



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Grey Yuliet Ceballos Garcia

**PANORAMA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL INFANTO-
JUVENIL EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO BRASIL**

Salvador, 2015

GREY YULIET CEBALLOS GARCIA

**PANORAMA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL INFANTO-
JUVENIL EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva – ISC. Universidade Federal da Bahia, para obter o título de mestre em Saúde comunitária.

Orientadora: Profa. Dra. Darci Neves dos Santos

Salvador, 2015

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Universitária de Saúde,
SIBI - UFBA.

G216 Garcia, Grey Yuliet Ceballos

Panorama de assistência em saúde mental infanto-juvenil
em Centros de Atenção Psicossocial no Brasil / Grey Yuliet
Ceballos Garcia. – Salvador, 2015.

63 f.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Darci Neves dos Santos.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia.
Instituto de Saúde Coletiva, 2015.

1. Saúde mental. 2. Crianças e Adolescentes. 3.
Epidemiologia. 4. Centros de Atenção Psicossocial I. Santos,
Darci Neves. II. Universidade Federal da Bahia. III. Título.

CDU 613.86



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

GREY YULIET CEBALLOS GARCIA

Panorama Nacional de Assistência em Saúde Mental Infanto-Juvenil em Centros de Atenção Psicossocial no Brasil.

A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 26 de fevereiro de 2015

Banca Examinadora:

Prof^o. Darci Neves dos Santos - Orientadora - ISC/UFBA

Prof^o. Eduardo Luiz Andrade Mota - ISC/UFBA

Prof^o. Cristiane Silvestre de Paula - Universidade Presbiteriana Mackenzie

Salvador
2015

RESUMO

No Brasil, estima-se prevalências entre 7% e 24,6%, para transtornos mentais entre crianças e adolescentes sendo reconhecido que, entre 4% e 6%, demandam intervenção clínica. É surpreendente constatar que pouco se conhece sobre distribuição e utilização de serviços de saúde mental para esse grupo populacional. Este estudo caracteriza a distribuição nacional dos Centros de Atenção Psicossocial para Infância e Adolescência CAPSi, e descreve o perfil nosológico juntamente com modalidades de atendimento destinados a menores de 19 anos em qualquer Centro de Atenção Psicossocial entre 2008 e 2012. **Metodologia:** Estudo descritivo, ecológico. Dados coletados através das Autorizações de Pagamento de Serviços de Alta Complexidade (APAC) e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Unidade de análises foram os Centros de Atenção Psicossocial CAPS com atendimentos de população infanto-juvenil distribuídos em todo o Brasil. Variáveis: Sociodemográficas (sexo, raça/color de pele e idade); Perfil nosológico: Grupo V da CID-10. Características do atendimento realizado e administrativas dos equipamentos. Foram realizadas análises descritivas, utilizando os softwares TAbWin do DATASUS, STATA, versão 12, e EpiInfo, versão 7.0. **Resultados:** No CNES, estão registrados 208 CAPSis, localizados em 23 dos 27 estados brasileiros. Os CAPSi corresponderam em média a 7,8% do total de CAPS, e somente 60,4% dos municípios brasileiros, cujo critério populacional permite sua instalação, estão contemplados, as taxas de atendimento em CAPSi variaram significativamente entre as regiões do país. Identificou-se pela APAC 1,345,554 atendimentos na população entre um e 19 anos. Os atendimentos entre adolescentes de sexo masculino predominaram em todo tipo de CAPS. Nos CAPSis, 29,7% dos atendimentos foram por Transtornos do comportamento e transtornos que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência; 23,6% para Transtornos do desenvolvimento psicológico; e 12,5% para Retardo mental. O perfil nosológico varia entre regiões em todos os tipos de CAPS. Nos atendimentos de população infanto-juvenil em CAPS gerais, as esquizofrenias foram os diagnósticos mais frequentes com 21,4% dos registros, seguido pelos retardos mentais com 20,6%. A região Sudeste lidera os atendimentos de população infanto-juvenil em CAPS-AD. **Considerações finais:** Os CAPSi no Brasil ainda são escassos e estão desigualmente distribuídos entre regiões e estados. O perfil nosológico encontrado indica a necessidade de articulação dos serviços especializados de saúde mental com atenção básica, além do trabalho intersectorial principalmente com educação. Este trabalho coloca a importância do uso dos Sistemas Nacionais de Informação em Saúde no estudo dos serviços de saúde brasileiros.

Palavras-chave: saúde mental, crianças e adolescentes, Epidemiologia, Centros de Atenção Psicossocial.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1	Expansão anual de CAPSi de 2001 a 2014 no Brasil.....	16
Figura 1	Processo de definição das unidades de análise.....	22
Gráfico 2	Distribuição nacional de Centros de Atenção Psicossocial de infância e adolescência por municípios, Brasil 2014.....	50
Gráfico 3	Número total de CAPS gerais e CAPSi no Brasil, 2008-2014.....	51
Gráfico 4	Distribuição do total de CAPS n=2.128 e CAPSi n =208 por regiões do Brasil, abril 2014.....	51
Gráfico 5	Número de atendimentos nos CAPSi no período 2008-2012 por regiões do Brasil	52
Gráfico 6	Taxa de atendimentos infanto-juvenis em CAPSi na população de um a 19 anos, por regiões do Brasil, 2008-2012	52
Gráfico 7	Diagnósticos mais frequentes nos CAPSi por regiões no período 2008-2012, Brasil....	53
Gráfico 8	Número de atendimentos de população infanto-juvenil em CAPS gerais por regiões, Brasil 2008-2012.....	54
Gráfico 9	Número de atendimentos de população infanto-juvenil em CAPS-AD por regiões, Brasil 2008-2012.....	54

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Número de CAPSi por região e % de cobertura de municípios com ao menos 1 CAPSi, segundo os estados, Brasil 2014.....	55
Tabela 2	Tabela 2: Taxas de atendimento em Centros de Atenção Psicossocial de infância e adolescência em população de 1 a 19 anos, segundo Regiões e estados do Brasil, 2008- 2012.....	56
Tabela 3	Frequência e percentual dos registros de atendimentos nos Centros de Atenção Psicossocial de infância e adolescência por regiões, segundo aspectos sociodemográficos e modalidades de atendimento, Brasil, 2008-2012.....	57
Tabela 4	Frequências e percentual dos registros de atendimentos nos Centros de Atenção Psicossocial de infância e adolescência, segundo grupo diagnóstico e faixa etária em Brasil, 2008 – 2012.....	58
Tabela 5	Frequência e percentual dos registros de atendimentos nos Centros de Atenção Psicossocial de infância e adolescência, por grupo diagnóstico e regiões, Brasil 2008 – 2012.....	59
Tabela 6	Frequência e percentual dos atendimentos realizados na população infanto-juvenil nos CAPS gerais por grupo diagnóstico e faixas etárias, Brasil 2008 – 2012.....	60
Tabela 7	Frequência e percentual dos registros de atendimentos na população infanto-juvenil nos Centros de Atenção Psicossocial gerais, por grupo diagnóstico e regiões, Brasil 2008 – 2012.....	61
Tabela 8	Frequência e percentual dos atendimentos realizados na população infanto-juvenil nos Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas por grupo diagnóstico e faixas etárias, Brasil 2008 – 2012.....	62
Tabela 9	Frequência e percentual dos registros de atendimentos na população infanto-juvenil nos Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas, por grupo diagnóstico e regiões, Brasil 2008 – 2012.....	63

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APAC- Autorização para Procedimentos de Alto Custo/Complexidade

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

CAPSi- Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil

CNES- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

DATASUS- Departamento de Informação do SUS

ES- Estabelecimentos de Saúde

FAEC- Fundo de Ações e Compensação

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas

MS- Ministério de Saúde

NAPS- Núcleos de Assistência Ambulatorial

OMS- Organização Mundial da Saúde

SAI- Sistema de Informação Ambulatorial

SIS- Sistema de Informação de Saúde

SUS- Sistema Único de Saúde

TABWIN- Tabulador de dados para Ambiente de Windows

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
OBJETIVOS DO ESTUDO	10
2. REVISÃO DA LITERATURA	12
2.1. Epidemiologia dos transtornos mentais em crianças e adolescentes	12
2.2. Políticas de saúde mental para infância e adolescência	12
2.3. Contexto histórico e político de saúde mental para infância e adolescência	13
2.4. Centros de Atenção Psicossocial para infância e adolescência CAPSi	16
2.5. Utilização de serviços de saúde mental	19
2.6. Financiamentos dos CAPS	19
2.7. Informação em Saúde	19
3. METODOLOGIA	20
3.1. Tipo de estudo	20
3.2. Fonte de dados	20
3.3. Amostra	21
3.4. Definição de variáveis	22
3.5. Procedimento de coleta de dados	23
3.6. Processamento de dados	23
3.7. Plano de Análises	23
4. ASPECTOS ÉTICOS	23
5. RESULTADOS	23
5.1. Descrição da rede nacional de centros de atenção psicossocial para infância e adolescência – CAPSi	23
5.1.1 Características dos usuários e do atendimento oferecido em Centro de Atenção Psicossocial de Infância e Adolescência CAPSi	25
5.2. Perfil nosológico dos atendimentos que configuram a utilização dos serviços comunitários de saúde mental pela população infanto-juvenil	26
5.3. Atendimentos infanto-juvenis em Centros de Atenção Psicossocial gerais do Brasil	29
5.4. Atendimentos infanto-juvenis em Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas CAPS-AD do Brasil	30
6. DISCUSSÃO	31
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
Glossário	47
Anexos	50

1. INTRODUÇÃO

A saúde mental de crianças e adolescentes é uma prioridade na agenda de saúde global (1,2). Estima-se que 13% da carga de morbidade mundial decorrem dos transtornos mentais (3), e mundialmente 20% das crianças e adolescentes apresentam problemas mentais (4). No Brasil, encontrou-se prevalência de 36,3% para a ocorrência de qualquer transtorno mental ao longo da vida (5); e, para infância e adolescência, estima-se prevalências entre 7% e 24,6% (6,7,8,9), sendo reconhecido que, entre 4% e 6%, demandam intervenção clínica (9, 10). Dado esse panorama, é surpreendente constatar que pouco se conhece sobre utilização de serviços de saúde mental por esse grupo populacional (1), comprometendo decisões políticas que assegurem a oferta de cuidados e o acesso dos indivíduos afetados, observando-se disparidade entre necessidades e recursos disponíveis.

A lacuna entre necessidade de tratamento e acesso à prestação de serviços de saúde mental tem sido demonstrada mundialmente (11,12). Um estudo brasileiro realizado em São Paulo estimou que 7,3% de crianças e adolescentes requeriam algum tipo de tratamento para transtornos mentais, enquanto a capacidade instalada só permitia o atendimento de 14% da demanda, e seriam necessários sete anos para cobrir esta demanda estimada (9); um outro estudo realizado em 142 municípios brasileiros detectou que, dentre as crianças e adolescentes que solicitaram atendimento, 24,4% não conseguiu obtê-lo (13). Constata-se também a escassez e iniquidade na distribuição de recursos para saúde mental, sendo que 67% dos recursos financeiros designados para saúde mental continuam destinando-se a internamento psiquiátrico, apesar da vinculação desse procedimento a violações dos direitos humanos e resultados sanitários deficientes (2).

Reconhece-se que financiar serviços de base comunitária facilita o acesso de maior número de pessoas, aumentando a oferta de atenção em saúde mental e promove uma utilização mais eficiente dos recursos públicos (11). O Brasil, a partir da Reforma Psiquiátrica (14), instituiu os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços comunitários especializados, integrados à rede do Sistema Único de Saúde (SUS) (16). Esses serviços foram criados para consolidarem-se como substitutos do Hospital Psiquiátrico, com uma função especial de articulação com os demais níveis de atenção em saúde, visando à reintegração social do usuário com problemas mentais (17).

As características dos serviços prestados pelos CAPS variam segundo a capacidade de atendimento, clientela atendida e organizam-se de acordo com o perfil populacional dos municípios (48). O cuidado oferecido nos CAPS vai além de uma técnica terapêutica, considerando que estes cuidados incluem ações de natureza política, objetivando enfrentamento de pré-conceitos, invenção de novas técnicas, novos serviços, mudanças na cultura da população, agregando as conquistas dos direitos humanos e posicionando o paciente psiquiátrico como um cidadão possuidor de direitos (46).

O Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi) é um serviço ambulatorial diário responsável pela rede de cuidado de crianças e adolescentes com transtornos mentais graves, regulando a porta de entrada da rede assistencial (16). Reconhece-se que existem poucas pesquisas no Brasil que caracterizem o atendimento nos CAPSi (37,19), havendo apenas um estudo anterior que abordou perfil epidemiológico e características sociodemográficas da população atendida nos CAPSis (19).

O Brasil é um dos poucos países em latino América que disponibiliza, na internet, registro das atividades desenvolvidas pelo SUS em seus diferentes Sistemas de Informação em Saúde destacando-se aqui os registros de Autorizações de Pagamento de Serviços de Alta Complexidade (APAC) e o Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde (CNES). Embora não seja possível a identificação nominal, tais informações constituem um bem público relevante para a sociedade, permitindo inclusive a produção de conhecimento (18). Este estudo é pioneiro no uso de dados procedentes da APAC tendo como objetivo caracterizar a distribuição nacional dos Centros de Atenção Psicossocial para Infância e Adolescência CAPSi, promovendo a descrição do perfil nosológico juntamente com modalidades de atendimento registrados para menores de 19 anos, assistidos pelo conjunto de Centros de Atenção Psicossocial, independentemente de sua especialização entre 2008 e 2012.

Objetivos Específicos

- 1) Caracterizar a distribuição regional da rede nacional dos Centros de Atenção Psicossocial para Infância e Adolescência, determinando seu nível de implementação, características administrativas e volume de atendimento em menores de 19 anos.
- 2) Descrever o atendimento realizado conforme perfil nosológico, características demográficas e modalidades de atendimento disponibilizados nos Centros de Atenção Psicossocial para Infância e Adolescência nas cinco regiões do país.

