

CRIANÇA “ABRIGADA”, PERTURBAÇÃO PSÍQUICA GRAVE E DE COMPORTAMENTO E MINISTÉRIO PÚBLICO

EPAMINONDAS DA COSTA

Promotor de Justiça em Uberlândia-MG

SÍNTESE DOGMÁTICA - *Os princípios da integralidade do atendimento e da intersetorialidade, que norteiam as ações ou serviços socioassistenciais, determinam que a criança ou o adolescente, mantido em instituição de acolhimento ou no serviço/programa “família acolhedora”, bem como portador de quadro grave de perturbação psíquica e/ou de comportamento, receba atendimento que seja deveras especializado e multiprofissional, extrapolando, assim, os limites funcionais e/ou metodológicos do CAPS ia. Este tratamento poderá ser financiado extraordinariamente com recursos do fundo municipal dos direitos da criança e do adolescente, a teor do disposto no art. 15, I da Resolução 137 de 2010 do Conanda.*

INTRODUÇÃO

A presente tese possui alicerce em caso concreto da Comarca de Uberlândia-MG, referente a uma criança que contava então com a idade de onze anos, acolhida institucionalmente desde o seu nascimento. Durante vários anos, ela vinha recebendo atendimento psiquiátrico e psicológico no Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência (CAPS ia), mas sem resultados significativos. Além do acolhimento institucional e das tentativas infrutíferas de encaminhamento à adoção (com três “devoluções”), houve a colocação do infante em “família acolhedora” por aproximadamente um ano, até ele ser novamente submetido à dor e ao constrangimento da rejeição e/ou do abandono, “devolvido” que foi ao acolhimento institucional.

A atenção “especializada” supracitada dispensada à criança, levando-a ao CAPS ia por mais de uma vez semanalmente, em alguns momentos, visava muito mais a retirá-la do convívio com os demais acolhidos e com os *educadores sociais*, desolados com o comportamento de extremada agressividade física manifestado frequentemente pelo infante (portador de *esquizofrenia hebefrênica* – CID-

10: F20.1¹⁻²). Tal situação acontecia tanto no ambiente institucional quanto na escola. Ele batia em outras crianças, quebrava portas e janelas do local de acolhimento, bem como mordida adultos, além de se recusar a cumprir regras básicas de convivência. Isto aconteceu por muito tempo e vez ou outra ainda se repete.

Hoje, a partir da iniciativa inovadora do Ministério Público, contando com a adesão e, principalmente, com a indicação técnica e/ou profissional dos *educadores sociais* da instituição de acolhimento, o CAPS ia deixou de ser utilizado como recurso “terapêutico” para a *segregação* daquela criança e, na atualidade, adolescente. Tal paciente voltava apático para o serviço de acolhimento, sob efeito de medicação forte ou ministrada em dosagem maior, para contê-lo em seus impulsos de agressividade.

O estado de saúde mental e comportamental do citado *paciente* está relativamente equilibrado há vários meses, sendo certo que, no ambiente escolar, em particular, a sua permanência tem acontecido de maneira menos impulsiva ou agressiva, com algumas recaídas recorrentes, porém consideradas pelo Psiquiatra com sendo próprias do quadro de esquizofrenia.

Com a intervenção do Acompanhante Terapêutico durante alguns meses, o processo de tratamento deveras multiprofissional foi colocado em prática, sem a utilização de dispositivo de saúde pública. Por recomendação psiquiátrica, a permanência diária na escola tem respeitado o “tempo do aluno”, de acordo com o que foi preconizado em reunião conjunta realizada no Ministério Público. Esta posição médica veio a ser endossada por setores técnicos da educação, que se fizeram presentes ao referido ato ministerial.

FUNDAMENTAÇÃO

O acolhimento institucional de crianças e adolescentes em estado de abandono familiar, notadamente sob o aspecto moral, material e/ou afetivo, outrora denominado abrigo, está definido como sendo medida específica de proteção, com sede no art. 101, VII da Lei 8.069 de 1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

Para tanto, o serviço destinado à efetivação dessa medida de proteção, executado por entidade governamental ou não-governamental, integra o Sistema Único de Assistência Social (Lei 12.435 de 2011), na modalidade de *Casa Lar* e de *Abrigo Institucional*. Existem orientações técnicas para a organização do referido serviço, e bem assim para o “Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora”, editadas pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

Além de ser caracterizado pelo legislador como serviço de proteção social especial, o referido serviço integra as ações socioassistenciais de alta complexidade, de acordo com a tipificação proveniente da Resolução 109 de 2009 do Conselho Nacional de Assistência Social.

