

Infância e Saúde mental: perfil das crianças usuárias de um Centro de Atenção Psicossocial Infantil

*Maiara Pereira Cunha**

*Lucienne Martins Borges***

*Cecília Braga Bezerra****

Resumo

Este estudo teve como objetivo caracterizar o perfil dos usuários que buscaram o Centro de Atenção Psicossocial Infantil de uma cidade catarinense no período de 2010 a 2012. Trata-se de um estudo documental, de corte transversal, com abordagem quali-quantitativa, em que foram investigadas as fichas documentais inativas e ativas dos usuários. Para análise, utilizou-se o programa estatístico Stata versão 12 para realização de estatísticas descritivas e inferenciais. Constatou-se a predominância do sexo masculino, a idade mais prevalente foi de sete anos, sendo que 67% dos usuários estudavam no Ensino Fundamental I; além disso, destacou-se a configuração familiar nuclear. Em relação à origem dos encaminhamentos, o setor de Educação foi o que mais encaminhou usuários. As queixas mais encontradas neste estudo foram: dificuldade no processo ensino/aprendizagem, ansiedade e agressividade. Verificou-se que a maioria dos usuários estudados passou de 30 a 89 dias no serviço.

Constatou-se a necessidade de orientar a população que busca o serviço sobre as especialidades do mesmo, a fim de que o fluxo de entrada seja coerente com ações desenvolvidas no CAPSi.

Palavras-chave: serviços de saúde mental; crianças; adolescentes.

Childhood and Mental Health: profile of children using the Center for Child Psychosocial Care

Abstract

This study aimed to characterize the profile of users who sought the Child Psychosocial Care Center of a city of Santa Catarina in the period from 2010 to 2012. This is a cross-sectional documentary study with a qualitative-quantitative approach, in which the inactive and active documentary records of the users were investigated. For analysis, Stata statistical version 12 was used to perform descriptive and inferential statistics.

The predominance of males was found, the most prevalent age was seven years, and 67% of the users studied in elementary school I; in addition, the familiar nuclear configuration was highlighted. Regarding the origin of referrals, the Education sector was the one that most referred users. The most frequent complaints in this study were: difficulty in the teaching / learning process, anxiety and aggressiveness. Seventy-seven percent of the records did not contain the records of the outcome / referral of the initial evaluation. It was verified the need to guide the population that seeks the service on the specialties of the same, in order that the inflow is consistent with actions developed in the CAPSi.

Key-words: mental health services; children; adolescents.

* Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFSC.

** Professora Titular do Departamento de Psicologia da UFSC, Coordenadora do Núcleo de Estudos sobre Psicologia, Migrações e Culturas-NEMPsiC, Doutora em Psicologia pela Université du Québec à Trois-Rivières.

***Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFSC.

Introdução

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2002), os transtornos mentais acometem mais de 25% da população em algum momento na vida. A prevalência dos transtornos psiquiátricos na infância/adolescência, no mundo, encontra-se entre 10 a 15%; já no Brasil, pesquisas realizadas com mais de 3000 crianças e adolescentes indicaram uma prevalência de 13% com algum diagnóstico de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV (Petresco, Anselmi, Santos, Barros, Fleitlich-Bilyk, Barros & Matijasevich, 2014; Scivoletto, Boarati & Turkiewicz, 2010).

Em uma investigação com os registros de Autorizações de Pagamento de Serviços de Alta Complexidade (APAC), referente ao pagamento dos atendimentos realizados no Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi), constatou-se a predominância dos seguintes transtornos: de comportamento (29,5%), de desenvolvimento (23,6%) e Retardo mental (12,5%) (Garcia, Santos & Machado, 2015).

Cabe destacar que os Centros de Atenção Psicossocial surgiram após a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Essa repensou o modelo de saúde, e continua em construção ao direcionar as práticas de saúde à comunidade, a desinstitucionalização dos sujeitos, a recolocação dos mesmos em seu território, bem como ao pensar em práticas integradas em saúde (Ministério da Saúde, 2005, 2014).