- 3) Descrever o atendimento realizado conforme perfil nosológico, características demográficas e modalidades de atendimento para menores de 19 anos assistidos nos Centros de Atenção Psicossocial não especializados para esta população, nas cinco regiões do país.
- 4) Descrever o atendimento realizado conforme perfil nosológico, características demográficas e modalidades de atendimentos para menores de 19 anos assistidos nos Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas CAPS-AD, nas cinco regiões do país.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Epidemiologia dos transtornos mentais em crianças e adolescentes

Dados existentes estimam que 13% da carga de morbidade mundial estão relacionadas com transtornos mentais (3), sendo 20% atribuída a problemas mentais infanto-juvenis com manifestação de aproximadamente 50% destes transtornos antes dos 14 anos (4). Entretanto, tem sido demonstrado a carência de dados epidemiológicos sobre saúde mental a infância e adolescência em países de baixa e elevada renda (10, 20). Estudo realizado no Sudão, Filipinas, Colômbia e Índia encontrou percentuais entre 12% e 29% para problemas de saúde mental em crianças de cinco a 15 anos (1). Na Inglaterra, encontraram-se prevalências de 10% para transtornos mentais (63), porém dados mais recentes da própria Inglaterra e França indicam prevalências de 12,9% e 13,2% respectivamente, em sujeitos de oito a 18 anos (21), enquanto percentuais da América Latina e Caribe variam entre 15% e 21% (64).

No Brasil, o primeiro estudo epidemiológico em saúde mental infantil, em 1982, encontrou uma prevalência de 23,5% para algum tipo de transtorno em crianças de cinco a 14 anos, residentes em Salvador-Bahia (6); outra investigação com escolares de sete a 14 anos em Taubaté (São Paulo) relatou uma prevalência de 12,7% de transtornos mentais (7). Um estudo similar realizado em Ilha de Maré (Bahia) encontrou prevalências de 7% para qualquer diagnóstico psiquiátrico utilizando DSM-IV (8). Outro estudo em Embu, (São Paulo) com crianças de seis a 17 anos, determinou uma Prevalência de 24,6% para transtornos mentais usando a versão brasileira de the Child Behavior Checklist (CBCL) and of the Youth Self-Report (YSR) (9). Os estudos brasileiros, portanto, apontam variações entre 7% e 24,6%.

2.2 Políticas de saúde mental para infância e adolescência

Entende-se por Política de saúde um conjunto de atividades realizadas para melhorar as condições de saúde da população, representando uma resposta organizada da sociedade, especialmente do Estado aos problemas de saúde apresentados (22).

Em 2005, a Organização Mundial de Saúde (OMS) documentou pela primeira vez o estado de desenvolvimento de serviços, de treinamento e de políticas de saúde mental para infância e adolescência por meio do projeto Atlas. Foi concluído que as políticas destinadas a conhecer e prestar

serviços em saúde mental para infância e adolescência na maioria dos países, não correspondem à grande demanda de crianças e adolescentes com transtornos mentais (10). Observou ainda que 88,9% dos países com nível de renda elevado tinham uma política de saúde mental para infância e adolescência, enquanto apenas 25% dos países com renda baixa o faziam. Paradoxalmente países com maior proporção de crianças e adolescente foram também aqueles com maior falta de políticas de saúde mental para este grupo populacional (10).

Assim, ficou reconhecido que existe mundialmente uma lacuna entre a necessidade de tratamento dos transtornos mentais e o provimento de cuidado; Entre 76% e 85% das pessoas com transtornos mentais graves nos países de média e baixa renda não recebem tratamento algum. Percentuais entre 35% e 50% também não recebem tratamento em países de renda alta (11). Um estudo envolvendo 36 países europeus demonstrou que o grau de cobertura e qualidade dos serviços para os jovens era de pior qualidade se comparado com os serviços para adultos (12).

A escassez de recursos, a iniquidade na distribuição e a ineficácia no uso destes recursos também têm sido demonstrados. Constata-se que 67% dos recursos financeiros designados para saúde mental continuam destinando-se a internamento psiquiátrico, apesar da vinculação deste procedimento a violações dos direitos humanos e resultados sanitários deficientes (2). Empregar este financiamento em serviços de base comunitária facilitaria o acesso de maior número de pessoas, aumentando a oferta de atenção em saúde mental e promovendo uma utilização mais eficiente dos recursos públicos (11).

2.3. Uma breve revisão do contexto histórico e Política de saúde mental para infância e adolescência

O cuidado de saúde mental para crianças e adolescentes tem uma história recente. Ainda que as primeiras ações foram desenvolvidas pelo padre Benedito Ponce de León no século XVI, nos primeiros ensaios sobre educação de surdos-mudos; somente a partir de 1898, criou-se, no ensino público em Genebra, a primeira turma para o aprendizado de crianças deficientes, denominadas classes especiais, continuando um desenvolvimento maior no século XX. A psiquiatria infantil - que vinha trabalhando junto à psiquiatria de adultos e à pediatria - foi encontrando seus próprios caminhos e, em 1937, se desligou da psiquiatria de adultos e da pediatria (45).

No Brasil, até a segunda metade do século XIX, os doentes mentais residentes no Rio de Janeiro não recebiam nenhuma assistência médica: eram colocados nas prisões por vagabundagem ou perturbação da ordem pública. A partir de 1830, um grupo de médicos se preocupou pela construção de um hospício para alienados, onde pudessem ser tratados, segundo os princípios do tratamento moral e fossem tratados pela medicina; já em 1841, o imperador Pedro II fundou o primeiro hospital psiquiátrico brasileiro (45). Durante todo este período, não se tem informação do tratamento para a crianças e adolescentes com doença mental.

Somente em 1923, com a fundação da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) pelo psiquiatra Gustavo Riedel, inicialmente interessada pelo cuidado da pessoa doente, e posteriormente pela prevenção da doença mental, apareceram as crianças e adolescentes no cenário da psiquiatria. Em 1928, a LBHM reformulou os primeiros estatutos, dando lugar importante à intervenção preventiva dos problemas psiquiátricos nos meios escolares, profissional e social, com um forte pensamento eugênico. Um exemplo das atividades realizadas pela LBHM em 1930, refere-se ao psiquiatra Enani Lopes, quando o escrever um artigo sobre os menores incorrigíveis, propunha que se empregassem medidas profiláticas, entre elas: a) combater alcoolismo e *sypillis* dos procriadores, b) evitar uniões de indivíduos tarados e c) segregação e esterilização dos degenerados (45). Um decreto de julho de 1934, “dispõe sobre a prophylaxia mental, a assistência e a proteção a pessoas dos psicopatas e a fiscalização dos serviços psiquiátricos” (44).

O cuidado institucional constituía-se em lugares de segregação ou reformatórios, aplicadas regras de uma sociedade com preceitos estabelecidos. A posterior medicalização destas instituições nem sempre melhorou a situação, pois a noção de que uma vez dado o diagnóstico á crianças ou adolescente, este era irrevogáveis, porem freio esforços louváveis em relação a melhorar o cuidado e prognósticos desta população. Posteriormente, encontrou-se que a própria institucionalização produzia problemas nas crianças (45).

Na segunda década do século XX, foram abertos no Brasil, os primeiros centros de reeducação para delinquentes infantis, e foram criadas as instituições para crianças com perigo moral. Já na década de 30, ultrapassou-se a noção do simples atraso intelectual, tomando-se consciência das modificações do comportamento infantil, criando-se equipes multiprofissionais com psiquiatras

psicólogos e educadores, desenvolvendo-se posteriormente técnicas psicoterápicas particularmente por meio do jogo (45).

As ações de saúde mental para crianças e adolescentes foram delegadas ao setor educacional e de assistência social, principalmente instituições privadas ou filantrópicas, com intervenções na lógica da higiene mental, na nutrição, nas crianças delinquentes e nas normas morais (25). Por muito tempo, as ações de proteção de crianças e adolescentes foram orientadas por um modelo assistencial, com forte tendência a institucionalização, em uma concepção segmentada e não integradora desta população. O resultado desse longo processo foi a institucionalização do cuidado, a criminalização da infância pobre, com consequências nefastas principalmente para crianças e adolescentes com transtornos mentais (34).

O amplo movimento pela redemocratização do Brasil, ao final da década de 70, resultou na promulgação da Carta Constitucional de 1988, marco da democracia e dos direitos; nesta, afirmou-se a condição de cidadão às crianças e adolescentes, “assegurando-lhes o direito à vida, saúde, alimentação, educação, lazer, profissionalização, cultura, dignidade, respeito, liberdade, convivência familiar e comunitária, além de protegê-los de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão” (23). Esse mesmo processo de afirmação da condição de sujeito de direitos resultou na promulgação da Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990, conhecida como Estatuto da Criança e do Adolescente (24).

Na 2.ª Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1992, foram apontados os efeitos perversos da institucionalização de crianças e jovens. E, na atualidade, o Fórum Inter-Institucional para o Atendimento em Saúde Mental de Crianças e Adolescentes, criado em abril de 2000 no Rio de Janeiro, lidera as lutas por melhoria da atenção de crianças e adolescentes com problemas de saúde mental (34).

No ano de 1992, mediante a portaria 224/92, foram criados os Núcleos/Centros de atenção Psicossocial NAPS/CAPS, como uma resposta às necessidades de atendimento em saúde mental em nível comunitário e a integração entre a atenção básica e a assistência hospitalar (41); dez anos depois, esses serviços foram contemplados na reforma psiquiátrica (14) e regulamentados sob a figura

de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (26,32), com a diferença de que os antigos NAPS/CAPS não tinham atenção diferenciada para crianças e adolescentes.

A Reforma Psiquiátrica foi pensada e implementada com um forte componente comunitário implantando-se por meio de várias estratégias (8, 27, 28), entre elas, os CAPS; estes foram criados para consolidarem como serviços substitutivos ao Hospital Psiquiátrico, com uma função especial articulação com os demais níveis de atenção em saúde, tendo como meta a reintegração social do usuário (17); Devem oferecer atendimento às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, promovendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, evitando internações (16). Os CAPS são os articuladores estratégicos da rede de saúde mental e da política de saúde mental em um determinado território. Diferenciam-se pelo porte, capacidade de atendimento, clientela atendida e organizam-se de acordo com o perfil populacional dos municípios (48).

2.4. Centro de Atenção Psicossocial para Infância e Adolescência – CAPSi

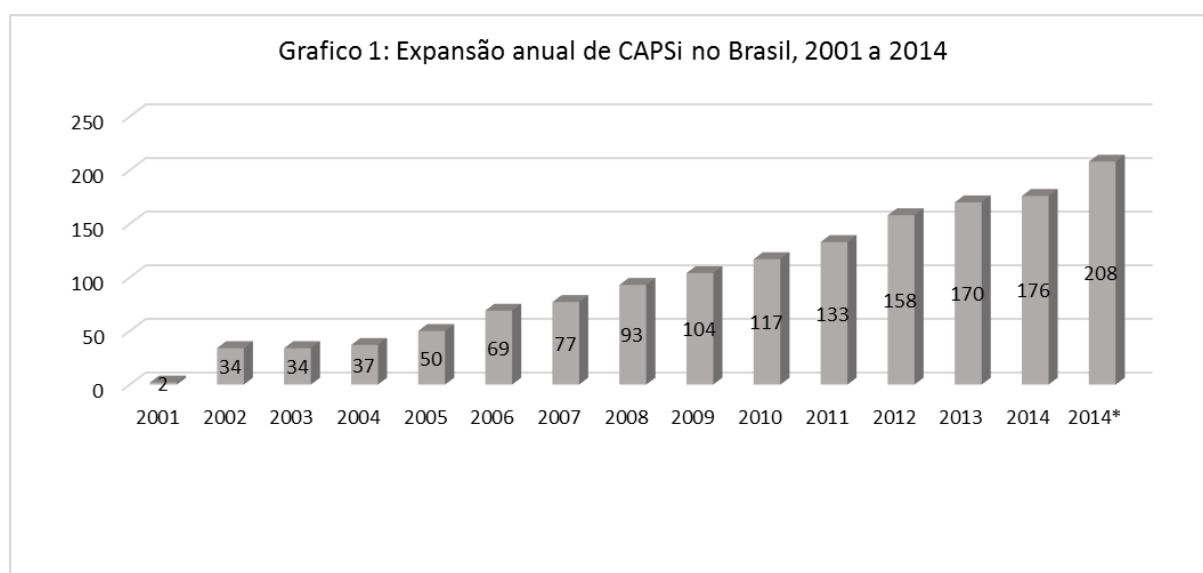
Com a Reforma Psiquiátrica aparecem, pela primeira vez, os Centros de Atenção Psicossocial para infância e Adolescência (CAPSi) (28); trata-se de um serviço comunitário de funcionamento diário para crianças e adolescentes com transtornos mentais. Deve funcionar como porta de entrada à rede assistencial, cabendo-lhe a supervisão e capacitação de unidades de atenção psiquiátricas, atenção básica e programas de saúde mental (32), sendo instalado em municípios com população acima de 150.000 habitantes (31). As funções de cuidado desses serviços incluem reconhecer o usuário como portador de um pedido legítimo, implicando uma necessária ação de acolhimento e entender a criança e adolescente como sujeitos de direitos e responsabilidades, envolvendo familiares e ou agentes institucionais no processo de atenção (34).

A assistência prestada ao usuário do CAPSi inclui atividades de atendimento individual; e atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social); esses atendimentos podem ser oferecidos: a traves de oficinas terapêuticas, visitas e atendimentos domiciliares, atendimento à família, atividades comunitárias, enfocando a integração da criança e do adolescente na família, escola, comunidade ou quaisquer outras formas de inserção social. Os CAPSis promovem o desenvolvimento de ações intersetoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça (32).

O CAPSi pode atender entre 15 e 25 crianças e/ou adolescentes por turno, no horário entre 8h às 18h, com opção até às 21h, de segunda a sexta feira. A equipe é composta por: um médico psiquiatra, neurologista ou pediatra com formação em saúde mental, um enfermeiro, quatro profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, entre outros), segundo as necessidades do serviço, e cinco profissionais de nível médio, como técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (32).

A implementação e expansão dos CAPSi tem sido reconhecido pelo Ministério da Saúde como um desafio por tratar-se de serviços inovadores e de tecnologias complexas (35). Existiam no Brasil 32 CAPSi em 2002, elevando-se para 77 serviços implementados ao final de 2006 (35). Entre 2007 e 2010, houve um crescimento de 70% chegando a 117 para todo o País; embora, com uma distribuição desigual entre as regiões, concentrado principalmente nas regiões sudeste e nordeste (33). Em 2012, já existiam 158 CAPSi em todo Brasil (36). Em que pese o aumento no número destes, é reconhecido que, dado a prevalência dos transtornos mentais graves em crianças e adolescência, o número de unidades mostra-se insuficiente para atender a demanda desta população (37).

Atualmente, o Brasil conta com 208 CAPSi registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), sendo que 32 deles não contam com habilitação para seu funcionamento, mas nestes está registrado um importante número de funcionários ativos e atividades (Gráfico 1).