Nesse diapasão, a Lei 8.742 de 1993 – que *Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências* – aponta alguns dos princípios norteadores da política de assistência, com destaque para os da “*universalização dos direitos sociais, a fim de tornar o destinatário da ação socioassistencial alcançável pelas demais políticas públicas*” e “*o respeito à dignidade do cidadão... e ao seu direito a benefícios e serviços de qualidade...*” (art. 4º).

¹ “A esquizofrenia hebefrênica é uma forma de esquizofrenia caracterizada pela presença proeminente de uma perturbação dos afetos. As ideias delirantes e as alucinações são fugazes e fragmentárias; o comportamento é irresponsável e imprevisível. Existem frequentemente maneirismos. O afeto é superficial e inapropriado. O pensamento é desorganizado; e o discurso, incoerente.... Principais características: Inicia-se antes dos 25 anos de idade de acordo com a CID; Risos, choros e acesso de raiva involuntários com imprevisibilidade; Expressões bizarras; Condutas tolas; Afastamento social; Descuido com a própria aparência; Embotamento afetivo”. Em <https://pt.wikipedia.org/wiki/Hebefrenia>. Acesso em 23/09/2016.

² As referências ora destacadas, acompanhando o atestado médico, instruíram o projeto de financiamento do tratamento com recursos do fundo municipal dos direitos da criança e do adolescente.

Tais princípios podem ser traduzidos como “integralidade do atendimento” e “intersetorialidade”, de modo a garantir eficácia da proteção social, sobretudo em termos de *redução de danos e de prevenção da incidência de riscos*.

O fato é que o atendimento que vinha sendo prestado à criança pelo CAPS ia, realizado em articulação com o Centro de Referência Especializado de Assistência Social, a par da sua manifesta incompletude, pois visava quase que exclusivamente à “segregação social” do paciente, nada tinha de especializado, salvo a circunstância de a medicação ser prescrita por psiquiatra, numa unidade pública de saúde.

Realizavam-se “minifóruns” e mais “minifóruns”, além de inúmeros debates realizados judicialmente, mas, mesmo assim, os encaminhamentos geralmente propostos pelos técnicos consistiam na intensificação da permanência no CAPS ia. Porém, isto ocorria em contraposição à objeção apresentada por psicólogos daquele órgão, os quais compreendiam que se tratava de uma estratégia “terapêutica” equivocada ou imprópria. Mesmo assim, alternativas de intervenção criativa não eram encontradas, ao passo que o quadro de saúde mental e de comportamento do infante só se agravava.

Nos últimos meses de 2017, após ter sido procurado pela presidente e pela equipe técnica da entidade de acolhimento, desoladas e descrentes com a possibilidade de reversão da situação dramática versada na presente tese, este órgão do Ministério Público dirigiu-se *extraordinariamente* à instituição em causa, a fim de se reunir com os educadores sociais (cozinheira, *cuidadora social*, motorista e psicóloga), ausentes justificadamente a assistente social e a coordenadora, objetivando a discussão sobre alguns encaminhamentos práticos para o caso. Ao final da reunião, foram percebidas bastante animação e esperança por parte dos presentes.

A propósito, o emprego do advérbio “extraordinariamente” explica-se pelo fato de que as visitas às instituições de acolhimento acontecem com regularidade, porém inexistia até então proposta inovadora de atenção ao infante. A inovação esperada no atendimento em questão estava a cargo de psicólogos, assistentes sociais, pedagogos e médicos responsáveis pelo “caso” havia vários anos.

Ocorre que, a partir de uma situação específica vivenciada em família, este órgão do Ministério Público, por meio de um destacado psiquiatra local, teve ciência da existência da figura do *acompanhante terapêutico* (AT), capacitado para lidar com pacientes em crise de natureza psíquica, cabendo-lhe prestar importante apoio aos familiares destes, sem a necessidade da internação psiquiátrica para medicação. Tal medida hospitalar costuma redundar no agravamento do quadro do doente, que passa a se sentir posto de lado pelos familiares.