Com a Portaria 336/2002 (Ministério da Saúde, 2002), institucionalizaram-se os CAPS, dentre eles: CAPS I, CAPSi II e CAPS III. Por meio desses dispositivos em saúde, priorizam-se os atendimentos aos pacientes com transtornos mentais. Os CAPSi, por sua vez, correspondem a um serviço especializado na rede, sendo sua clientela composta apenas de crianças e adolescentes com transtornos mentais graves a severos (Ministério da Saúde, 2005). Destacam-se nesse cenário, os prejuízos sociais e escolares decorrentes dos problemas de saúde mental na infância/adolescência e a respeito dos investimentos custeados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (Paula, Lauridsen-Ribeiro, Wissow, Bordin & Evans-Lacko, 2012). Desse modo, acredita-se que, ao trabalhar com essa clientela, investe-se no cuidado e na possibilidade de que esses sintomas não cronifiquem (Bolsson & Benetti, 2011; Machado, Luiz, Filho, Miyazaki, Domingos & Cabrera, 2014; Organização Mundial da Saúde, 2002).

Segundo o Ministério da Saúde (2015), o número de CAPSi tem se expandido nacionalmente, haja vista que em 2006 contava com setenta e cinco, e, em 2014, o número passou para duzentos e um. As regiões Sul e

Nordeste apresentam os melhores índices de cobertura, seguidos das regiões Sudeste, Centro-Oeste e Norte. A região Sul possui ao total quarenta estabelecimentos, sendo vinte e um no Rio Grande do Sul, onze no estado do Paraná, e oito em Santa Catarina.

No que tange à cobertura nacional dos CAPSi para 100 mil habitantes, tem-se o índice de 0.86, que corresponde à cobertura “muito boa”. Referente à Santa Catarina, em 2002, o índice era de 0.35, tendo-se uma cobertura regular/baixa, no entanto, em 2014 atingiu um índice de 0.97, ou seja, uma cobertura considerada muito boa. Apesar desses índices, é importante que se repense as formas de articulação desse serviço com os níveis de atenção primários e terciários de saúde. Deve-se considerar, portanto, na organização das práticas em saúde, as questões regionais e suas respectivas prevalências de transtornos mentais nas crianças (Couto, Duarte & Delgado, 2008; Ministério da Saúde, 2015).

Uma busca sobre a temática realizada no portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) referente às publicações dos últimos dez anos, em língua portuguesa, com os descritores “serviços de saúde mental” E “crianças”, permitiu encontrar treze artigos. Com os descritores “perfil usuários” E “saúde mental”, encontrou-se onze e, por fim, ao utilizar “infância” E “serviços de saúde mental”, localizaram-se oito artigos. Sendo assim, reitera-se a importância de investigar a temática e por isso, pretende-se caracterizar o perfil dos usuários que buscaram o CAPSi no período de 2010 a 2012.

Materiais e métodos

O presente estudo tem um delineamento transversal, de abordagem quali-quantitativa, com dados extraídos das fichas documentais inativas e ativas de uma cidade de Santa Catarina dos anos 2010 a 2012. Iniciou-se a investigação pelas fichas documentais inativas que se encontravam organizados por ano e em ordem alfabética. Já em relação às ativas, essas estavam dispostas por numeração. A coleta de dados ocorreu na sala de arquivos da instituição, nos meses de janeiro e fevereiro do ano de 2013.

Com intuito de sistematizar a coleta de dados, foi desenvolvido um protocolo de pesquisa, no qual se investigou: sexo, idade, escolaridade, configuração familiar - definida com base na Organização das Nações Unidas (2007) -, origem do encaminhamento, a queixa que motivou a busca por atendimento, bem como, verificou-se a presença ou ausência de violência familiar e suas tipologias - violência física, psicológica, sexual e ou negligên-

cia - de acordo com a definição do Ministério da Saúde (2002). Além disso, investigou-se a duração no serviço desde a sua entrada até a saída (em dias) e, por fim, o desfecho, ou seja, se era demanda para o CAPSi ou se era feita a contra-referência para outro serviço da rede. No apêndice A (página 20-21), encontram-se as informações detalhadas dos dados pesquisados nas fichas documentais.

A coleta de dados se deu com a leitura das fichas documentais na íntegra e a utilização, principalmente, das informações pertencentes à avaliação inicial que foi realizada pela equipe do CAPSi (1 Técnico de Enfermagem, 1 Enfermeira, 4 Psicólogos e 2 Terapeutas Ocupacionais). As informações sobre a configuração familiar, origem do encaminhamento, tipologia de violência, queixa que motivou a busca por atendimento e o desfecho estavam em formato de texto descritivo. Tais dados foram analisados qualitativamente pelas autoras, as quais criaram categorias com base na recorrência dos temas e seus significados. No entanto, para realizar a análise quantitativa foi necessário transformar as categorias em números, sendo criado um banco de dados no Microsoft Excel 2007 e, para análise estatística, foi utilizado o programa Stata versão 12. Realizou-se estatísticas descritivas e inferenciais, bem como, para a última, utilizou-se o teste qui quadrado para verificar se as variáveis categóricas “queixa” e “sexo” possuíam associação.