Fonte: Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde (CNES). *São somados os 32 CAPSi que não tem data de habilitação. Sem habilitação: refere-se à CAPSi que no CNES não contam com registros de habilitação, porém não é possível determinar a data de lançamento

2.5. Utilização de serviços de saúde mental

O acesso aos serviços de saúde coloca-se entre as principais dificuldades no cuidado da saúde mental de crianças e adolescentes (1). A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece que só 10% a 22% de crianças com problemas de saúde mental são reconhecidas pelos trabalhadores de atenção primária, o que implica que a grande maioria de crianças não tem acesso a serviços apropriados (52). A Comissão de Determinantes Sociais de Saúde (CSDH) da OMS considera o acesso universal a serviços de saúde de boa qualidade um determinante social de saúde, porque esse aspecto resulta em um aumento ou diminuição das desigualdades sociais em saúde de uma população (30).

Existem no Brasil poucos estudos sobre utilização dos CAPSi. Um único estudo de caráter nacional utilizando dados secundários, com a possibilidade de identificação nominal dos sujeitos atendidos, demonstrou que este tipo de serviço era utilizado principalmente por meninos entre 11 e 13 anos, tendo como diagnósticos mais frequentes transtornos do comportamento e transtornos emocionais (44,5%), seguido por transtornos neuróticos (19,8%) e transtornos do desenvolvimento psicológico (14,2%) (19). Outro estudo no Estado de Paraná, ao analisar prontuários de CAPSi e realizar entrevistas com profissionais, revelou predominância do sexo masculino (68%), sendo que 43,5% correspondia a faixa etária entre seis e 10 anos. Aproximadamente 60% das queixas obedeciam a problemas escolares, sendo a escola o principal responsável pelos encaminhamentos; transtornos de comportamento e emocionais responderam pelo principal grupo de atendimento, em quanto as esquizofrenias e transtornos de desenvolvimento tiveram registros mínimos. Os profissionais revelaram também que a organização com a rede de cuidado não é efetiva (38). Em ambos estudos, os atendimentos relacionados com transtornos mentais graves não foram os diagnósticos mais frequentes (19,38).

Por outro lado, um estudo, realizado no Estado de São Paulo, observou que 28,8% dos diagnósticos correspondiam a Transtorno de desenvolvimento, 14,7% a Transtorno hiperativo e 11,4% a Transtornos afetivos; Demonstrou-se nesta região uma predominância de atendimentos para transtornos mentais graves (37).

2.6. Financiamento dos CAPS

Inicialmente, quando foram criados os “serviços Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial NAPS/CAPS” pela portaria 224 de 1992, eram financiados pelo Boletim de Produção Ambulatorial BPA, com recursos próprios dos municípios, que geralmente eram limitados, dificultando a criação de novos CAPS (46). Posteriormente, o financiamento dos CAPS foi definido na portaria 336 de 2002, no Art.7º, em que estabeleceu que os procedimentos por eles realizados seriam remunerados por meio do Sistema de Autorização de Procedimentos de Alta complexidade (APAC/SAI), sendo incluídos na relação de procedimentos estratégicos do Sistema Único de Saúde (SUS) e financiados com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – (FAEC) (32).

Em 2002, a portaria 189 estabeleceu que somente as unidades cadastradas no SIA/SUS, como Tipo de Unidade de código 37- Centro de Atenção Psicossocial e que possuam o Serviço de Atenção Psicossocial, puderam realizar/cobrar os procedimentos definidos no Artigo 9º desta Portaria (47). Contudo, em 2008, essa forma de financiamento foi modificada na portaria GM 2867/08, passando a ser financiados pelos recursos realocados para o teto financeiro dos municípios, sendo definidos pela série histórica de produção dos serviços (33).

Os registros de atendimentos realizados pelos CAPS no APAC/SIA foram disponibilizados para consulta pública na página do Departamento de estatísticas do Sistema Único de Saúde (DATASUS), no módulo APAC web, a partir de 2008. A produção ambulatorial até o ano 2007 era produto do Boletim da produção Ambulatorial Consolidado e não contém informação sobre usuários.

2.7 Informações em Saúde

A informação em saúde é uma ferramenta fundamental para as práticas de saúde individuais e coletivas porque permite descrever e acompanhar a evolução de perfis populacionais, elucidar causas e mecanismos causais de problemas de saúde, subsidiando decisões de apoio aos processos de gestão (39).

A disponibilidade de informação é uma condição essencial para a análise da situação de saúde (39). Os Sistemas de informação em Saúde (SIS) descrevem facetas ou dimensões de fatos, evento ou situação de saúde-doença-cuidado; essa informação é produzida de acordo com o ponto de vista ou

grau de conhecimento e tecnologia de que se dispõe, sendo influenciada, desde a coleta até sua disponibilização e uso, por definições prévias do que se queiram mostrar ou ocultar, embora ressalta-se a importância dos SIS como uma ferramenta útil no subsídio às tomadas de decisões (18), devendo ser utilizadas pelos pesquisadores para mostrar sua importância e produzir conhecimento.

O Brasil é um dos poucos países onde existe acesso pela internet a um grande volume de registro das atividades desenvolvidas pelo SUS. Embora não seja possível a identificação nominal, tais informações constituem um bem público de alta relevância para toda a sociedade (18), devendo serem utilizadas para justificar sua manutenção. Este estudo pretendeu examinar estes bancos de dados conforme os objetivos anteriormente colocados de acordo com a seguinte metodologia.

3. METODOLOGIA

3.1. Tipo de estudo: estudo descritivo, ecológico de múltiplos grupos.

3.2. Fonte de dados:

Foram utilizados, nesta pesquisa, dois grandes sistemas brasileiros de informação de saúde:

Autorizações de Pagamento de Serviços de Alta Complexidade (APAC)

Este sistema tem por objetivo a digitação e armazenamento de dados em formato magnético para agilizar seu processamento mensal; As APAC são digitadas pelas Unidades Prestadoras de Serviços e os disquetes enviados ao respectivo órgão de processamento do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS). Agiliza o processamento da produção das Unidades por ser o instrumento formal para registrar paciente, coletar informações gerais e cobrar os procedimentos e medicamentos realizados/ministrados.

Para este estudo, foram utilizados os dados dos Centros de Atenção Psicossocial com atendimentos de população infanto-juvenil disponibilizado pelo Departamento de informação do SUS, (APAC- DATASUS) entre 2008 e 2012. Foram obtidas informações sobre registros de atendimentos em relação a diagnósticos psiquiátricos, características sociodemográficos do usuário e aspectos do atendimento oferecido.

Não foram considerados, nesta pesquisa, os dados do ano 2013 porque o próprio Ministério de Saúde alerta que as bases de dados do DATASUS têm atrasos de um ou dois meses e mesmo as informações já publicadas podem ser corrigidas, visto que o sistema admite o reenvio de informação com até três meses de defasagem (36).

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

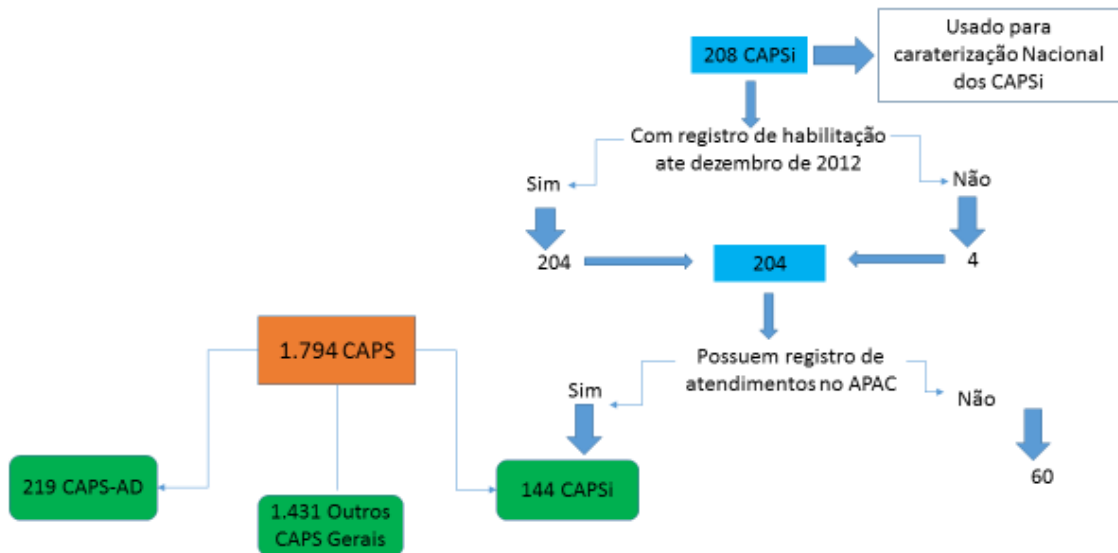
Informações mais abrangentes sobre estabelecimentos e equipamentos de saúde estão consolidadas no (CNES) que abrange todos os estabelecimentos de saúde do país, independentemente de serem prestadores de serviços ao SUS. Os dados englobam aspectos de área física, recursos humanos, equipamentos, tipos de serviços prestados, número de atendimentos ambulatoriais e número de internações hospitalares (30). Permite conhecer características administrativas dos CAPS como localização, número de funcionários, data de lançamento e serviços ofertados.

Para este estudo, foram utilizados os dados dos Centros de Atenção Psicossocial para infância e Adolescência (CAPSi), do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) no período entre 2001 e 2014. Fornecem informações sobre características administrativas dos CAPSi.

3.3. Unidades de análise: foram adotados como unidade de análise os Centros de Atenção Psicossocial CAPS tanto especializados quanto gerais que registraram atendimentos de população com idade entre um e 19 anos em todo o país. Foram identificados 1.794 CAPS com registros deste grupo populacional na APAC; destes, 219 corresponderam a CAPS-AD, 144 a CAPSi e 1431 a CAPS gerais.

No CNES, encontram-se registrados 208 CAPSi em 23 estados, sendo que este total foi utilizado para caracterizar a distribuição da rede nacional de equipamentos destinados à infância e adolescência CAPSis. Para determinar o perfil nosológico do atendimento infanto-juvenil, foram analisados 144 CAPSi com dados registrados na APAC em 21 estados; além de 1.431 CAPS gerais e 219 CAPS de álcool e Drogas (CAPS-AD) Verificar diagrama de definição das unidades de análise (Figura 1).

Figura 1. Diagrama de definição das unidades de análise



3.4. Definição de variáveis:

Demográficas: **sexo:** (masculino, feminino), **raça/cor da pele:** (branca, preta, parda, amarela); **Idade:** subgrupos da população menor de 19 anos assim definidos: 1-4; 5-9; 10 -14; 15-19. Considerou-se infância até os dez anos incompletos, e adolescência entre dez e 19 anos, conforme critérios da OMS (40).

Perfil nosológico: determinada pelos diagnósticos definidos no grupo V da CID-10, entre F00-F99.

Modalidades do atendimento realizado nos CAPS: tomou-se as três categorias de cuidado atribuídas pela frequência dos usuários ao serviço; **intensivo:** trata-se de atenção diária para pessoas em grave sofrimento psíquico; **semi-intensivo:** frequência de até 12 dias no mês; **não intensivo:** ausência de suporte contínuo, em uma frequência de até três dias no mês. O atendimento classificou-se ainda como **inicial** se fosse de primeira vez; **contínuo**, quando ocorreu uma sequência, e **único**, apenas naquela ocasião (16).

Caraterísticas administrativas dos CAPS: Localização (Estado), Esfera administrativa: pública municipal, pública estadual, filantrópica; **Tipo de gestão:** municipal, estadual e **Tipo de prestador:** público municipal, público estadual e filantrópico.

3.5 Procedimentos de coleta de dados: ingressou-se no sítio www.datasus.gov.br, na área de serviços, tomando a opção transferência de arquivos, onde encontram-se os arquivos do Sistema de Informações Ambulatoriais com dados dissemináveis para tabulação a partir de janeiro de 2008 (SIASUS a partir de JAN/2008). Em seguida, foram procurados arquivos com nome AD-APAC de Laudos Diversos, dos anos 2008 a 2012. Finalmente, os arquivos foram transformados para formato Excel e depois para o formato STATA.

3.6 Processamentos de dados: os dados foram analisados com o software TAbWin do DATASUS, o qual está disponível em <http://www.datasus.gov.br>. O software TabWin foi utilizado para baixar os bancos de dados que logo foram processados pelo pacote estadístico STATA, versão 12. Também foi utilizado o software EpiInfo, versão 7.0 para a realização de mapas.

3.7. Plano de Análises: realizou-se a análise descritiva utilizando gráficos, mapas e tabelas com variáveis demográficas (idade, sexo, raça/color da pele), características de atenção (modalidade de atenção e tipo), e características administrativas dos CAPSi; em números e percentagens por cada estado; apresentaram-se também grupos diagnósticos e faixas etárias, segundo as regiões. Foram elaboradas as taxas de atendimentos nos CAPSi, conforme regiões e estados para cada ano desde 2008 a 2012, utilizando dados de censo de 2010 e população estimada segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas IBGE.

4. ASPETOS ÉTICOS

A pesquisa utiliza dados secundários de fontes administrativas. O projeto não foi submetido ao comitê de ética, porque trata-se de dados secundários públicos de acesso pela internet.

Conflito de interesses: nenhum. Financiamento: nenhum.

5. RESULTADOS

5.1 Descrição da rede nacional de Centros de Atenção Psicossocial de infância e adolescência-CAPSi

No Brasil existem 208 Centros de Atenção Psicossocial para Infância e Adolescência (CAPSi) registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde –CNES, sendo 32 deles sem registros de habilitação para seu funcionamento, no entanto estão funcionando. Localizam-se em 23 dos 27 estados brasileiros, estando ausentes nos estados do Acre, Roraima e Tocantins na região Norte, e no Distrito Federal na região Centro-Oeste. A distribuição de CAPSi por municípios demonstra escassez na região norte e central do país (**figura 2**).

Das 187 cidades brasileiras com mais de 150.000 habitantes, critério estabelecido para possuir CAPSi, apenas 60,4% possui este equipamento, sendo heterogênea a distribuição pelos estados (**Tabela 1**). Já o percentual de municípios com, pelo menos, um equipamento infanto-juvenil oscila entre 60% e 75% para a maioria das regiões do país; exceto a região Norte que tem uma cobertura de 38,5%. O contraste se estabelece com a região Sul onde 74,2% dos municípios com população acima de 150.000 habitantes possuem este serviço. A instalação de equipamentos é bastante incompleta, até mesmo em estados como São Paulo que dispõe do maior número de CAPSis, conseguindo atingir apenas 51% das cidades que poderiam contar com este serviço. Observou-se que 10 cidades com população abaixo de 150.000 habitantes possuem CAPSi, incluindo cidades com menos de 60.000 habitantes, sendo que Rio Grande do Sul e Minas Gerais instalaram CAPSis em cidades com menos de 30.000 habitantes. Os CAPSi representam 7,8% dos 2.128 CAPS instalados entre 2008 e 2014 (**figura 3**), sendo 52,9% deles instalados no Sudeste (**Gráfico 4**).