Com efeito, na reunião supracitada, foi discutida essa possibilidade concreta do *Acompanhamento Terapêutico* (AT) e do apoio real àqueles profissionais, com a sugestão, então, de que a equipe técnica do serviço de acolhimento providenciasse uma consulta com psiquiatra particular. Foi escolhido o médico com quem a criança possuía relação de confiança, a fim de que fosse analisada a conveniência ou não do acompanhante terapêutico.

Entretanto, foi cogitado de antemão que esse profissional adviesse da rede particular de saúde, a partir do diagnóstico e do prognóstico do tratamento do paciente; este, segundo o juízo médico, vinha apresentando crises psicóticas recorrentes e, por isto, agia com tanta agressividade, mesmo sendo bastante afetuoso, nos momentos em que tais crises estavam ou estão controladas.

Aliás, mesmo tendo sido “disponibilizado” para a adoção há vários anos, inclusive internacional, há insucesso na colocação de tal adolescente em família substituta, com três tentativas frustradas realizadas nesse sentido. Este insucesso tem agravado ainda mais o estado de saúde mental dele. Isto

decorre, principalmente, da desorientação psicológica do *acolhido* em tela, haja vista a ausência da construção psíquica da figura de mãe e de pai, consubstanciando o dado essencial simbólico do “afeto que protege” e do “limite” que demarca o sim e o não.

Animado diante da possibilidade da execução do projeto terapêutico por profissionais pagos e de maneira multiprofissional, o Psiquiatra em referência emitiu um atestado no qual era recomendado o *acompanhante terapêutico*, tendo tal documento sido encaminhado ao Ministério Público. Daí que, então, foi identificado esse profissional numa clínica particular, ou seja, uma psicóloga, com formação específica para o *acompanhamento terapêutico* (AT).

Realizada, na sequência, reunião informal no Ministério Público, com a presença da representante da Vara da Infância e da Juventude (setor técnico), da assistente social, da coordenadora e da psicóloga da instituição de acolhimento, bem como da profissional de referência da criança (*cuidadora social*), além da psicóloga acima mencionada (AT), este órgão do “*Parquet*”, com a adesão dos presentes, propôs que houvesse a elaboração do competente *projeto de acompanhamento terapêutico*, contendo a previsão do atendimento multiprofissional. Na estimativa do investimento para a sua execução, foram incluídos, ainda, as consultas regulares com o psiquiatra particular e o financiamento de atividades lúdicas externas e prazerosas, de acordo com as preferências do paciente, com a previsão do prazo inicial de seis meses para a efetivação experimental do projeto (*vide anexo I*).

Depois de concluído e aprovado pela equipe técnica do serviço de acolhimento e pelo Ministério Público, coube à direção do referido serviço apresentar o precitado projeto perante o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente – CMDCA –, para fins da deliberação e aprovação da *disponibilização* dos recursos próprios, provenientes do fundo municipal vinculado ao Conselho de Direitos em questão. A este órgão do Ministério Público coube a tarefa de manter interlocução com o CMDCA e com o ordenador da despesa (Secretária Municipal de Desenvolvimento Social), a fim de que fosse agilizado o início do atendimento deveras especializado à criança, financiado com recursos do fundo municipal dos direitos da criança e do adolescente.

No curso do acompanhamento terapêutico (AT) por cerca de quatro meses, e após nova avaliação do psiquiatra particular, além da visão técnica trazida a lume pela assistente social, pela coordenadora e pela psicóloga do serviço de acolhimento, houve a cessação temporária do *acompanhamento terapêutico*, passando a atuar uma Psicóloga com formação em Psicanálise, indicada pelo Psiquiatra já citado, cujo atendimento continua até hoje. Os resultados práticos resultantes de toda esta atenção especializada têm sido bastante animadores.

O pagamento mensal em relação ao atendimento supracitado é feito com os recursos alhures mencionados. Tanto essa Psicóloga quanto o Psiquiatra têm orientado a diretora escolar e os profissionais do serviço de acolhimento de como lidar com o paciente, especialmente nos momentos de crise, inclusive quanto às formas corretas de contê-lo fisicamente, com um lençol, a fim de ser evitado que ele agrida fisicamente as pessoas ao seu redor ou até mesmo em relação a si próprio.

Em verdade, a partir da experiência pessoal deste órgão do Ministério Público, acompanhando casos de autores de atos infracionais em surto psicótico, bem como doença em família, pôde ser constatado o quanto é desafiador emocionalmente atender a paciente em crise psicótica. Isto contribuiu, portanto, para que houvesse enorme compreensão acerca da necessidade urgente do auxílio especializado à própria equipe cuidadora da criança em causa, adolescente, na atualidade.