Este estudo teve parecer favorável - Nº 301.464 - pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Resultados

Na presente pesquisa, foram verificadas 444 fichas documentais de um (1) CAPSi localizado em uma cidade de Santa Catarina, o que corresponde a 90% das fichas documentais desse serviço. Cabe a ressalva que alguns documentos não foram encontrados ou estavam sendo utilizados, nos dias da coleta, pelos profissionais em serviço, inviabilizando a coleta de todas as fichas do CAPSi.

Mais da metade da amostra dos atendimentos foi realizada com pacientes do sexo masculino. A média de idade dos usuários foi de 9 anos, sendo a idade mínima 5 e a idade máxima 13 anos. Com relação à escolaridade, predominaram crianças da Educação Fundamental I, estudantes do 1º ao 5º ano, portanto, crianças com idades entre 6 a 10 anos. Por fim, observou-se que a maioria dos usuários pertenciam às famílias nucleares e compostas (Quadro 1).

Quadro 1. Usuários atendidos em um CAPSi de Santa Catarina, 2010 – 2012. Distribuição da amostra de acordo com sexo, idade, escolaridade e configuração familiar (N= 444).

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	299	67,34
Feminino	145	32,66
Idade		
5 anos	1	0,23
6 anos	60	13,51
7 anos	72	16,22
8 anos	68	15,32
9 anos	61	13,74
10 anos	71	15,99
11 anos	58	13,05
12 anos	52	11,71
13 anos	1	0,23
Escolaridade		
Educação Infantil	16	3,60
Ensino Fundamental I	298	67,12
Ensino Fundamental II	112	25,23
Não consta a informação	18	4,05
Configuração Familiar		
Nuclear	175	39,41
Família Composta	92	20,72
Família Estendida	85	19,14
Família Mononuclear	83	18,70
Outros	9	2,03

Quanto à presença ou ausência de violência familiar, verificou-se que menos da metade dos registros continham informações que faziam alusão à presença de violência. Dentre os tipos de violência indicados, prevaleceram a violência física, em metade dos casos, seguida da violência psicológica - em torno de 1/3. Veja na página seguinte o Quadro 2.

Constatou-se que o setor da Educação e a Atenção Primária à Saúde (APS) foram os que mais encaminharam crianças e adolescentes ao serviço de saúde mental, contabilizando mais da metade dos encaminhamentos. No quadro 2 apresenta os motivos que fizeram com que os responsáveis pelas crianças ou adolescentes os levassem ao CAPSi. Sendo assim, a queixa *dificuldades no processo/ ensino aprendizagem* teve a maior prevalência na categoria *motivo de encaminhamento*, enquanto o *comportamento suicida*, a menor. Vinte e cinco por cento dos registros faz alusão à queixas ligadas à *ansiedade* e *agressividade*.

Inserir Quadro 3

Quadro 2. Usuários atendidos em um CAPSi de Santa Catarina, 2010 – 2012. Distribuição da amostra de com acordo origem do encaminhamento, queixas, presença de violência e tipologias (N= 444).

Variáveis	N	%
Origem do Encaminhamento		
Educação	174	39,18
Nível Primário	148	33,33
Conselho Tutelar	50	11,26
Demanda Espontânea	46	10,36
Outros Profissionais	10	2,25
Nível Secundário	5	1,13
Nível Terceário	5	1,13
Justiça	4	0,90
ONGs	1	0,23
Não Consta Informação	1	0,23
Queixas		
Dificuldades no Processo Ensino/Aprendizagem	83	18,68
Ansiedade	56	12,61
Agressividade	52	11,71
Ausência de Queixa	49	11,04
Convulsão	45	10,14
Evento Traumático	36	8,11
Comportamento Opositor	27	6,08
Comportamento Regredido	20	4,50
Violação de Regras	16	3,60
Humor Deprimido	15	3,38
Comportamentos Sociais Inadequados	11	2,48
Somatização	9	2,03
Luto	8	1,80
Comportamento Retraído	5	1,13
Sintomas Psicóticos	4	0,90
Tartamudez	2	0,45
Autismo	2	0,45
Não Consta Informação	2	0,45
Uso de Substância Psicoativa	1	0,23
Comportamento Suicida	1	0,23
Presença de Violência Familiar		
Não	321	72,30
Sim	123	27,70
Tipos de Violência		
Violência Física	60	48,78
Violência Psicológica	38	30,89
Negligência	15	12,20
Violência Sexual	10	8,13