Em relação às características administrativas, 98,1% (204) dos CAPSi são de esfera municipal, com apenas três estaduais, localizados em Piauí, Paraná e Mato Grosso; um privado no município de Sorocaba, em São Paulo, sendo este de caráter filantrópico. No que se refere à gestão, 94,2% (196) são administrados pelos municípios, dez possuem gestão dupla entre estado e município, e dois possuem gestão estadual, localizados no Rio Grande do Sul e em Mato Grosso.

Em relação aos registros de atendimentos nas Autorizações de Procedimentos de Alta complexidade(APAC), não houve registro de atendimentos no Amazonas e no Pará, dois estados da região Norte possuidores do serviço. Foram encontrados 1,345,554 registros de atendimentos em

população de um a 19 anos com diagnósticos de problemas mentais em todos os tipos de CAPS assim distribuídos: 62,2% (837.259) em CAPSi, 7,6% CAPS-AD (102.546), e 30,2% (405.749) CAPS gerais.

No caso específico de CAPSi, lideraram o registro em número de atendimento o estado de São Paulo com 24%, seguido por Paraná com 9,7%, Rio Grande do Sul com 9,3% e Minas Gerais com 9,2%. O **Gráfico 5** apresenta o comportamento do número de atendimentos no tempo, mostrando maior crescimento na região Sudeste.

As taxas de atendimento da população infanto-juvenil nos CAPSi variaram de 185 atendimentos a cada 100.000 habitantes de um a 19 anos em 2008, para 325,6 em 2012, mostrando-se uma tendência crescente no período. No entanto, existem marcantes diferenças regionais, sendo a região Norte a que apresenta as menores taxas (variando de 0,8/ 100.000 em 2008 a 53,1/ 100,000 em 2012). Abaixo da média nacional encontram-se as regiões Nordeste e Centro-Oeste. No Sudeste, o comportamento das taxas foi similar à média nacional; e o Sul caracteriza-se por ter as maiores taxas (sendo que em 2008 tinha 377,8 por 100.000 mil e em 2012 chegou a 581,5) (**Gráfico 6**).

Chama a atenção alguns estados que não se encontram na média de suas regiões. No Nordeste, a Paraíba apresenta as taxas mais altas dentre todos os estados, sendo que em 2008 apresentou 967,4 atendimentos por 100 mil habitantes de um a 19 anos e em 2012 atingiu 1.256,6 atendimentos por 100 mil. No Sudeste, chama atenção o Espírito Santo por suas baixas taxas de atendimento, sendo que em 2008 apresentou 3,1 atendimentos por 100.000 e em 2012 chegou a 65,8 atendimentos por 100 mil habitantes, taxas semelhantes as apresentadas na região Norte. (**Tabela 2**).

5.1.1. Características dos usuários e do atendimento oferecido nos Centros de Atenção Psicossocial de infância e adolescência (CAPSi)

Em geral, foram analisados 837,259 registros no período estudado sendo 68,8% destinados à população masculina. Em relação à raça/cor da pele, 52% dos registros não relataram esta variável. A faixa etária com maior percentagem correspondeu a população entre 10 e 14 anos com 41,3%, seguido por 30,9% de crianças entre 5 e 9 anos, 22,6% para adolescentes entre 15 e 19 anos e 5,2% entre 1 e 4 anos (**tabela 3**).

Em relação aos atendimentos, 62,7% foram contínuos, 37,1% atendimentos de primeira vez e 0,1% referente a atendimento único. Em relação aos procedimentos realizados nos CAPSis, 50%

correspondiam a acompanhamentos semi-intensivo, seguidos por 39,1% não-intensivo e 10,5% intensivo (tabela 3).

Ao fazer a análise por regiões, verificou-se que o número de registros de atendimentos variou entre 8,339 na Região Norte e 350,055 atendimentos na região Sudeste. Os atendimentos em população de sexo masculino foram majoritários em todas as regiões, variando entre 65,8% na região Norte e 71,4% na região Centro-Oeste. O maior percentual de atendimento em relação à faixa etária apresentou-se entre adolescentes entre 10 e 14 anos, menos na região Norte onde correspondeu ao grupo entre cinco e nove anos com 41,6% (tabela 3).

A variável raça/cor da pele não foi informada na maioria dos atendimentos, sendo a situação mais dramática na região Norte onde 95,6% dos atendimentos não possuem esta informação. Já em outras regiões, como o Sudeste, a falta de informação sobre raça/cor da pele chegou ao 46,9%. Nos casos em que a informação sobre raça/cor da pele foi preenchida, os atendimentos em população branca foram mais frequentes nas regiões Sul e Sudeste com 84,2% e 61,2%, respectivamente. Nas demais regiões, predominou os atendimentos em população parda: o Norte com 61,8%, o Nordeste com 73,7% e o Centro-Oeste com 63,2% (tabela 3).

Em todas as regiões, os atendimentos contínuos superaram 60%, variando entre 62,1% no Sul e 64,8% no Norte. O procedimento mais frequente foi o acompanhamento semi-intensivo, variando entre 36,4% no Norte e 53,2% no Nordeste. A porcentagem de atendimentos em acompanhamento intensivo foi menor: ao 13% em todas as regiões, menos na Região Norte onde os atendimentos por acompanhamentos na modalidade intensiva chegaram a 32,3% (Tabela 3).

5.2. Perfil nosológico dos atendimentos que configuram a utilização dos serviços comunitários de saúde mental pela população infanto-juvenil

A maioria dos atendimentos nos CAPSi (65,8%) concentra-se em três grupos diagnósticos a saber: 29,7% para transtornos do comportamento e transtornos que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência (F90-F98), 23,6% para transtornos do desenvolvimento psicológico (F80-F89); e 12,5% para retardo mental F70 - F79. Outros grupos diagnósticos relevantes foram transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o "stress" e transtornos somatoformes com 10,4%; (F40-F48)

e Transtornos do humor [afetivos] (F30-F39) com 9,5%. Transtornos por consumo de substâncias psicoativas atingiram 1,8% e esquizofrenias, 6,1% do total de registros (**tabela 4**).

Ao relacionar os transtornos mais frequentes segundo a faixa etária, verificou-se que, entre as crianças de um a quatro anos, foram mais frequentes os transtornos do desenvolvimento psicológico (F80 - F89) com 45,7%; entre crianças de cinco a nove e de dez a 14 anos, foram encontrados - os transtornos do comportamento e transtornos que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência (F90 - F98) com 39,0% e 32,%, respectivamente; Já entre adolescentes de 15 a 19 anos, as esquizofrenias (F20-F29), retardo mental (F70 - F79) e transtornos do humor [afetivos] (F30 - F39) tiveram percentuais em torno de 16,0% (**tabela 4**).

Os transtornos de comportamento e emocionais foram mais frequentes em todas as regiões exceto a região Sudeste, em que os transtornos de desenvolvimento foram mais frequentes. Enquanto os transtornos de desenvolvimento considerados transtornos mentais graves têm um elevado percentual nas regiões sul, sudeste e nordeste, nas regiões norte e centro-oeste os valores percentuais são bem menores. Encontra-se o retardo mental em segundo lugar em frequência de atendimento nas regiões norte e nordeste: do total de atendimentos por retardo mental em CAPSi, 51,2% e 31,5%, respectivamente, correspondem a retardo mental leve (**Gráfico 7, tabela 5**).

Região Norte

Trinta e quatro por cento foram atendimentos por transtornos do comportamento e transtornos que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência (F90-F98), 19,5% por retardo mental (F70-F79), seguidos por 13,4% de transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o "stress" e transtornos somatoformes (F40-F48) e 12,2% por transtornos do humor [afetivos] (F30 - F39). Os transtornos considerados graves não aparecem entre os mais frequentes, como transtornos do desenvolvimento e esquizofrenias (**tabela 5**). Na faixa etária de um a 14 anos, os diagnósticos mais frequentes foram F90 - F98 - transtornos do comportamento e transtornos que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência. Já entre adolescentes de 15 a 19 anos, observou-se o retardo mental.

Região Nordeste

Nesta região, os três primeiros grupos de diagnósticos mais frequentes foram similares entre seus diferentes estados, sendo que 29,3% dos atendimentos corresponderam a transtornos do comportamento e transtornos que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência (F90-F98), 23% a retardo mental (F70-F79); 21,2% a transtornos do desenvolvimento psicológico (F80-F89); e 8,8% a transtornos neuróticos, a transtornos relacionados com o "stress" e a transtornos somatoformes (F40-F48) (Tabela 4). O retardo mental teve a maior porcentagem nos estados de Piauí, Rio Grande do Norte, Alagoas e Bahia, enquanto que os transtornos de desenvolvimento só predominaram em Pernambuco, com 42% dos atendimentos.

Os transtornos mais frequentes entre crianças de um a quatro anos foram os F80 - F89 - Transtornos do desenvolvimento psicológico; entre aquelas de cinco a nove anos, foram F90 - F98 - transtornos do comportamento e transtornos que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência, igual para os adolescentes entre dez de 14 anos; sendo retardo mental o mais frequente entre adolescentes de 15 a 19 anos.

Região Sudeste

O perfil nosológico variou em relação às demais regiões. Os transtornos mais frequentes foram os transtornos do desenvolvimento psicológico (F80-F89), com 30,2%; seguidos de 26,3% para transtornos do comportamento e transtornos que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência (F90-F98); 9,5% retardo mental (F70-F79); e 9% transtornos do humor [afetivos] (F30-F39).

Foram encontradas variações em relação ao perfil nosológico quando analisados por estados, sendo que na sua maioria o grupo diagnóstico mais frequente referiu-se aos transtornos de desenvolvimento. Porém, apenas em Minas Gerais, foram mais frequentes os transtornos de comportamento, com 41% dos atendimentos. No Rio de Janeiro, os atendimentos por esquizofrenias foram relevantes, sendo a segunda porcentagem mais alta, com 16,1%; nos demais estados da região, o grupo das esquizofrenias foi menor que 9%. Finalmente, em São Paulo, o retardo mental não aparece nas primeiras causas de atendimento, ficando os transtornos de humor, com 11,3% dos atendimentos.

Os transtornos mais frequentes entre as crianças de um a nove anos foram os transtornos do desenvolvimento psicológico (F80 - F89). Já para as crianças e adolescentes entre dez e 14 anos,

foram os transtornos do comportamento e transtornos que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência (F90-F98); e, entre os adolescentes de 15 a 19 anos, foram os transtornos do desenvolvimento psicológico, e, quase na mesma frequência, as esquizofrenias, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20-F29).

Região Sul

Os 30,8% dos atendimentos foram por transtornos do comportamento e transtornos que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência (F90-F98), 18,4% por transtornos do desenvolvimento psicológico (F80-F89), 16,5% por transtornos do humor [afetivos] (F30-F39), 14,8 % por transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o "stress" e transtornos somatoformes (F40-F48) (**Tabela 5**). Quando são analisados por estados, observou-se algumas variações: os transtornos comportamentais tiveram as porcentagens mais altas na maioria dos estados, a exceção de Santa Catarina onde o grupo diagnóstico mais frequente foram os transtornos de desenvolvimento psicológico, com 32,7% dos atendimentos. Os transtornos de humor tiveram um importante número de atendimentos em todos os estados, sendo maior no Rio Grande do Sul, com 20,6%, e, finalmente, os transtornos neuróticos e relacionados com o "stress" tiveram uma importante presença no Paraná, com 19% dos atendimentos nesse estado.

Os transtornos mais frequentes entre as crianças de um a quatro anos foram os transtornos do desenvolvimento psicológico; no caso de crianças de cinco a nove anos, foram os transtornos do comportamento e transtornos que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência, igual para os adolescentes entre dez de 14 anos; e, entre os adolescentes de 15 a 19 anos, foram os transtornos do humor [afetivos].

Região Centro-Oeste

Os 55,6% dos atendimentos corresponderam a transtornos do comportamento e transtornos que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência (F90-F98), 11,7% a transtornos do humor [afetivos] (F30-F39), 9,9% a transtornos do desenvolvimento psicológico (F80-F89), 9,4 % a transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o "stress" e transtornos somatoformes (F40-F48) (**Tabela 5**). Nessa região, o perfil nosológico foi mais variado entre os estados; os transtornos de desenvolvimento representaram 13,2% dos atendimentos em Mato Grosso e Goiás. Já em Mato Grosso do Sul, só chegou a 1.0%; o retardo mental foi de 14,5% em Mato Grosso, no entanto em Mato Grosso do Sul e Goiás não superou os 5,7%. Os transtornos mais frequentes em todas as faixas

etárias foram os transtornos do comportamento e transtornos que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência (F90-F98).

5.3 Atendimentos infanto-juvenil em Centros de Atenção Psicossocial gerais do Brasil

As macrorregiões que lideraram o registro de atendimentos neste grupo populacional nos CAPS gerais foram o Nordeste com 53,0%, seguido pelo Sul com 17,3% e 14,8% no Sudeste (**Gráfico 8**). Esse panorama variou quando foram examinados os registros de população infanto-juvenil nos CAPS-AD, sendo que Sudeste liderou com 46,9% dos registros, seguido pelas regiões Sul e Nordeste com 24,1% e 22,7% respectivamente (**Gráfico 9**).

Nos estados destituídos de CAPSi, como Acre, Roraima, Tocantins e Distrito Federal, encontrou-se um total de 14.707 registros de atendimentos de população infanto-juvenil em CAPS gerais e CAPS AD. Dos 405.749 registros encontrados, 58,3% foram realizados com a população masculina. Em relação à raça/cor da pele, apenas 54,8% dos registros possuíam dados sobre essa variável, sendo 39,4% correspondente à população branca, 48,6% pardos, 8,6% pretos, 3,2% amarelos e 0,1% indígena. A faixa etária com maior número de atendimentos foi de 15 a 19 anos com 66,4%, seguida por 20,6% para adolescentes entre 10 e 14 anos, 9,9% entre cinco e nove anos, e 3,1% entre um e quatro anos. Do total de registros de atendimentos, 59,1% foram atendimentos contínuos, 40,2% atendimentos de primeira vez e 0,7% foi atendimento único. Os principais procedimentos realizados se distribuíram da seguinte forma: 39,9% acompanhamento semi-intensivo, seguido de 28,4% acompanhamento não-intensivo e 12,2% para acompanhamento intensivo.