Pergunta-se, enfim: a partir de quais marcos legais específicos, afora aqueles do Sistema Único de Assistência Social antes apontados, o Ministério Público engendrou a abordagem inovadora da situação ora analisada?

A resposta está nas disposições do art. 201, VIII e § 5º, letra “b” da Lei 8.069 de 1990, bem como

no art. 15, inciso I da Resolução 137 de 2010 do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – CONANDA.

Estabelece o precitado art. 15 que:

Art. 15. A aplicação dos recursos do Fundo dos Direitos da Criança e do Adolescente, deliberada pelo Conselho de Direitos, deverá ser destinada para o financiamento de ações governamentais e não-governamentais relativas a:

I - desenvolvimento de programas e serviços complementares ou inovadores, por tempo determinado, não excedendo a 3 (três) anos, da política de promoção, proteção, defesa e atendimento dos direitos da criança e do adolescente.

[...]

O art. 201, VIII da Lei 8.069 de 1990, por sua vez, trata da atribuição institucional do Ministério Público quanto à promoção das medidas judiciais e extrajudiciais cabíveis, além do entendimento direto com a *pessoa ou autoridade reclamada, zelando pelo efetivo respeito aos direitos e garantias legais assegurados às crianças e adolescentes*.

Finalmente, em termos práticos, os dados preliminares recebidos pelo Ministério Público foram encartados numa Notícia de Fato, para fins de oficialização no Sistema de Registro Único – SRU. Acertada a resolução extrajudicial da situação ora analisada, houve o imediato encerramento da citada Notícia de Fato no SRU.

CONCLUSÃO

Criança ou adolescente, que esteja em instituição de acolhimento ou no serviço/programa “família acolhedora”, com quadro grave de perturbação psíquica ou de comportamento, deve receber atendimento que seja deveras especializado e multiprofissional, extrapolando, assim, os limites funcionais e/ou metodológicos do CAPS ia. Este tratamento poderá ser financiado extraordinariamente com recursos do fundo municipal dos direitos da criança e do adolescente, a teor do disposto no art. 15, I da Resolução 137/2010 do Conanda.

Anexo I – Projeto Terapêutico

“*NOME DO PROJETO*: Acompanhamento Terapêutico para W. F. M., pela psicóloga e acompanhante terapêutica Olívia de Freitas Oliveira.

APRESENTAÇÃO

Há teorias da Psicologia que descrevem que o ser humano, além de necessidades fisiológicas básicas, apresenta necessidades emocionais que precisam ser satisfeitas para a sobrevivência do indivíduo. Eric Berne, criador da teoria da Análise Transacional, explica que algumas dessas necessidades são de: Estímulo, Contato, Reconhecimento, Estrutura, Incidentes e Liderança. A necessidade de Estímulo está relacionada à estimulação sensorial através dos órgãos do sentido (visão, audição, tato, paladar e olfato). A de Contato está ligada à necessidade de ser tocado por outro ser humano, como por exemplo, ter um carinho. A de Reconhecimento é

a necessidade de ser reconhecida pelas outras pessoas pelo que se é, pensa e faz. A de Estrutura é a necessidade de ter uma rotina. A de Incidentes é a necessidade de ter “novidades” na rotina, novos estímulos. A de Liderança é a necessidade de ter modelos para seguir, pessoas como exemplo de vida.

Quando a pessoa não tem essas necessidades supridas, pode acabar entrando em um processo de adoecimento, tanto psíquico quanto físico, já que muitas patologias têm origem emocional. A gravidade dos casos pode estar ligada ao grau de carência em cada uma das necessidades psíquicas da pessoa, podendo inclusive chegar à morte se for um grau elevado.

Dependendo da gravidade do caso, pode ser que apenas as estratégias de cuidado tradicionais não sejam suficientes para contemplar todas as demandas de cuidado que a pessoa tenha. Uma possibilidade que pode ser inserida como um outro dispositivo para o cuidado integral nesses casos é o Acompanhamento Terapêutico (AT).