No quadro 3, tem-se a associação entre as variáveis “sexo” e “queixa”, com diferença estatisticamente significantes ($p = <0,05$). Os dados que se destacaram no sexo masculino foram: *sintomas psicóticos*, *dificuldade no processo/ ensino aprendizagem* e *luto*. Em contrapartida, nas crianças do sexo feminino se verificou uma associação com a *somatização*, o *evento traumático* e o *humor deprimido* como pode ser visualizado abaixo.

Quadro 3. Usuários atendidos em um CAPSi de Santa Catarina, 2010 – 2012. Frequência das queixas que ocorreram com incidência superior a 5%, de acordo com o sexo e resultados da análise de significância ($p < 0,05$) das diferenças.

Queixa	Feminino		Masculino		p
	N	(N= 145) %	N	(N= 299) %	
Agressividade	7	4,82	45	15,05	<0,05
Ansiedade	25	17,24	31	10,36	
Ausência de Queixa	15	10,34	34	11,38	
Autismo	0	0	2	0,67	
Comportamento Social	4	2,75	7	2,34	
Comportamento Opositor	9	6,20	18	6,02	
Comportamento Regredido	7	4,82	13	4,34	
Comportamento Retraído	1	0,70	4	1,33	
Comportamento Suicida	0	0	1	0,34	
Convulsão	14	9,66	31	10,38	
Dificuldade de Ensino Aprendizagem	24	16,56	59	19,74	
Evento traumático	18	12,41	18	6,02	
Humor Deprimido	9	6,20	6	2,00	
Luto	1	0,70	7	2,34	
Não consta	1	0,70	1	0,34	
Sintomas Psicóticos	0	0	4	1,33	
Somatização	5	3,44	4	1,33	
Tartamudez	1	0,70*	1	0,34	
Uso de Drogas	0	0	1	0,34	
Violação de Regras	4	2,76*	12	4,01	
	145	100%	299	100%	

Por fim, com o quadro 4, encontra-se a duração do atendimento das crianças e adolescentes no CAPSi, reportados pelo número de dias que os mesmos ficaram no serviço, evidenciando que os usuários permaneciam, em sua maioria, de 30 a 89 dias. Quanto aos encaminhamentos posteriores à avaliação e ao acompanhamento realizado pela equipe, observou-se que, em 343 (77,25%) dos casos, os principais desfechos/encaminhamentos não foram registrados; 39 (8,78%) pacientes foram encaminhados à atenção primária, e 35 (7,88%) das crianças ou adolescentes não apresentavam necessidade de encaminhamento para outro ponto de atenção.

Quadro 4. Usuários atendidos em um CAPSi de Santa Catarina, 2010 – 2012. Distribuição da amostra de acordo com a duração do atendimento no serviço em dias e os desfechos/encaminhamentos realizados pelos profissionais do serviço de saúde mental (N= 444).

Variáveis	N	%
Duração do Atendimento no Serviço em Dias		
1 a 29 dias	44	9,91
30 a 89 dias	400	90,09
Desfecho / encaminhamentos		
Não consta Informação	343	77,25
Nível Primário	39	8,78
Sem Indicação	35	7,88
Escola	26	5,86
Nível Secundário	1	0,23

Discussão

A pesquisa aqui apresentada buscou caracterizar o perfil da clientela de um CAPSi da região catarinense. Desse modo, os dados referentes à predominância do sexo masculino e faixa etária dos 6 aos 10 anos encontram-se em consonância aos estudos de Arrué, Neves, Terra, Magnago, Jantsch, Pieszak, Silveira e Buboltz, (2013); Beltrame e Boarini (2013); Muylaert, Delfini e Reis (2015); Machado et al (2014).

De acordo com Sarnoff (1995), a criança nessa faixa etária encontra-se no período da latência, sendo que tal momento é marcado pelo despertar dos aspectos exteriores e interiores a vida. De maneira geral, os vínculos com os familiares deixam de ser primordiais para dar espaço aos colegas e amigos, bem como, há um progressivo desenvolvimento cognitivo abrindo portas para a abstração. Infere-se que, em decorrência dessas mudanças com as crianças, é possível que o relacionamento com os familiares torne por vezes difícil e justifique, por exemplo, a busca por atendimento psicológico.