Os principais diagnósticos corresponderam a 21,4% para esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes, 20,6% para retardo mental, 16,4% para transtornos do humor [afetivos] e 12,8% para transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o "stress" e transtornos somatoformes. Chama atenção o alto número de registros por esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes entre crianças de um a quatro anos, representando 24,9% dos atendimentos nesta faixa etária. Esse mesmo grupo diagnóstico foi predominante entre adolescentes de 15 a 19 anos, atingindo 26,1% dos atendimentos; no caso de crianças entre cinco a nove anos e de adolescentes entre dez e 14 anos, predominou o retardo mental, com 22,6% e 24,2%, respectivamente (**Tabela 6**).

Ao analisar o perfil nosológico dos atendimentos segundo as macrorregiões, encontrou-se diferenças importantes. Na região Nordeste onde se observa o maior percentual de atendimentos da população

infanto-juvenil em CAPS gerais (53%), surge como principal diagnóstico o Retardo mental com 29,9%, seguido das esquizofrenias com 19,8%. O principal grupo diagnóstico nas regiões Norte e Sudeste corresponde a Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes com 28,5% e 37,5% respectivamente. No Sul, 25% dos atendimentos foram devido aos transtornos de humor e, no Centro-Oeste, predominaram os transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substância psicoativa, com 26,8%. Chama a atenção o importante número de atendimentos por transtornos de desenvolvimento nos CAPS gerais, nas regiões Nordeste e Centro-Oeste, com 5,0% e 11,8% respectivamente (Tabela 7).

5.4. Atendimentos infanto-juvenis nos Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas CAPS-AD do Brasil

Dos 219 CAPS-AD onde foram encontrados registros de população entre um e 19 anos, dois destes foram CAPS-AD para Infância e Adolescência, localizados em São Bernardo do Campo (São Paulo), e Maceió (Alagoas). A região Sudeste liderou os atendimentos de população infanto-juvenil em CAPS-AD com 46,9% dos registros, seguida pela região Sul com 24,1% e 22,7% no Nordeste, ficando as regiões Norte e Centro-Oeste com os menores valores correspondentes a 2,2% e 4,2%, respectivamente.

Do total de registros de atendimentos, 60,1% foram atendimentos contínuos, 39,8% atendimentos de primeira vez e 0,1% foi único atendimento. Os principais procedimentos realizados se distribuíram da seguinte forma: 46,3% acompanhamento semi-intensivo, seguido de 34,3% acompanhamento não intensivo e 17,7% para acompanhamento intensivo. O restante correspondeu a outros procedimentos como acompanhamento terceiro turno.

Dos 102.546 registros de atendimentos obtidos pela população de um a 19 anos em CAPS-AD, 80,6% foram realizados com a população masculina. Em relação à raça/cor da pele, apenas 51,7% dos registros referiram-se a essa variável, e, deste total, 50,5% corresponderam à população branca, 39,7% pardos, 7,3 % pretos, 2,6% amarelos e 0,1% indígena. A faixa etária com maior número de atendimentos estava entre 15 e 19 anos, com 83,7%, seguida de 13,9% para adolescentes entre dez e 14 anos.

Tratando-se de serviços especializados para tratamento de usuários de álcool e drogas, 95,1% dos atendimentos foram por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias

psicoativas; No entanto, 1,7% dos registros correspondeu a transtornos do comportamento e transtornos que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência, ficando o restante com os demais grupos diagnósticos. Entre crianças de um a nove anos, foram mais frequentes os transtornos do comportamento e, entre adolescentes de dez a 19 anos, predominaram os transtornos mentais e comportamentais pelo uso de substância psicoativa, superando 90% dos atendimentos (Tabela 8).

Ao analisar o perfil nosológico dos atendimentos segundo as macrorregiões, foram encontradas diferenças importantes. Nas regiões Norte e Centro-Oeste, 100% dos atendimentos corresponderam ao grupo diagnóstico de transtornos mentais e comportamentais pelo uso de substância psicoativa; No caso das regiões Sudeste e Sul, mais de 95% dos atendimentos corresponderam a esse mesmo grupo diagnóstico. A região Nordeste apresentou um maior percentual de atendimentos por causas diferentes dos transtornos decorrentes de substâncias psicoativas; nesta região, 6,0% dos atendimentos realizados em crianças e adolescentes frequentando o CAPS-AD corresponderam a transtornos do comportamento, e 3,3% a transtornos de desenvolvimento (Tabela 9).

6. DISCUSSÃO

O total de CAPSi existente no Brasil (208) mostra-se insuficiente e está desigualmente distribuído. Somente 60,4% dos municípios brasileiros, cujo critério populacional permite sua instalação, estão contemplados. Na Região Norte, apenas 38,5% dos municípios contemplados pelo critério dispõem do serviço, enquanto na região Sul este percentual corresponde a 74,2%, observando-se a existência de CAPSi em municípios com menos de 60.000 habitantes. Todavia mesmo o Estado de São Paulo possuidor do maior número de CAPSi (61) atinge apenas 51% das cidades elegíveis. Estes dados vão em consonância com os dados das taxas de atendimentos nos CAPSi, onde apresenta-se uma grande variação entre as regiões, encontrasse as taxas mais baixas no Norte, abaixo da média nacional as regiões Nordeste e Centro-Oeste; no Sudeste, com taxas parecidas à média nacional; e o Sul com as maiores taxas.

Certamente as taxas de atendimento devem ser cuidadosamente analisadas considerando que o acesso à os serviços de saúde mental não só dependem da oferta de cuidados nos serviços públicos como o CAPSi; sendo que possivelmente muitas crianças e adolescentes estão sendo atendidos nos

serviços particulares a través dos planos de saúde e por conta de pago direto das famílias; no caso por exemplo de Espírito Santo, que chama atenção por suas baixas taxas de atendimento, tem uma cobertura de planos de saúde superior ao 30%, e o São Paulo tem a maior percentagem de cobertura entre todos os estados com 43% em 2012 (73).

A disparidade regional na distribuição de CAPSi poderia ser explicada pelos escassos recursos humanos, principalmente psiquiatras gerais e especialistas em infância e adolescência, diante da escolha dos grandes centros urbanos para atuação profissional, observando-se ainda que 76% das residências em psiquiatria concentram-se na região Sudeste (71).

Desde 2006, a OMS vem sinalizando a falta de serviços de saúde mental de base comunitária no Brasil, enfatizando principalmente a insuficiência de serviços para crianças e adolescente (65). Em 2008, outros autores também assinalaram o desafio da implementação de dispositivos de cuidado de saúde mental para criança e adolescente no Brasil (25). Um estudo paulista, realizado em 2007, demonstrou que os serviços de saúde mental disponíveis para crianças e adolescentes somente forneciam cuidado para 14% dos casos que apresentavam prejuízo funcional (9). Outra investigação realizou cálculos de cobertura de CAPSi para São Paulo, considerando a prevalência dos transtornos de desenvolvimento em menores de 20 anos. As estimativas indicaram insuficiência de serviços para o atendimento desde transtornos, sendo necessários 258 unidades (37), existindo atualmente 61 CAPSi naquele Estado.

Os resultados encontrados no presente trabalho são convergentes com outras pesquisas e confirmam a necessidade de elevar o número de CAPSi e melhorar sua distribuição nas diferentes regiões brasileiras. Porém, a avaliação do Ministério da Saúde sobre a implementação do conjunto de CAPS no país não segue essa mesma direção. Emprega um indicador de cobertura que inclui indistintamente em seu cálculo os três tipos de CAPS, visando uma meta nacional de 0,77 CAPS/100.000 habitantes (67). Em 2012, totalizando 1.803 equipamentos, o Brasil atingiu 0,74 CAPS/100.000 habitantes, considerando-se uma cobertura muito boa (68).

Este indicador claramente não descreve a situação concreta da disponibilidade de serviços de saúde mental para infância e adolescência, tornando invisível o déficit de CAPSi, favorecendo a ausência de medidas por parte dos gestores perante uma representação de apenas 7,8% para CAPSi dentre o total de Centros de Atenção Psicossocial existentes entre 2008 e 2014. As limitações deste indicador atual foram reconhecidas pelo próprio Ministério da Saúde em 2012, ao enfatizar a

importância de construir novos indicadores sensíveis à cobertura de CAPS infanto-juvenil (68), porém até o momento não se conhece qualquer iniciativa de modificações.

Perfil Nosológico

Aproximadamente 65,8% dos atendimentos nos CAPSi concentraram-se em três grupos diagnósticos: 29,7% para transtornos do comportamento e transtornos que aparecem habitualmente na infância ou adolescência, 23,6% para transtornos do desenvolvimento psicológico e 12,5% para retardo mental. Este perfil é similar aquele encontrado em estudos empíricos (56,19,59), nos quais transtornos de comportamento e transtornos de desenvolvimento encontram-se entre as três primeiras causas de consulta. No estudo em São Paulo, 21% dos usuários consultavam por transtornos de comportamento e transtornos emocionais, 16,2% por transtornos do desenvolvimento psicológico e 10,5% por retardo mental (56). Já no estudo referente aos primeiros CAPSi implantados no país, 44,5% foram transtornos do comportamento, 19,8% transtornos neuróticos e 14,2% transtornos do desenvolvimento (19), enquanto um estudo anterior, realizado em um único serviço de Salvador, o retardo mental correspondeu a 42%, transtornos de comportamento 22,6% e transtornos do desenvolvimento 9,8% (59).

O Perfil nosológico variou entre as regiões do país. Os diagnósticos de transtornos do comportamento e emocionais foram os mais frequentes em todas as regiões exceto na região Sudeste, enquanto os transtornos do desenvolvimento considerados transtornos mentais graves tiveram percentuais elevados nas regiões Sul, Sudeste e Nordeste. Os diagnósticos de retardo mental foram mais frequentes nas regiões Norte e Nordeste: do total de atendimentos por essa condição nos CAPSis destas regiões, 51,2% e 31,5% corresponderam, respectivamente, a retardo mental leve.

Encontrou-se uma prevalência alta (44,5%) de transtornos de comportamento e emocionais, em 2008, nos primeiros CAPSi (19). Já em 2011, verificou-se que, em São Paulo, os transtornos mentais graves foram mais prevalentes, com 28,8% para transtornos de desenvolvimento (37).

A alta frequência de atendimentos por transtornos mentais leves nos CAPSi contrasta com os achados de atendimentos de população infanto-juvenil nos CAPS gerais e CAPS-AD, em que se realizou um número elevado de atendimentos para esquizofrenias, transtornos por uso de substâncias psicoativas e transtornos de desenvolvimento.

Os transtornos comportamentais entre as crianças e adolescentes devem ser considerados cuidadosamente para um tratamento adequado, sendo que estudos têm demonstrado que esses

transtornos tendem a persistir na adolescência e idade adulta e estão associados à delinquência, comportamento antissocial, problemas conjugais, laborais e até deficiência na saúde física (65). Resultados de um estudo com adolescentes cariocas em problemas com a justiça indicaram prevalências de 77% para transtornos de conduta e de 54% para transtornos de déficit de atenção e hiperatividade; observou-se ainda que 93% dos acometidos nunca receberam tratamento (66). Cabe porém refletir sobre o melhor lugar para o seguimento destes jovens, considerando que o CAPSi é um serviço altamente especializado, desenhado para tratamento de transtornos mentais graves. Além disso, o cuidado de alguns problemas de saúde mental em serviços de atenção básica se associa com menor nível de estigma e maior engajamento do paciente e sua família (37).

Os transtornos devido a uso de substâncias psicoativas em população infanto-juvenil representaram 1,9% dos atendimentos nos CAPSi, 9,9% dos atendimentos nos CAPS gerais e um importante número (102.543) de registros de atendimentos nos CAPS- AD, encontrando-se menores de dez anos com esse diagnóstico. Este achado revela uma presença recente desta população infanto-juvenil nos serviços comunitários de saúde mental. Isto porque no primeiro estudo sobre CAPSi não foi relatado esse diagnóstico em nenhum dos CAPSi estudados (19). Um maior uso destes serviços comunitários de saúde mental talvez repercutisse nos serviços hospitalares e de emergência diante da evidencia de que 50% dos internamentos hospitalares de jovens provenientes de um Centro Integrado de Atenção Psicossocial, no Rio Grande do Sul, vinculava-se ao uso de substâncias psicoativas, sendo que 75% da população atendida eram adolescentes e 62% correspondiam a reinternações (72). O elevado número de atendimentos por este diagnóstico em menores de dez anos tem repercussão na saúde global destas crianças, cabendo medidas de saúde pública para enfrentar essa situação.

É indiscutível a necessidade da articulação entre os serviços especializados de saúde mental infanto-juvenil e atenção básica, considerando a carência de unidades e recursos humanos especializados. Já tem sido sinalizada a importância do preparo das equipes da atenção básica para o acolhimento de crianças e adolescentes com problemas mentais leves (37), com experiências exitosas nesse sentido. Algumas pesquisas apontam, entretanto, para a importância do treinamento e suporte contínuo das equipes de Saúde Mental aos profissionais da atenção básica, com engajamentos pessoais e responsabilidade compartilhada (46). Esses aspectos foram contemplados na portaria 154, de 2008, que criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), equipes multiprofissionais atuando

em conjunto com as equipes de Saúde da Família, perante áreas estratégicas, incluindo a saúde mental (58).

A integração principalmente entre CAPS e ESF tem sido estudada revelando suas potencialidades e dificuldades. Em um estudo realizado em Campinas, os pesquisadores encontraram dificuldades na integração entre as equipes dos CAPS e as de atenção primária. Os autores identificaram que a grande demanda de saúde mental quando não filtrada e combinada com a falta ou a alta rotatividade de recursos humanos são geradoras de dificuldades de articulação de uma rede de cuidados (55).

As estratégias de matriciamento são bem avaliadas quando as equipes têm uma interação adequada e existe co-responsabilidade no tratamento dos usuários, embora apenas a existência do grupo de matriciamento não garante uma boa integração (55). Ainda sobre a integração entre a ESF e CAPSi, demonstrou-se que falta de recursos humanos, cobrança por produtividade e ausência de capacitação para trabalhar com saúde mental foram os principais obstáculos para articular ESF e CAPSi. Outro problema apontado seria a peregrinação dos usuários em busca de atendimento (60).