O AT é uma modalidade de atendimento psicológico que vai além do ambiente físico da clínica, priorizando o estar com o outro em seu cotidiano. Isso possibilita intervenções nas atividades diárias, sejam em espaços públicos ou privados, de pessoas com diversos tipos de dificuldades e sofrimentos. Podem ser realizados atendimentos durante passeios, em casa, na escola, na rua ou em qualquer local que o acompanhado ocupa. Além disso, intervenções com a família, responsáveis e/ou cuidadores também são possíveis. O objetivo do AT é ressignificar e ampliar os espaços ocupados pelo paciente, assim como potencializá-lo em suas ações diárias.

Essa modalidade de atendimento tem mostrado resultados satisfatórios nos casos que demandam: suporte na execução de tarefas cotidianas; de mediação e fortalecimento de vínculos; auxílio para reconhecer as necessidades internas e expressá-las adequadamente; apoio e estímulo no desenvolvimento das capacidades relacionais; acolhimento e elaboração de sofrimentos; orientações e apoio aos outros indivíduos presentes na vida do acompanhado; entre outras demandas importantes na construção de uma vida mais humanizada, com direitos e deveres preservados.

JUSTIFICATIVA

O pré-adolescente W. F. M., de 11 anos, vivencia situações de violência, negligência, rejeição e abandono desde o seu nascimento, não tendo as necessidades supridas, o que consequentemente afetou seu desenvolvimento psíquico e emocional. Ele já passou por muitas tentativas de cuidado, em diversas instituições - em sua própria família, no CAPSi, nas escolas, nos abrigos, entre outras.

Segundo as equipes que o acompanha, W. é bastante afetuoso. Porém, apresenta comportamentos muito agressivos e inadequados, principalmente nos momentos em que é contrariado. Isso tem trazido muitas dificuldades para as equipes que o acompanham, já que oscila muito seu humor e comportamento. A hipótese diagnóstica psiquiátrica atual é de Esquizofrenia Hebefrênica (CID10: F20.1).

A proposta do AT neste caso, pode ser bastante eficiente, pois é um atendimento mais intensivo e próximo do paciente, já que a acompanhante terapêutica (at) estará com o garoto em seu cotidiano, possibilitando a construção de um vín-

culo terapêutico potente. Isso pode propiciar um campo mais aberto para as intervenções necessárias. Para todo profissional de saúde, principalmente na área da saúde mental, é imprescindível a construção do vínculo com o paciente para realizar o cuidado demandado. Quando não há a formação do vínculo, o paciente pode apresentar bastante resistência às propostas e também um comportamento hostil.

A partir do vínculo da acompanhante terapêutica com o W., será possível construir uma rotina mais adequada possibilitando que as necessidades emocionais sejam contempladas, assim como as fisiológicas.

OBJETIVOS

GERAL

Oferecer um cuidado especializado e singular ao pré-adolescente W., a fim de buscar uma estabilização emocional por meio do vínculo terapêutico, o qual será construído durante o Acompanhamento Terapêutico. A partir disso, será possível desenvolver junto com ele as habilidades adequadas e próprias de sua faixa etária, como a socialização.

ESPECÍFICOS

- Construir um vínculo entre a acompanhante terapêutica (at) e o W.;
- Buscar, por meio do vínculo, a estabilização psíquica do pré-adolescente acompanhado;
- Desenvolver com o acompanhado sua autonomia;
- Auxiliar no reconhecimento e na expressão adequada das necessidades internas e dos sentimentos;
- Estimular as capacidades relacionais, como a empatia e a noção de limite;
- Buscar atividades físicas e lúdicas que o pré-adolescente se identifique;
- Elaborar uma rotina para desenvolver a organização psíquica temporal;
- Ter momentos de passatempo com o acompanhado;
- Promover e auxiliar uma socialização efetiva e harmoniosa;
- Fortalecer e mediar a relação W. e equipe do Abrigo Carol;
- Orientar a equipe do Abrigo Carol sobre o cuidado de W.;
- Orientar a equipe do Abrigo Carol sobre as articulações necessárias com as outras instituições que o acompanham.

METAS

A proposta do AT para o W. tem como meta: a sua estabilização psíquica; o desenvolvimento de sua autonomia e das capacidades relacionais; o reconhecimento e expressão adequada das emoções e das necessidades internas; o engajamento em atividades físicas e lúdicas; o desenvolvimento da organização psíquica temporal; a inserção de momentos de passatempo e de responsabilidades adequadas em sua rotina; a socialização efetiva e harmoniosa.