Em relação à escolaridade dos participantes, a maioria das crianças encontra-se no Ensino Fundamental I, condizente, portanto, com a faixa etária dos seis aos dez anos de idade. Percebe-se que as crianças possuem idade compatível ao grau de escolaridade, assemelhando-se ao estudo de Ronchi e Avellar (2010). Ressalta-se que as configurações familiares das crianças que chegam ao CAPSi são, sobretudo, oriundas de familiares nucleares, dados que concordam com Delvan, Portes, Cunha, Menezes e Legal (2010); Muylaert, Delfini e Reis (2015); Nascimento, Rosa, Souza, Vêras, Brêda e Trindade (2014) ao apontar que, mesmo com o surgimento de novas configurações familiares, aquela conhecida como tradicional permanece

como maioria na busca de atendimento em saúde mental para crianças.

A elevada frequência de encaminhamentos por parte do setor de Educação concorda com Beltrame e Boarini (2013); Hoffmann, Santos e Mota (2008) que apresentaram a escola como a maior demandante dos serviços de saúde mental especializados na infância e adolescência. Além disso, Beltrame e Boarini (2013) constataram que 60% das queixas estavam relacionadas a problemas de aprendizagem. Desse modo, também em relação à queixa, observa-se consonância do presente estudo com observações já realizadas pelos autores acima.

Frente a esse panorama, Ferrioli, Maturano e Puntel (2007) discorrem sobre a função do Programa da Saúde da Família – (PSF), enquanto espaço possível para olhar a saúde mental na infância, dando vistas à identificação, prevenção e, caso seja necessário, à realização de encaminhamento para um serviço especializado como o CAPSi. Nessa vertente, tem-se o Programa de Saúde da Escola, programa inter-setorial estabelecido a partir das parcerias entre a escola e a unidade básica de saúde, cujo objetivo visa trabalhar temáticas sobre a prevenção e a promoção da saúde com os estudantes (Decreto nº 6.286, 2007). Mesmo assim, constata-se a importância de esclarecer para os demais setores, nesse caso, em especial, o da Educação, as diretrizes norteadoras do CAPSi no sentido de reduzir os encaminhamentos e tornar a rede mais articulada, na busca de evitar um emaranhado de encaminhamentos.

Ainda em relação à fonte de encaminhamento, verificou-se que a atenção primária surge como o segundo demandante dos serviços do CAPSi. Sendo assim, ao comparar tal dado com a pesquisa de Delvan et al (2010) - realizada no mesmo serviço da presente investigação - mas em período anterior, observa-se que a maior fonte de encaminhamento foi por demanda espontânea, seguida da escola, do médico do SUS e da Unidade Básica de Saúde, respectivamente. Portanto, quando se compara os resultados aqui apresentados com o estudo de Delvan et al (2010) observa-se uma queda na procura espontânea e um aumento por parte dos encaminhamentos realizados pelo nível primário. Infere-se que os dados obtidos representam uma Rede de Atenção à Saúde mais estruturada, indicando igualmente uma maior adequação à Política de Saúde Mental (Ministério da Saúde, 2004). Além do amadurecimento do próprio serviço, pode-se refletir sobre a formação do Psicólogo, a qual passou a ser orientada para a atuação do mesmo no Sistema Único de Saúde (SUS), o que possibilita novas formas de compreender a

saúde, a inserção do profissional e suas formas de intervir (Benevides, 2005).

Ao fazer um retorno às queixas, tem-se a ansiedade e a agressividade como referências prevalentes. No que tange à agressividade, esta foi a queixa prevalente em Santos (2006), em 36,2% dos casos. Arrué et al (2013) disseram que, dos 139 prontuários investigados em um CAPSi do Rio Grande do Sul, 74% (n=103) mencionaram a agressividade como queixa principal. Destaca-se também o autismo como motivo de encaminhamento e, agrega-se a essa informação um dado regional, ou seja, na cidade catarinense em que ocorreu a coleta de dados tem-se um serviço em parceria com a Universidade que atende crianças com deficiências.

A partir da instituição da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo – Lei 12.764 de 2012 –, o autismo passa a ser considerado deficiência e, por este motivo, as demandas que seriam destinadas ao CAPSi são redirecionadas ao referido serviço (Ministério da Saúde, 2007). Portanto, Machado et al (2014); Thiengo, Cavalcante e Lovisi (2014) enfatizam o papel fundamental do CAPSi na desconstrução do modelo hospitalocêntrico e em busca de um serviço que consiga respeitar as características regionais e que, efetivamente, possam inserir os usuários em atividades educativas e culturais.