O perfil nosológico que caracteriza a utilização dos CAPS pela população infanto-juvenil avaliada nesta pesquisa sugere que, além da articulação interna envolvendo a própria rede de saúde, faz-se necessário um trabalho intersetorial para permitir maior acesso aos cuidados em saúde. Os profissionais da educação têm uma perspectiva longitudinal do desenvolvimento sob diversos aspectos, como desempenho social e cognitivo (57,19), porém, ainda que se conheçam esforços na perspectiva do trabalho intersetorial, este continua sendo um desafio. Uma pesquisa realizada na periferia de São Paulo constatou que, do total de encaminhamentos realizados pelas escolas a um CAPSi, só 14% deles foram aceitos e 86% foram encaminhados para outros serviços por não se tratar de crianças com doenças mentais graves ou elevados níveis de danos (57). Esses encaminhamentos incorretos, além de desperdiçarem tempo, energia e recursos públicos (57), geraram transtornos para as famílias, as crianças e os adolescentes que precisavam dos serviços e não estavam conseguindo chegar a eles por falta de vagas.

Caraterísticas dos usuários e do atendimento oferecido

Segundo o IBGE o percentual de brasileiros do sexo masculino menores de 19 anos aproximou-se de 50% (42), porem encontrou-se, neste estudo, um alto número de atendimentos em população de sexo masculino (68,8%), sendo similar aos achados de outras pesquisas que utilizaram dados nominais. Em São Paulo, verificou-se que 61,2% da população era masculina (56). Em um estudo com sete CAPSi, em diferentes regiões do país, foi de 62,8% (19), bem como em um estudo em Salvador(BA), que indicou que 68,3% de crianças e adolescentes eram do sexo masculino (59).

No presente estudo, chama a atenção a predominância de atendimentos em população com idades entre dez e 14 anos (41,3%), seguido pelas crianças entre cinco a nove anos (30,9%). Esses resultados coincidem com o estudo de São Paulo em que 39,7% dos meninos tinham entre dez e 15 anos, enquanto a maioria das meninas tinha entre 5 e 10 anos (37,5%) (5). Já no estudo de Hoffman et al., 36,9% tinham entre 11 e 14 anos (19).

Este estudo encontrou um perfil diagnóstico diferenciado para cada faixa etária, sendo que entre as crianças de um a quatro anos os transtornos do desenvolvimento psicológico foram os mais frequentes. No caso de crianças e adolescentes de cinco a 14 anos, foram os transtornos do comportamento e transtornos que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência. Entre os adolescentes de 15 a 19 anos, predominaram o grupo das esquizofrenias, retardo mental e transtornos do humor [afetivos]. Por outro lado, o primeiro estudo de CAPSi encontrou, como diagnósticos mais frequentes, os transtornos comportamentais, porém, quando analisados por faixa etária, tornaram-se mais frequentes, entre os menores de dez anos, os transtornos de desenvolvimento e as esquizofrenias, entre os adolescentes acima de 15 anos (19).

Segundo a portaria 189, de 2002, os procedimentos realizados nos CAPSi devem contemplar um total de 155 pacientes/mês distribuídos em três categorias. Acompanhamento intensivo para, no máximo, 25 pacientes/mês, semi-intensivo, máximo 50 pacientes/mês e não-intensivo máximo 80 pacientes mês (47). Percentualmente os atendimentos estariam distribuídos em: 16,1% intensivo, 32,2% semi-intensivo e 51,6% não intensivo. Neste estudo, os acompanhamentos semi-intensivos e não-intensivos foram superiores a 80% dos registros, embora tenham sido mais frequentes os acompanhamentos semi-intensivos, representando 50% dos registros. Esses achados diferem um

pouco em relação ao estudo de Hoffman, sendo que naquele estudo predominaram os atendimentos em modalidade não-intensiva (49,3%), já no caso do cuidado intensivo, existe uma coincidência em 10,5% (19).

Na região Norte, houve o maior percentual de atendimentos intensivos comparado com as demais regiões, tratando-se da região com menor número de CAPSi. É possível que os CAPSi estejam funcionando como serviços emergenciais, sugerindo maiores investimentos para implementar novos serviços que permitam acesso contínuo aos cuidados de crianças e adolescentes com problemas de saúde mental, entretanto, novas pesquisas deverão aprofundar aspectos da utilização desses serviços.

Importância dos Sistema de informação em Saúde

A disponibilidade de informação é uma condição essencial para a análise da situação de saúde. Os Sistemas de Informação de Saúde (SIS) descrevem facetas ou dimensões de fatos, evento ou situação de saúde-doença-cuidado. Esta pesquisa ressalta o potencial dos Sistemas de Informação em Saúde brasileiros no conhecimento do funcionamento dos serviços de saúde em nível nacional com grande rapidez e baixo custo. Até o momento, esta é a primeira pesquisa que utiliza os Sistemas públicos de Informação em Saúde como APAC e CNES para estudar serviços especializados para o cuidado de saúde mental de crianças e adolescentes. Espera-se que, como afirma Sozzi de Moraes, *"essas informações subsidiem políticas públicas, pesquisas, debates e lutas que ocorrem na relação Estado-sociedade"* (18).

No entanto, a informação produzida pelos SIS depende do ponto de vista ou grau de conhecimento e tecnologia de que se dispõe, sendo influenciada, desde a coleta até sua disponibilização e uso, por definições prévias do que se queiram mostrar ou ocultar (18), e as limitações derivadas disto devem ser cuidadosamente analisadas pelos pesquisadores.

É importante aclarar que a visão aqui apresentada é uma descrição limitada do evento estudado, conforme os próprios dos sistemas de informação que foram utilizados, e as escolhas dos pesquisadores em relação a variáveis e análises realizadas. Acredita-se que serão valiosas as informações aqui apresentadas para a orientação de gestores e pesquisadores em relação ao cuidado da saúde mental de crianças e adolescentes no Brasil. Ainda sabendo que, no Brasil, não se

estabeleceu uma cultura de uso intensivo e contínuo da informação como subsídio para as decisões tomadas no SUS (18).

Limitações do estudo

Sendo um estudo que utilizou bases de dados secundárias, é possível apontar algumas limitações. A ausência de identificação nominal compromete inferências populacionais, sendo que é possível ter mais de um atendimento por pessoa porém, os resultados encontrados nesta pesquisa são similares aqueles de outras pesquisas que utilizaram dados nominais. Os resultados são influenciados pelas periodicidades em que os dados são disponibilizados, pela falta de preenchimento de determinadas variáveis e ausência de informação total ou parcial de unidades que não fazem parte do estudo. Este estudo só inclui as atividades realizadas pelos Centros de Atenção Psicossocial, não inclui atividades realizadas em outro tipo de instituições nem pelos sistemas privados. A variável mais afetada pela falta de preenchimento foi raça/cor da pele (52%), principalmente na região norte em 95,6% dos atendimentos registrados. Ausência de registro de atendimentos a crianças e adolescentes indígenas, na região norte; assim, indaga-se se a população indígena não tem acesso aos serviços especializados em saúde mental, ou se o dado não teria sido registrado. Vale lembrar que 38,2% da população indígena brasileira vive na região Norte (IBGE 2010) (61).

Considerações finais

- Embora existam políticas e avanços na implementação de serviços de base comunitária, o cuidado de crianças e adolescentes com problemas de saúde mental continua sendo um desafio para o Brasil, pela escassez desses serviços e sua distribuição desigual entre regiões e estados.
- O perfil nosológico dos atendimentos realizados nos CAPSi apresenta elevado percentual de transtornos de comportamento e retardo mental, sugerindo uma melhoria de gestão que possa articular atenção básica (ESF) e CAPSi com o apoio dos NASF e trabalho intersetorial saúde-educação para otimizar os recursos existentes.
- É importante aprofundar o entendimento sobre as diferenças regionais do perfil nosológico encontrado nos CAPSi para explicar a maior frequência dos transtornos graves no Sul e Sudeste.

- Os atendimentos da população infanto-juvenil com transtornos mentais graves, como esquizofrenias e transtornos de desenvolvimento encontrados nos CAPS gerais e CAPS-AD, requerem uma especial atenção por parte de gestores e pesquisadores, considerando que essa população necessita de modelos de cuidados diferenciados.
- O estudo revela um alto número de atendimentos de população infanto-juvenil por transtornos devido ao uso de substâncias psicoativas em todos os tipos de CAPS, que requer maior atenção por parte dos gestores e pesquisas mais aprofundadas.
- Esta pesquisa ressalta o potencial dos Sistemas de Informação em Saúde brasileiros para conhecimento do funcionamento dos serviços de saúde em nível nacional com grande rapidez e baixo custo.
- É Necessário criar um novo indicador específico para implantação de CAPSi, que contemple prevalências de transtornos mentais infanto-juvenis, e considere a densidade populacional por região.
- Graças ao uso dos grandes bancos de dados e às novas metodologias de análises, mundialmente e especificamente no Brasil, está sendo utilizado o desenho de estudo ecológico. A partir de um estudo descritivo, ecológico de múltiplos grupos, produziu-se uma informação sobre os serviços comunitários de saúde mental brasileiros para crianças e adolescentes, a ser utilizada por gestores, pesquisadores e profissionais de saúde implicados com a saúde mental infanto-juvenil.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) BELFER, MYRON L. Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**. Vol. 49, n 3. p 226-236; 2008. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jcpp.2008.49.issue-3/issuetoc>. Acesso: 9 de janeiro de 2014.
- (2) WORLD HEALTH ORGANIZATION. Mental Health Atlas 2011. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/publications/mental_health_atlas_2011/en
- (3) COLLINS, P. Y., PATEL, V; JOESTL S. S.; MARCH, D; INSEL, T. R.; DAAR, A. S. Grand challenges in global mental health. **NATURE**, Vol 475 n: 27; 2011.
- (4) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD. 10 datos sobre salud mental. Disponível em: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/index.html. Acesso: julho 20 de 2013.
- (5) CONSORCIO INTERNACIONAL DE LA OMS EN EPIDEMIOLOGIA PSIQUIATRICA. Comparación transnacional de la prevalencia de los trastornos mentales y los factores con ellos relacionados. **Boletín de la Organización Mundial de la Salud**, Recopilación de artículos No 3, 2000.
- (6) ALMEIDA FILHO N. Estudos de Prevalência de desordens mentais na infância em zona urbana de Salvador. **Jornal Brasileira Psiquiatria**; 31: 225-36; 1982.
- (7) FLIETLICH-BILYK B, GOODMAN R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. **Journal American Academic Child Adolescent Psychiatry**. N 43: 727-34; 2004.
- (8) GOODMAN R; NEVES, D; NUNES, AP; PEREIRA, D; FLEITLICH, B; ALMEIDA FILHO N. The Ilha de Mares study: a survey of child mental health problems in a prelinarily African-Brazilian rural community. **Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiolog.**; 40: p.11-7. 2005.
- (9) PAULA, C. S; DUARTE, C. S; BORDIN, I. A. Prevalence of mental health problems in children and adolescents from the outskirts of Sao Paulo City: treatment needs and service capacity evaluation. **Revista Brasileira Psiquiatria**. vol.29, N.1; 2007. Disponível in: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462007000100006&lng=en&nrm=iso. Acesso: 10 de janeiro de 2014.
- (10) WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2005). Child and adolescent Atlas: Resources for child and adolescent mental health. Geneva: World Health Organization. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/resources/Child_adel_atlas.pdf. Acesso: 9 de janeiro 2014.

- (11) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modelo integral y coordinado a escala de país. Documento EB130/9 1 de diciembre de 2011
- (12) KIELING, C; BAKER-HENNINGHAM, H; BELFER, M; CONTI, G; ERTEN, I; OMIGBODUN O; ROHDE, L. A; SRINATH, S; ULKUER N; RAHMAN, A. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. **Revista The lancet**. Vol 378 October 22, p. 1515-1525; 2011. www.thelancet.com.
- (13) ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Cerca de 5 milhões de crianças demonstram problemas mentais, 2008. Disponível em: <http://www.abp.org.br/medicos/pesquisas/>. Acesso: 8 de fevereiro de 2014.
- (14) MINISTÉRIO DE SAÚDE. Lei n.10.216 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm
- (15) ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Declaração de Caracas. Disponível em: http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudels-de-apoio/legislacao/saude-mental/declaracao_caracas.
- (16) MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília. 2004.
- (17) FARIA, J.G. E SCHNEIDER, D. R. O perfil dos usuários do CAPSAD-Blumenau e as políticas públicas em saúde mental. **Psicologia & Sociedade**; vol,21; n: 3, p. 324-333, 2009.
- (18) SOZZI DE MORAES, ILARA. Sistemas de Informação em Saúde: Patrimônio da Sociedade Brasileira. In: Paim S, Jairnilson; Almeida Filho Naomar (org). **Saúde Coletiva Teoria e Prática**. 1 ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. Pag: 650.
- (19) HOFFMANN, M. C. SANTOS, D; MOTA, EDUARDO. Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil. **Cadernos de Saúde Pública**. Vol 24, n: 3 p. 633- 642, 2008.
- (20) STEIN, MIKE; DUMARET, ANNICK-CAMILLE. The mental health of young people aging out of care and entering adulthood: Exploring the evidence from England and France. **Children and Youth Services Review** 33, p. 2504–2511; 2011.