POPULAÇÃO ALVO

A proposta desse Acompanhamento Terapêutico é destinada a W. F. M., pré-adolescente de 11 anos, nascido no dia 10 de novembro de 2005, morador da instituição Abrigo Carol, da cidade de Uberlândia-MG.

METODOLOGIA

A princípio, o foco do atendimento psicológico, na modalidade de AT, para o pré-adolescente W., será na construção do vínculo entre a AT e o acompanhado. Para isto, serão realizados encontros de segunda à quinta-feira, com duração de 1h ou 2h (totalizando 6 horas semanais), na instituição Abrigo Carol e em outros espaços externos.

Nos encontros iniciais, priorizarei o “estar com” o garoto em atividades que o interessem, como brincadeiras e jogos de sua preferência, dentro do Abrigo Carol. Em alguns momentos será individualmente e em outros em conjunto com os demais moradores e a equipe da instituição. Além disso, serão propostas saídas para locais públicos, como por exemplo, passeio ao parque e cinema.

A partir dessas propostas, será possível conhecer W. em seu cotidiano, podendo então, identificar seus interesses, suas habilidades, potências e limitações na interação com o outro e com os espaços públicos. Somente a partir dessa aproximação é que é possível realizar intervenções terapêuticas efetivas com o acompanhado, estimulando suas potencialidades, acolhendo e cuidando de suas limitações, dando o auxílio necessário para o seu desenvolvimento.

Um aspecto importante de se pensar no cuidado deste pré-adolescente é o da estruturação de uma rotina adequada para sua idade e necessidades, inserindo as atividades que ele precisa se responsabilizar, como a escola, equilibrando com outras que sejam prazerosas, como por exemplo aulas de dança, que W. já demonstrou interesse.

A atividade física é essencial para todas as pessoas, e, especificamente neste caso, será extremamente terapêutica, já que, com os exercícios físicos, o corpo libera a endorfina, que é o hormônio que traz uma sensação de bem-estar e relaxamento. Além disso, uma atividade física que seja de interesse de W., como a dança, pode estimular o desenvolvimento social e relacional do garoto, promovendo a interação com ambientes e pessoas que não sejam apenas da rede de saúde mental e social, como está acostumado.

Atualmente, a referência de cuidado e proteção que o garoto tem é a equipe do Abrigo Carol, de modo que, no desenvolvimento emocional do garoto, essa ocupa o papel de família em sua vida. Portanto, nesses encontros durante a semana, serão feitas também orientações à equipe da instituição, mediando a relação dessa com o garoto, com o objetivo de estimular a construção de um cuidado adequado, levando em consideração suas singularidades.

Além dessas intervenções supracitadas, para oferecer o cuidado psíquico que W. necessita, estimular o desenvolvimento e a estabilização emocional do garoto, é extremamente importante que ele continue o atendimento psiquiátrico com o médi-

co que já o acompanha. Para isso, serão realizadas consultas mensais, em que ele será avaliado e, se necessário, receberá as prescrições das medicações adequadas.

Ao se falar de atendimento psicológico, não é possível se fazer uma previsão do tempo de duração do tratamento, já que, cada indivíduo tem necessidades específicas e reage de forma singular às intervenções feitas durante os atendimentos. Portanto, o Acompanhamento Terapêutico de W. terá como tempo mínimo a duração de seis meses, com a proposta de que, ao se encerrar esse prazo, serão feitas novas avaliações para identificar as evoluções apresentadas pelo paciente, se há outras demandas e os encaminhamentos necessários.

PLANILHAS DE INVESTIMENTOS

<i>Descrição</i>	<i>Quantidade</i>	<i>Valor unitário</i>	<i>Valor mensal</i>	<i>Valor Total de 6 meses</i>
Atendimento psicológico na modalidade de Acompanhamento Terapêutico (AT)	<i>6 horas semanais</i>	R\$120,00 / hora	R\$2880,00	R\$17.280,00
Atividades físicas (esportes, danças, etc)	<i>3 aulas semanais</i>		R\$250,00	R\$1.500,00
Passeios e/ou atividades lúdicas	<i>1 por semana</i>	R\$30,00	R\$120,00	R\$720,00
Consulta com Psiquiatra particular	<i>1 consulta mensal</i>	R\$200,00	R\$200,00	R\$1.200,00
			TOTAL:	R\$20.700,00

Uberlândia, novembro de 2016

Olívia de Freitas Oliveira

Psicóloga e Acompanhante Terapêutica

CRP 04/39172