Dentre os tipos de violência, os mais prevalentes foram a violência física e psicológica. Sabe-se que o local para atender essa demanda é no setor de Assistência Social, especificamente, e no Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família. No entanto, constatou-se que a violência não possui setor específico de acolhimento, e, suas marcas, se não devidamente tratadas, podem permanecer ao longo do desenvolvimento (Cunha, Martins-Borges, 2016). Corroborando às informações já citadas, Milani e Loureiro (2009) disseram que as crianças vítimas de violência podem, inclusive, apresentar dificuldades no processo ensino/aprendizagem.

Faz-se o destaque para as diferenças entre as variáveis sexo e queixa, sendo que as queixas significativas para as crianças e adolescentes do sexo masculino foram *sintomas psicóticos, dificuldade no processo ensino aprendizagem e luto*. Já o grupo de participantes do sexo feminino mostrou-se relacionado com as queixas *somatização, evento traumático e humor deprimido*. Esses dados estão coerentes com a pesquisa de Santos (2006) - a qual verificou 129 prontuários oriundos de um serviço público que atendia crianças -, sendo que a queixa de dificuldade no processo ensino/aprendizagem foi associada significativamente ao

sexo masculino, assim como o humor deprimido e as tentativas de suicídio foram associadas ao sexo feminino.

Santos (2006) reitera a urgência de pensar sobre os problemas na infância e adolescência no sentido de trabalhar para que os sintomas não se cronifiquem e evitando também, custos demasiados para o sistema de saúde. Os resultados deste estudo assemelham-se ao de Hoffmann, Santos e Mota (2008) ao afirmarem que os transtornos de humor foram mais prevalentes em participantes do sexo feminino e, em contrapartida, aos do sexo masculino, observou-se os transtornos do comportamento e transtornos do desenvolvimento psicológico.

Além disso, a duração do usuário no CAPSi, desde a entrada até a saída do serviço foi de 30 a 89 dias. Em relação aos desfechos, destacam-se a falta de informação nos 343 (77,5%) das fichas documentais e a não indicação de tratamento especializado em 35 (7,88%) dos registros consultados. Percebe-se a necessidade de preencher todas as informações do paciente e a atualização dos registros para fins de acompanhamento dos casos e, também, para que as informações sejam devidamente repassadas ao sistema de saúde. Constatou-se uma padronização nas fichas documentais quando comparado ao estudo de Delvan et al (2010) com a inclusão, por exemplo, de fichas de avaliação separadas para os diferentes profissionais que compõem o CAPSi. Hoffmann, Santos e Mota (2008) reiteram a importância dos registros no prontuário e, ademais, mencionam a inserção do diagnóstico atualizado, comorbidades - caso haja - e informações condizentes com histórico de vida do paciente.

Por meio dessas informações, espera-se que os gestores obtenham dados que os auxiliem a planejar e assim, tomar decisões relativas ao CAPSi. Outro aspecto que merece destaque são as “não indicações de tratamento” que podem ser compreendidas de duas maneiras: 1) um desconhecimento por parte de quem realizou o encaminhamento e/ou 2) a constatação da equipe de que a criança ou o adolescente não possui os critérios elegíveis para o atendimento em um serviço especializado em saúde mental.

Com relação às limitações desse estudo, infere-se que teria sido importante coletar nas fichas documentais as seguintes informações: diagnóstico dos usuários de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID – 10), as modalidades dos tratamentos ofertados - intensivo, semi-intensivo e não intensivo - objetivando-se compreender com mais detalhamento o perfil dos usuários e inclusive, poder comparar com outros estudos, haja vista que as pesquisas destinadas a caracterizar o perfil

dos usuários geralmente apresentam o diagnóstico mais encontrado na população estudada.

Conclui-se com esse artigo que o serviço de saúde mental pesquisado avançou ao longo dos anos ao demonstrar uma rede de saúde mais estruturada, tanto no que diz respeito aos documentos que passaram a compor os prontuários, quanto na forma de realizar seus registros. Entretanto, percebe-se a necessidade de informar a população e os profissionais de outros setores sobre a finalidade do CAPSi. Por meio dessas articulações, acredita-se que o fluxo de entrada dos usuários ao serviço de saúde mental seja mais coerente com suas propostas. Espera-se que esse trabalho possa contribuir para que se pense sobre o papel do CAPSi e mais, que repense sobre a importância de realizar os registros de forma adequada nas fichas documentais. Por fim, reitera-se a importância de atentar-se para o sofrimento psíquico na infância e na adolescência com a finalidade de preveni-lo ou ainda, minimizar os impactos a longo prazo.