- (21)RAVENS-SIEBERER, U., ERHART, M., GOSCH, A., ET AL. Mental health of children and adolescents in 12 European Countries — Results from the European KIDSCREEN Study. **Clinical Psychology & Psychotherapy**, 15, 154–163; 2008.
- (22)FERNANDES, L. E; BAHIA, LIGIA. Componentes de um Sistema de Serviços de Saúde: População, Infraestrutura, Organização, Prestação de Serviços, Financiamento e Gestão. In: Paim S, Jairnilson; Almeida Filho Naomar (org). **Saúde Coletiva Teoria e Prática**. 1 ed. Rio de Janeiro: MedBook. p. 49 – 67. 2014.
- (23)PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, Art 227. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso 14 de marzo de 2014.
- (24)PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Lei 8.096, de 13 de julho de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso 14 de marco de 2014.
- (25)COUTO, M. C; DUARTE, C; DELGADO G. P. G. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. **Revista Brasileira Psiquiatria**; vol,30, n: 4, p. 390 -398; 2008.
- (26)COUTO, M. C. Abrigos para “Menores Deficientes”: Seus impasses Clínicos, Assistenciais e Éticos. In: Almeida, N. & DELGADEL, P (org). De Volta à Cidadania. Rio de janeiro, IFB, 2000. Pg, 64-65
- (27)MINISTÉRIO DE SAÚDE. Programa de volta para casa: Liberdade e cidadania para quem precisa de cuidados em saúde mental. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prog_volta_para_casa.pdf. Acesso: 5 de marco de 2014.
- (28)MINISTÉRIO DE SAÚDE. Lei 10.708 de 31 de julho de 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.708.htm. Acesso: 5 de marzo de 2014.
- (29)MATEUS, M; MARI, J.J; DELGADEL, P; ALMEIDA-FILHO, N; BARRETT, T; GEROLIN, J; GOIHMAN, S; RAZZOUK, D; RODRIGUEZ, J; WEBER, R; ANDREOLI, S; SAXENA, S. The mental health system in Brazil: Policies and future challenges. **International Journal of Mental Health Systems**, 2:12 deli:10.1186/1752-4458-2-12; 2008.
- (30)PORTELA, L E; GUIMARAES, R; TRAVASSOS CLAUDIA; CANABRAVA, C. Infraestrutura Tecnologia do SUS: Rede de Estabelecimento, Equipamentos, Desenvolvimento Científico – Tecnológico e Inovação. In: Almeida Filho N, Barreto ML (org). **Epidemiologia em Saúde. Fundamentos, Métodos, Aplicações**. Rio de Janeiro: Gianabara Koogan, 2011. Pag 211-229.
- (31)MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Disponível in: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>. Acesso: 24 de fevereiro de 2014.

- (32)MINISTERIO DE SAUDE. Portaria n.º 336/GM En 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/archivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>. Acesso o 14 de agosto de 2013.
- (33)MINISTÉRIO DE SAÚDE. Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica, relatório de gestão 2007-2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_fronteras_reforma_psiquiatrica.pdf. Acesso 19 de marcos de 2014.
- (34)MINISTÉRIO DE SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Caminhos para uma política de saúde mental infant-juvenil. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.
- (35)MINISTÉRIO DE SAÚDE. Saúde mental no SUS: Acesso ao tratamento e mudanças do modelo de atenção. Relatório de gestão 2003-2006. Coordenação geral de saúde mental. Brasília 2007.
- (36)MINISTÉRIO DA SAÚDE. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental em Dados - 11, Ano VII, nº 11, outubro de 2012*. Brasília, 2012. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 36p. Disponível em www.saude.gov.br e www.saude.gov.br/bvs/saudemental.
- (37)PAULA, C. S.; LAURIDSEN-RIBEIRO, E; WISSOW, L; BORDIN, I; EVANS-LACKO, S. How to improve the mental health care of children and adolescents in Brazil: Actions needed in the public sector. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Vol 34, p. 334-341; 2012.
- (38)BELTRAME, M; BOARINI, M. L. Saúde Mental e Infância: Reflexões Sobre a Demanda Escolar de um Capsi. *Psicologia: Ciência e Profissão*, vol 33, n: 2, p. 336-349; 2013.
- (39)MOTA A. E; ALAZRAQUI M. Informação em Saúde Coletiva. In: Paim S, Jairnilson; Almeida Filho Naomar (org). *Saúde Coletiva Teoria e Pratica*. 1 ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p 195- 199.
- (40)WORLD HEALTH ORGANIZATION. Adolescent Health. Disponível em: http://www.who.int/topics/adescent_health/en/. Acesso: 23 janeiro de 2014.
- (41)MINISTÉRIO DE SAÚDE. Portaria/SNAS nº 224 - De 29 de janeiro de 1992. Disponível em: http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/portaria_n224.htm. Acesso 15 de abril de 2014.
- (42)INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA IBGE. Censo 2010. <http://vamoscontar.ibge.gov.br/es/atividades/ensino-fundamental-6-ao-9/49-piramide-etaria>.
- (43)MINISTÉRIO DE SAÚDE. Manual do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Brasília/DF, 2005. Disponível em:

<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/download/MANUAL%20DO%20SIH->

[%20DEZEMBRO%20DE%202005%20-%20VERSAO%20FINAL-b.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/sas/download/MANUAL%20DO%20SIH-%20DEZEMBRO%20DE%202005%20-%20VERSAO%20FINAL-b.pdf). Acesso em: 6 de março de 2014.

- (44) FREIRE COSTA, JURANDIR. História da psiquiatria no Brasil. 3 edição revisada. Editora Campus Ltda. Rio de Janeiro. 104 pag.
- (45) AJURIA GUERRA, J. História e Origens da Psiquiatria Infantil. Em: Manual de psiquiatria infantil. 2 edição. Editorial Masson do Brasil Ltda. São Paulo.
- (46) RABELO, ANTONIO, MATTOS QUARESMA, ANNE; COUTINHO MACEDO DOMINGOS; PEREIR NUNES, NELSO. Um Manual para o CAPS. 2 edição. Editora da Universidad Federal da Bahia. 2006. Salvador. 250 p.
- (47) MINISTERIO DE SAÚDE. Portaria nº 189 de 20 de Março de 2002. Disponível em: <http://www.mp.go.gov.br/portaWeb/hp/2/docs/189.pdf>.
- (48) CARDOSO, Antonio José; TRINO, Alexandre; PRADA, Marcelo; PIMENTEL DE MEDEIROS, Pollyanna. Reforma Psiquiátrica e a Política Nacional de Saúde Mental. **Tempus actas de saúde coletiva**. Marco de 2014.
- (49) Constituição Federal do Brasil 1988.
- (50) PORTELA, L E; BAHIA, L. Componentes de um Sistema de Serviços de Saúde: População, Infraestrutura, Organização, Prestação de Serviços, Financiamento e Gestão. In: Paim, Jairnilson; Almeida-Filho, Naomar (org). **Saúde Coletiva Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Medbook, 2013. Pag 49-68.
- (51) FERREIRA, Tania (org). A criança e a saúde mental: enlaces entre a clínica e a política. Pag 13 Editorial Autentica. FHC-FUMEN, 2004.
- (52) WORLD HEALTH ORGANIZATION. Child and adolescent mental health policies and plans. Geneva, 2005.
- (53) SANTANA, Vilma S; DOURADO, Ines; XIMENES, Ricardo, BARRETO, Sandhi. Modelos Básicos de Análise Epidemiológico. In: Almeida Filho N, Barreto ML (org). **Epidemiologia em Saúde. Fundamentos, Métodos, Aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. Pag 232.
- (54) AQUINO, Rosana; GOUVEIA, Nelson; TEIXEIRA, Maria G; COSTA, Maria C, BARRETO, Mauricio L. Estudos Ecológicos (desenho de dados agregados). In: Almeida Filho N, Barreto ML (org). **Epidemiologia em Saúde. Fundamentos, Métodos, Aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. Pag 175-185.

- (55) ONOCKO C, Rosana; GAMA, Carlos A.; FERRER, Ana Luiza; SANTOS, VD, Davisson; STEFANELLO, Sabrina; TRAPE, Tiago, PORTO, Karime. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. **Ciência e Saúde Coletiva**. 16 (12) 4643-4652, 2011.
- (56) DELFINI PSS, DOMBI-BARBOSA C, FONSECA L. F, TAVARES M. C, REI AOA. Perfil dos usuários de um centro de atenção psicossocial infanto-juvenil da grande São Paulo, Brasil. **Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum**. 2009; 19(2): 226-236.
- (57) BORDINI, Daniela; GADELHA, Ary; Paula, Cristiane S; BRESSAN, Rodrigo Affonseca. Encaminhamento escolar de crianças e adolescentes para o CAPSi - o peso dos encaminhamentos incorretos. **Rev Bras Psiquiatr**. 2012; 34:493-496.
- (58) MINISTÉRIO DE SAÚDE. Cadernos de atenção básica diretrizes dos NASF Núcleos de Apoio a Saúde da Família. Brasília DF, 2009.
- (59) SANTOS DN, CARVALHO MM, PINHO MA, NUNES APR. Atendimento em psiquiatria da infância e adolescência em serviços públicos de Salvador. **Revista Baiana de Saúde Pública**. 2005; v.29 n.1, p.35-42.
- (60) DELFINI PSS, REIS AOA. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infanto-juvenil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(2):357-366, fev, 2012.
- (61) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas IBGE. Os Indígenas no Censo demográfico 2010. Disponível em: <http://indigenas.ibge.gov.br/estudos-especiais-3>.
- (62) IBGE. Pessoas de 15 anos ou mais de idade, total e distribuição percentual por cor ou raça, segundo as Unidades da Federação selecionadas – 2008. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/caracteristicas_raciais/tab_2.8.pdf.
- (63) Office for National Statistic. The mental health of children and adolescent in Great Britain. Meltzer H, Gatward R, Goodman R, Ford T. London 1999.
- (64) Duarte CS, Hoven C, Bordin IAS, Berganza CE, Bird H, Miranda CT. Child mental health in Latin America: present and future epidemiologic research. *Int J Psychiatry Med*. 2003;33(3):203-22.
- (65) Patterson GR, DeBaryshe BD, Ramsey E. A developmental perspective on antisocial behavior. *Am Psychol* 1989; 44:329-35.
- (66) Andrade RC; Silva VA. Assumpção FB. Preliminary data on the prevalence of psychiatric disorders in Brazilian male and female juvenile delinquents. *Braz J Med Biol Res*. 2004; 37: 1155-60. DOI: 10.1590/S0100-879X2004000800005

- (67) Ministério de Saúde. Caderno de diretrizes, Objetivos, Metas e indicadores 2013-2015. Brasília DF. 2013. Pág. 74.
- (68) Ministério de Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental em Dados - 11, Ano VII, nº 11, outubro de 2012*. Brasília, 2012. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. Disponível em: www.saude.gov.br/bvs/saudemental.
- (69) Gonçalves VM, Abreu PS, Candiago RH, Saraiva SS, Lobato MI. A falácia da adequação da cobertura dos Centros de atenção Psicossocial no estado do Rio Grande do Sul. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2010; 32(1):16-18. DOI: 10.1590/S0101-81082010000100003
- (70) Organização Pan-Americana da Saúde. Indicadores Básicos para a saúde no Brasil: Conceitos e aplicações. Brasília 2008.
- (71) Rubens L. F. Fernandes, V A. Citero, L A. Nogueira-Martins, and Jair J. Mi. Psychiatry career in Brazil: Regional disparities, differences and similarities in an international context. **Inform healthcare**. August 2013, Vol. 25, No. 4 , Pages 486-492. Disponível in: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/09540261.2013.831813>
- (72) Scisleski A, Maraschin C, Neves da Silva R. Manicômio em circuito: os percursos dos jovens e a internação psiquiátrica. *Cad Saude Publica*. 2008; 24 (2): 342-52. DOI: 10.1590/S0102-311X2008000200013
- (73) Agencia Nacional de Saúde. Dados de cobertura de planos d saúde. Disponível in: www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/tabnet?dados/tabnet_tx.def

Glossário

Transtornos mentais severos e persistentes: utilizado amplamente pelos instrumentos normativos brasileiros, bem como trabalhos relacionados aos serviços e ações de saúde mental da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Até agora não têm sido explicitados os quadros psicopatológicos e nosológicos que subentendem; esse termo vem se referindo às psicoses e neuroses graves, incluindo quadros de dependência a determinadas SPA, transtornos, que levam em conta significativa duração, grau de sofrimento psíquico, incapacitação nas relações interpessoais, competência social e diagnóstico. O uso generalizado e não detalhado dos termos como transtornos mentais severos e persistentes, transtornos mentais maiores e transtornos mentais graves justifica sua imprecisão e falta de consenso existente (46).

Equipe técnica mínima para atuação em CAPSi: um médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental; um enfermeiro, quatro profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; e cinco profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (32).

Atendimento intensivo: aquele destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem acompanhamento diário (32). O procedimento associado neste tipo de atendimento é "Acompanhamento a Crianças e Adolescentes com Transtornos Mentais que Demandem Cuidados Intensivos em Saúde Mental"; este procedimento consiste no conjunto de atendimentos diários, desenvolvidos individualmente e/ou em grupos, por equipe multiprofissional especializada em saúde mental. CAPSi – máximo 25 pacientes/mês (47).

Atendimento semi-intensivo: tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento frequente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS (32). O procedimento associado a este tipo de atendimento é "Acompanhamento a Crianças e Adolescentes com Transtorno Mentais que Demandem Cuidados Semi-intensivos em Saúde Mental (máximo 12 procedimentos/paciente/mês); este procedimento consiste no conjunto de frequentes

atendimentos, desenvolvidos individualmente e/ou em grupos, por equipe multiprofissional especializada em saúde mental. CAPSi – máximo 50 pacientes/mês (47).

Atendimento não-intensivo: é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma frequência menor (32). O procedimento associado a esse tipo de atendimento é acompanhamento a crianças e adolescentes com transtornos mentais que demandem cuidados não intensivos em saúde mental (máximo três procedimentos/paciente/mês); consiste no conjunto de atendimentos quinzenais/mensais, desenvolvidos individualmente e/ou em grupos, por equipe multiprofissional especializada em saúde mental. CAPSi - máximo 80 pacientes/mês (47).

Município: é um conceito de natureza legal e administrativa. No caso brasileiro, o termo designa as unidades administrativas e jurídicas em que um estado da Federação se encontra dividido. "Cidade" é, por sua vez, um conceito de natureza geográfica e demográfica. Na Constituição da República Federativa do Brasil, no artigo 1º *Art. 1º. A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito* (49).

Sistema de saúde: conjunto dos elementos interligados que expressam, determinam e condicionam o estado de saúde de indivíduos e populações (50).

Sistema de serviços de saúde: conjunto dos elementos inter-relacionados que operacionalizam a resposta social aos problemas de saúde, ou seja, a política de saúde (50).

Informação em saúde: "Consiste na descrição ou representação limitada de um evento, agravo, atributo ou dimensão da situação de saúde-doença-cuidado de indivíduos ou populações, no tempo e espaço definidos, que foi(foram) selecionado(s), tratado(s), e organizado(s) a partir de determinados interesses e objetivos, por:

- alguém (profissional, gestor), de acordo com sua visão de mundo e domínio da tecnologia;
- instituição, de acordo com as práticas, os saberes e as relações de poder que estão em disputa pela direcionalidade da política institucional, da política de governo e/ou da política pública" (18, pag 650).

