iniciada em uma nova linha e com recuo de meia polegada (1,3cm) a partir da margem esquerda. No final deve ser informada a fonte e o número da página ou do parágrafo, este em caso de material da internet não paginado.

Exemplo:

"[...] Em outras palavras:

O importante é compreender que a vida afetiva – emoções e sentimentos – compõe o homem e constitui um aspecto de fundamental importância na vida psíquica. As emoções e os sentimentos são como alimentos de nosso psiquismo e estão presentes em todas as manifestações de nossa vida. Necessitamos deles porque dão cor e sabor a nossa vida, orientam-nos e nos ajudam nas decisões (Bock e

colaboradores, 1990, p. 198).

Como se sabe, na linguagem diária e marcada pelo coloquialismo, isenta dos códigos científicos, as pessoas tendem a usar, no jargão oral, emoção, sentimento e afetividade como sinônimos, ao falar de uma experiência psicológica particular" (Pinto, 2005)

Outro Exemplo:

Citações indiretas ou livres

São reproduções de ideias de outrem sem que haja transcrição literal das palavras utilizadas. Apesar de livres, devem ser fiéis ao sentido do texto original. Não necessitam de aspas.

Exemplo:

De acordo com Rey (2002), os princípios da redução de danos incluem a constatação de que o uso não médico de drogas psicoativas é uma ocorrência inevitável numa sociedade que tem acesso a tais drogas; consideram a priorização de objetivos de tratamento em que aqueles que são imediatos e realizáveis têm precedência quando não se pode esperar realisticamente a abstinência do usuário num futuro próximo.

Citação de citação

Quando o autor não se utiliza do texto original, mas de uma citação feita em obra consultada, a citação poderá ser reproduzida literalmente, ou ser interpretada, resumida ou traduzida. Esse tipo de citação deve ser evitado ao máximo, já que a obra final não foi consultada e pode haver risco de má interpretação e de incorreções. Neste caso, utiliza-se a expressão latina *apud*, seguida de indicação da fonte efetivamente consultada, e os dados do documento original devem ser mencionados na seção de referências.

Exemplos de referências

Artigo e/ou matéria de jornal

Naves, P. (1999, JUNHO 28). *Lagos andinos dão banho e beleza*. Folha de São Paulo, p.813.

Artigo e/ou matéria de jornal em meio eletrônico

Silva, I. G. (1988, SETEMBRO 19). Pena de morte para o nascituro. *O Estado de S. Paulo*. Disponível em:

<http://www.brazilnet.com.br>.

Artigo de revista científica

Schmitz, M., Polanczyk, G., & Rohde, L. (2007). Remissão na adolescência e preditores de persistência em adultos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56 (1) 25-29.

Artigo de revista científica no prelo

Mansilla, H. C. F. (no prelo). La controversia entre universalismo y particularismo en la filosofía de la cultura. *Revista Latinoamericana de Psicología*.

Trabalho apresentado em evento

Brayner, A. R., & Medeiros, C. B. (1994, SETEMBRO). Incorporação do tempo em SGBD orientado a objetos. In E.E. Presidente (Organizador), *Simpósio brasileiro de banco de dados*. Simpósio conduzido em Anais, São Paulo

Trabalho apresentado em evento e publicado em meio eletrônico

Guncho, M. R. (1998, OUTUBRO). A educação à distância e a biblioteca universitária. In: Seminário de bibliotecas universitárias, Fortaleza. Anais (nome do evento).

Livro

Peres, R.S. & Santos, M.A. (2012). *Psicossomática psicanalítica: intersecções entre teoria, pesquisa e clínica*. Campinas: Alínea.

American Psychiatric Association. (2003). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (4º Ed.) (Dornelles, C. trad.). (primeira publicação 2000) Porto Alegre: Artmed.

Capítulo de livro

Sisto, F. (2007). Delineamento correlacional. In: N. M. Nunes. & C. D. Campos (Ed.), *Metodologias de pesquisa em ciências: análises qualitativas e quantitativas*. (pp. 90-101). Rio de Janeiro, RJ: Editora.

Dissertações/Teses

Ribeiro, C. A. (1986). *O efeito da utilização do brinquedo terapêutico, pela enfermeira pediátrica, sobre o comportamento de crianças recém-hospitalizadas*. (Dissertação de Mestrado não publicada) - Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Checklist

Antes de submeter o artigo, verifique se os seguintes itens estão incluídos no seu artigo:

- Preenchimento de todos os campos listados no SEER (<http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp>);
- Formatação do artigo de acordo com as diretrizes da APA (citações, referências e tópicos do artigo);
- Título com no máximo 12 palavras;
- Título abreviado com no máximo cinco palavras;
- Resumo com cinco palavras-chave;
- *Abstract* com cinco *keywords*;
- *Resumen* com cinco *palabras clave*;
- Referências de acordo com as normas da APA;
- Figuras e tabelas em seus formatos originais (limitados a um total de quatro por modalidade de artigo, excetuando-se os informes breves que têm o limite de duas);
- Carta de encaminhamento (de acordo com o modelo);
- Protocolo de aprovação do Comitê de Ética (não sendo necessário apenas para artigos teóricos);
- Indicação da seção da revista para a qual o artigo foi submetido;
- Indicação de cinco possíveis revisores com e-mail e telefone;
- Termo de cessão de direitos autorais (de acordo com o modelo);
- Anexos (somente quando estritamente necessários e autorizados pelo editor)

Endereço

Editor

Prof. Dr. Luiz Renato Rodrigues Carreiro

Revista "Psicologia: Teoria e Prática"
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento
Rua da Consolação, 896 – Prédio 28, 1º andar. São Paulo – SP, Brasil.
CEP: 01302-907
Fone: (11) 2766-7069

E-mail: revistapsico@mackenzie.br