Referências

- Arruê, A. M., Neves, E. T., Terra, M. G., Magnago, T. S. B. S., Jantsch, L. B., Pieszak, G. M., Silveira, A. & Bulboltz, F. L. (2013). Crianças/adolescentes com necessidades especiais de saúde em centro de atenção psicossocial. *Revista de Enfermagem da UFESM*, 3(10), 227-237.
- Beltrame, M.M. & Boarini, M. L. (2013). Saúde Mental e infância: reflexões sobre a demanda escolar de um capsi. *Psicologia Ciência e Profissão*, 33(2), 336-349.
- Benevides, R. (2005). A psicologia e o sistema de saúde: quais interfaces? *Psicologia & Sociedade*, 17(2), 21-25.
- Bolsson, J. Z. & Benetti, S. P. da C. (2011). As manifestações de angústia e o sintoma na infância: considerações psicanalíticas. *Rev. mal-estar e subjetividade*, 11(2), 555-589.
- Couto, M. C. V., Duarte, C. S. & Delgado, P. G. G. (2008). A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. *Rev Bras Psiquiatr.*, 30(4),390-398.
- Cunha, M.P. & Martins-Borges, L. (2016). The Trauma from the perspective of mothers of juvenile victims of family violence. *J Hum Growth Dev*, 26(1), 101-111.
- Decreto nº 6.286 – De 5 de dezembro de 2007. Ministério da Saúde: 2007.
- Delvan, J. da S., Portes, R. M., Cunha, M. P., Menezes, M. & Legal, E. (2010). Crianças que utilizam os serviços de saúde mental: caracterização da população em uma cidade do Sul do Brasil. *Rev Brasileira Desenvolvimento Humano*, 20(2), 228-237.
- Ferrioli, S. H. T., Maturano, E. M. & Puntel, L. P. (2007). Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no Programa Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, 41(2), 251-259.
- Garcia, G. Y. C., Santos, D. N. & Machado, D. B. (2015). Centro de atenção psicossocial infantojuvenil no Brasil: distribuição geográfica e perfil dos usuários. *Cad Saúde Pública*, 31(12), 2649-2654.
- Hoffmann, M. C. C. L., Santos, D. N. & Mota, E. L. A. (2008). Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil. *Cad. Saúde Pública*, 24(3),633-642.
- Machado, C. M., Luiz, A. M. A. G., Filho, A. B. M., Miyazaki, M. C. O. S., Domingos, N. A. M. & Cabrera, E. M. S. (2014). Ambulatório de psiquiatria infantil: prevalência de transtornos mentais na infância. *Rev Teoria e Prática*, 16(2),53-62.
- Milani, R. G. & Loureiro, S. R. (2009). Crianças em risco psicossocial associado à violência doméstica: o desempenho escolar e o autoconceito como condições de proteção. *Estudos de Psicologia*,14(3),191-198.
- Ministério da Saúde (BR). (2002). *Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (BR). (2004). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (BR). (2005). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (BR). (2014). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. *Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil: recomendações de 2005 a 2012*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (BR). (2015). *Saúde Mental em Dados – 12*, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: 2015.
- Muylaert, C. J., Delfini, P. S. de S. & Reis, A. O. A. (2015). Relações de gênero entre familiares cuidadores de crianças e adolescentes de serviços de saúde mental. *Physis*, 25(1),41-58.
- Nascimento, Y. C. M. L., Rosa, L. S., Souza, J. C., Vêras, Y. A. R., Brêda, M. Z. & Trindade, R. F. C. (2014).Perfil de crianças e adolescentes acompanhados por um centro de atenção psicossocial infanto-juvenil. *Rev enferm UFPE*, 8(5), 1261-72.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2002). Relatório mundial da saúde. *Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Ministério da Saúde. 1º edição, Lisboa.
- Paula, C. S.,Lauridsen-Ribeiro, E.,Wissow, L., Bordin, I. A. S. & Evans-Lacko, S. (2012). How to improve the mental health care of children and adolescents in Brazil: Actions needed in the public sector. *Rev Bras Psiquiatr.*,34,334-341.
- Petresco, S., Anselmi, L., Santos, I. S., Barros, A. J., Fleitlich-Bilyk, B.,Barros, F. C. & Matijasevich, A. (2014). Prevalence and comorbidity of psychiatric disorders among 6-year-old children: 2004 Pelotas Birth Cohort. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.*, 49(6),975-983.
- Portaria/GM nº 336 – De 19 de fevereiro de 2002. Ministério da Saúde: 2002.
- Ronchi, J. P. & Avelar, L. Z. (2010). Saúde mental da criança e do adolescente: a experiência do Capsi da cidade de Vitória-ES. *Psicologia teoria e prática*, 12(1),71-84.
- Santos, P. L. dos. (2006). Problemas de saúde mental de crianças e adolescentes atendidos em um serviço público de psicologia infantil. *Psicol. estud.*, 11(2),315-321.
- Sarnoff C. A. (1995). *Estratégias psicoterapêuticas nos anos de latência*. Porto Alegre: Artmed.
- Scivoletto, S., Boarati, M. A. & Turkiewicz, G. (2010). Emergências psiquiátricas na infância e adolescência. *Rev Ciência & Saúde*, 32, 112-120.
- Thiengo, D. L., Cavalcante, M. T. & Lovisi, G. M. (2014). Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. *J. bras. psiquiatr.*, 63(4), 360-372.
- United Nations. (2007). *Principles and recommendations for population and housing censuses*. United Nations, NY.

Submetido em: 31-01-2017

Aceito em: 02-05-2017

APÊNDICE A**- Idade: em anos completos****- Escolaridade:**

Educação Infantil: pré, creche e crianças com até cinco anos de idade

Ensino Fundamental I: 1º ao 5º ano

Ensino Fundamental II: 6º ano 9º ano

- Configuração familiar:

Família Nuclear: casal com filho

Família Mononuclear: pai ou mãe com filho

Família Estendida: pais com filhos e demais parentes, tais como: avós, tios, primos

Família Composta: presença de um genitor (a) (pai ou mãe) e seu(a) companheiro (a) (madrasta ou padrasto) e seus respectivos filhos

- Origem do encaminhamento:

Espontâneo: comparece ao serviço espontaneamente

Educação: escola, reforço escolar

Nível de atenção Primária: Programa de Saúde da Família, Unidade Básica de Saúde

Nível de atenção Secundária: Centro de Atenção Psicossocial II, Ambulatório

Nível de atenção Terciária: Hospitais, Centro de Referência Especializado em Assistência Social, Conselho tutelar, Justiça, Outros profissionais/instituições e Organização não-governamental (ONG)

- Queixa que motivou a busca por atendimento:

Agitação: inquietude psicomotora

Agressividade: bater ou ameaçar terceiros

Aniedade: roer as unhas, comer em excesso, ranger os dentes e medos

Ausência de queixa: a criança ou adolescente não apresentava demanda para atendimento no CAPSi
Autismo

Comportamento opositor: oposição a regras coletivas

Comportamento regredido: comportamento aquém do esperado em relação à faixa etária e aos marcos do desenvolvimento

Comportamento suicida: agressividade direcionada a si mesmo

Comportamentos sociais inadequados: acessos de raiva, comportamento hipersexualizado em locais públicos
Convulsão

Dificuldades no processo ensino aprendizagem: dificuldades de leitura/escrita e/ou dificuldades em concentração

Evento traumático: situações de violência sexual

Humor deprimido: choro e sentimento de vazio

Luto: falecimento de algum ente querido

Não constava a informação no prontuário

Sintomas psicóticos: alucinações visuais e auditivas

Somatização: paralisação da face e dores no corpo que não se explicam por causas orgânicas

Tartamudez: gagueira

Uso de drogas e violação de regras sociais: mentiras e furtos

- Desfecho:

Não constava a informação no prontuário, sem indicação: nos casos em que o usuário não precisava de atendimento ou ainda, por ter apresentado melhora no quadro

Escola

Nível de Atenção Primária

Nível de Atenção Secundária

Assistência social

Conselho tutelar

Justiça

ONG

Outros profissionais/ instituições: psiquiatra, neurologista, oftalmologista, otorrinolaringologista, psicóloga e ou psicopedagoga particular, clínica escola

Desistência do processo de avaliação, desligamento: quando iria iniciar os atendimentos ou quando estava em tratamento e em ambas as situações o usuário deixa de comparecer ao serviço

Mudou-se de cidade