Classificação de estudos ecológicos:

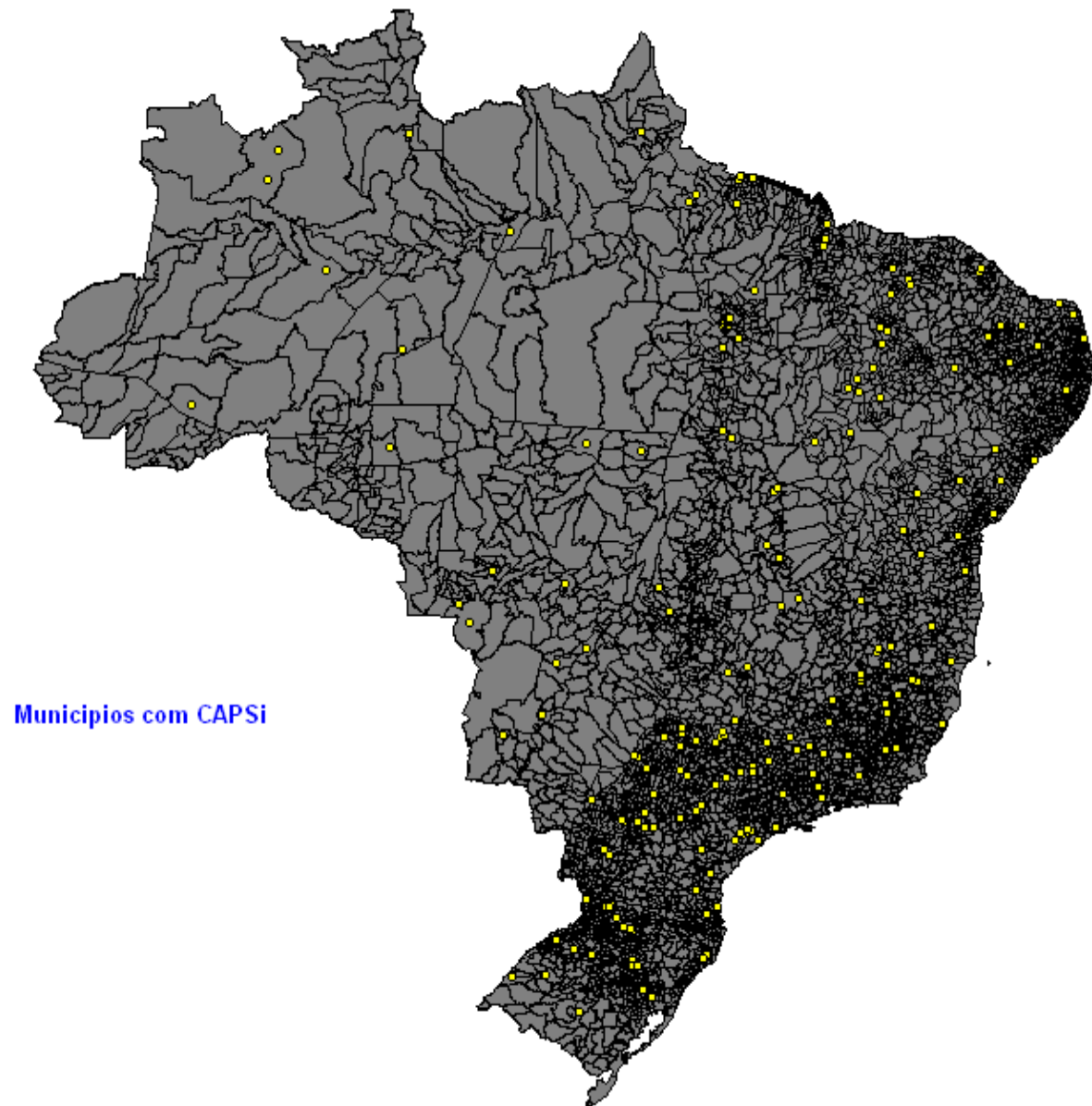
Os estudos ecológicos podem ser classificados segundo o método utilizado para a formação dos grupos em três tipos de desenho: estudo ecológico de múltiplos grupos (frequentemente identificados pelo lugar), estudos de tendência ou séries temporais (identificados pelo tempo) e estudos ecológicos mistos (pela combinação de tempo e lugar) (54).

Indicador: é uma medida-síntese que contém informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Os indicadores devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde. A construção de um indicador é um processo cuja complexidade pode variar desde a simples contagem direta de casos de determinada doença, até o cálculo de proporções, razões, taxas ou índices. A qualidade de um indicador depende das propriedades dos componentes utilizados em sua formulação: frequência de casos, tamanho da população em risco e da precisão dos sistemas de informação empregados (registro, coleta, transmissão dos dados) (70).

Anexos

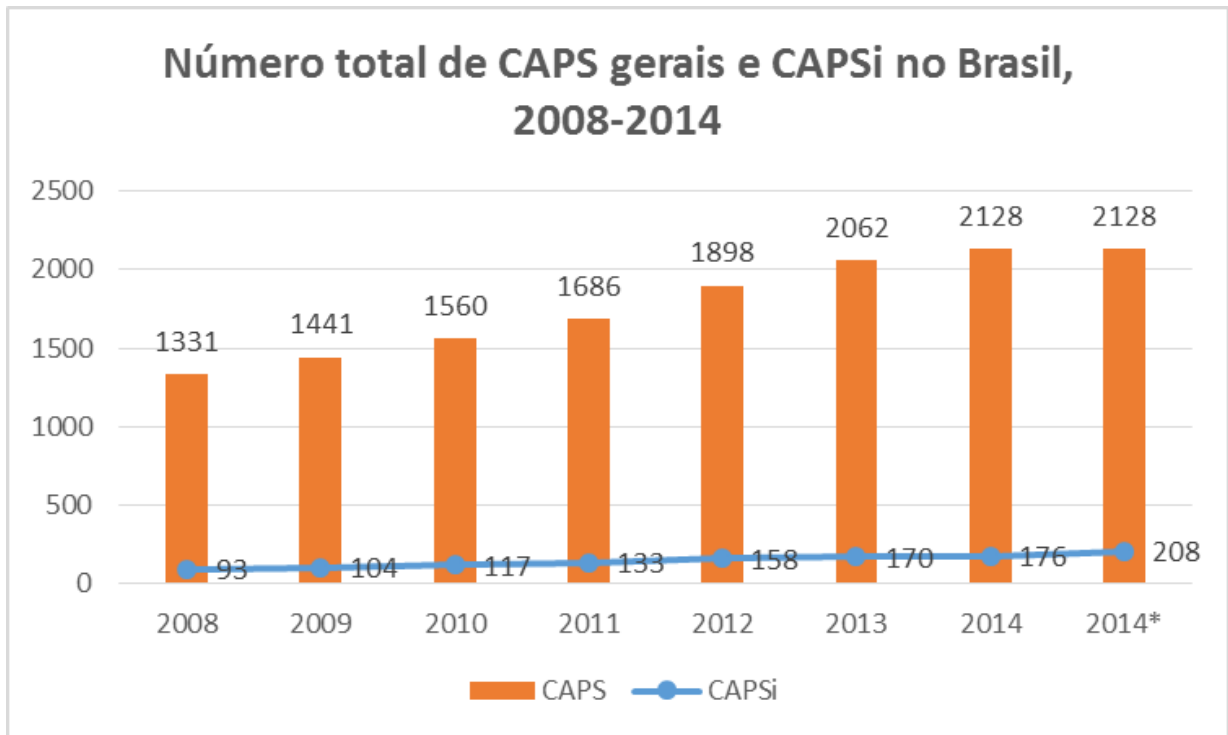
Gráficos e tabelas

Gráfico 2. Distribuição nacional de Centros de Atenção Psicossocial de infância e adolescência por municípios, Brasil 2014



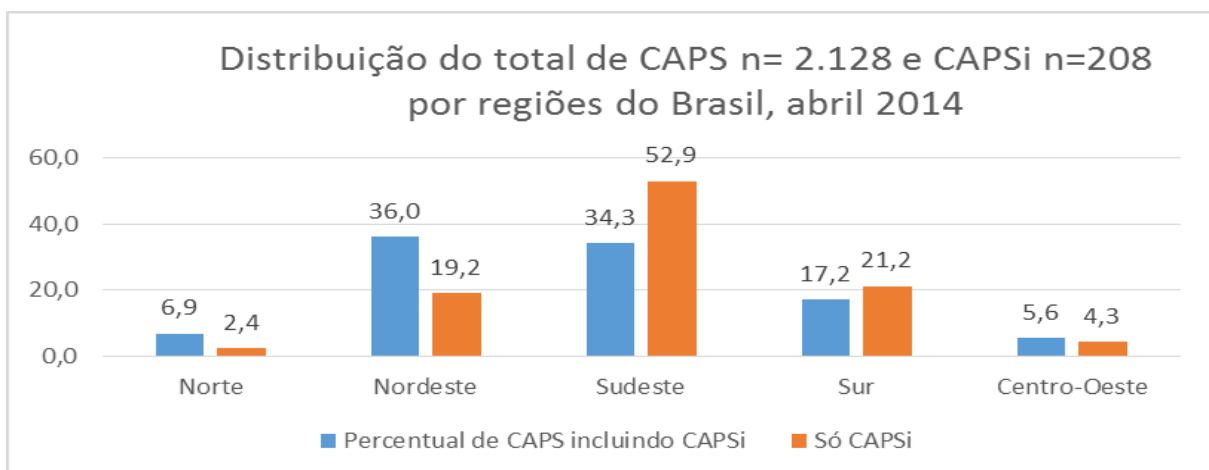
Fonte: Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde (CNES).

Gráfico 3



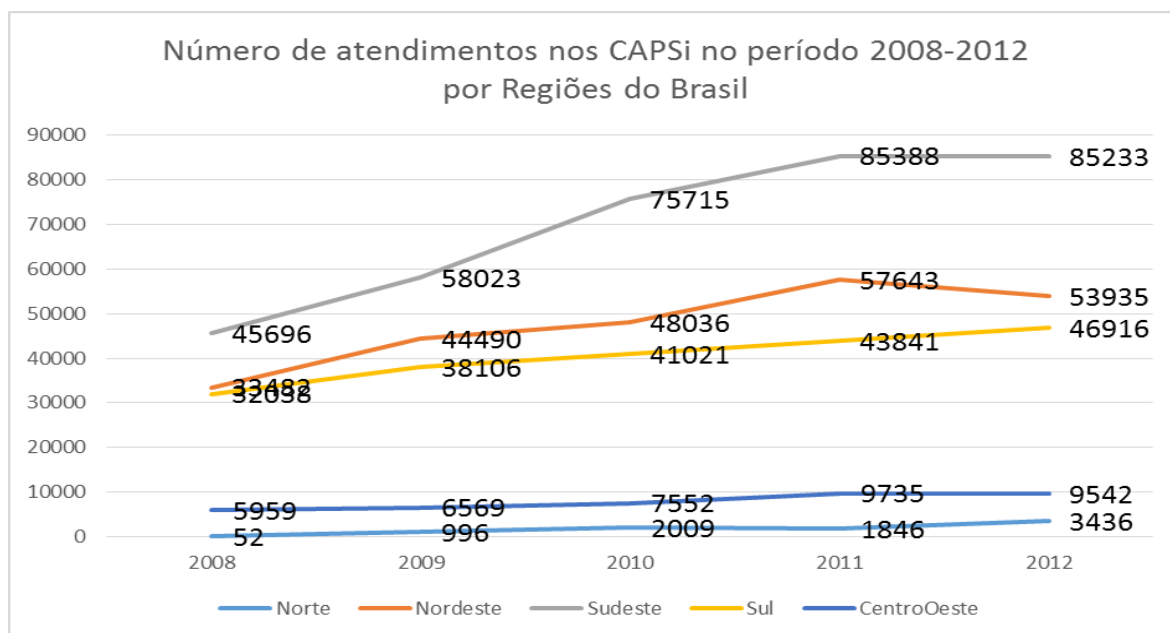
Fonte: Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde (CNES). Sem habilitação: refere-se à CAPSi que no CNES não contam com registros de habilitação, porém não é possível determinar a data de lançamento
*São somados os 32 CAPSi que não tem data de habilitação

Gráfico 4



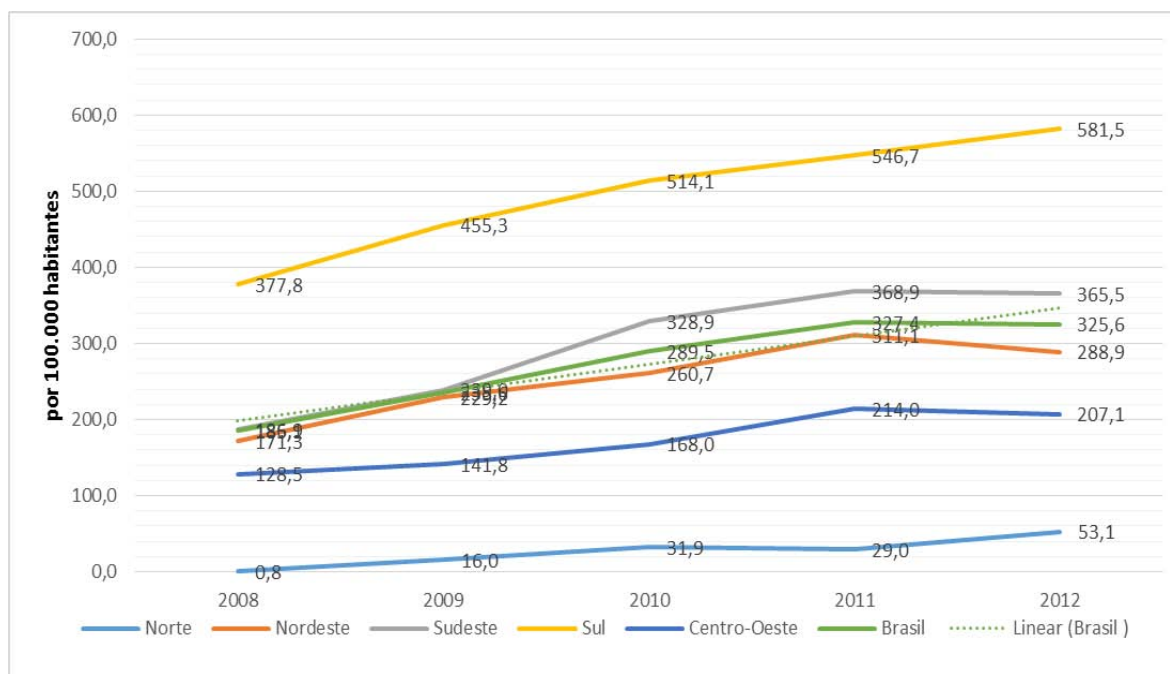
Fonte: Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde (CNES).

Gráfico 5



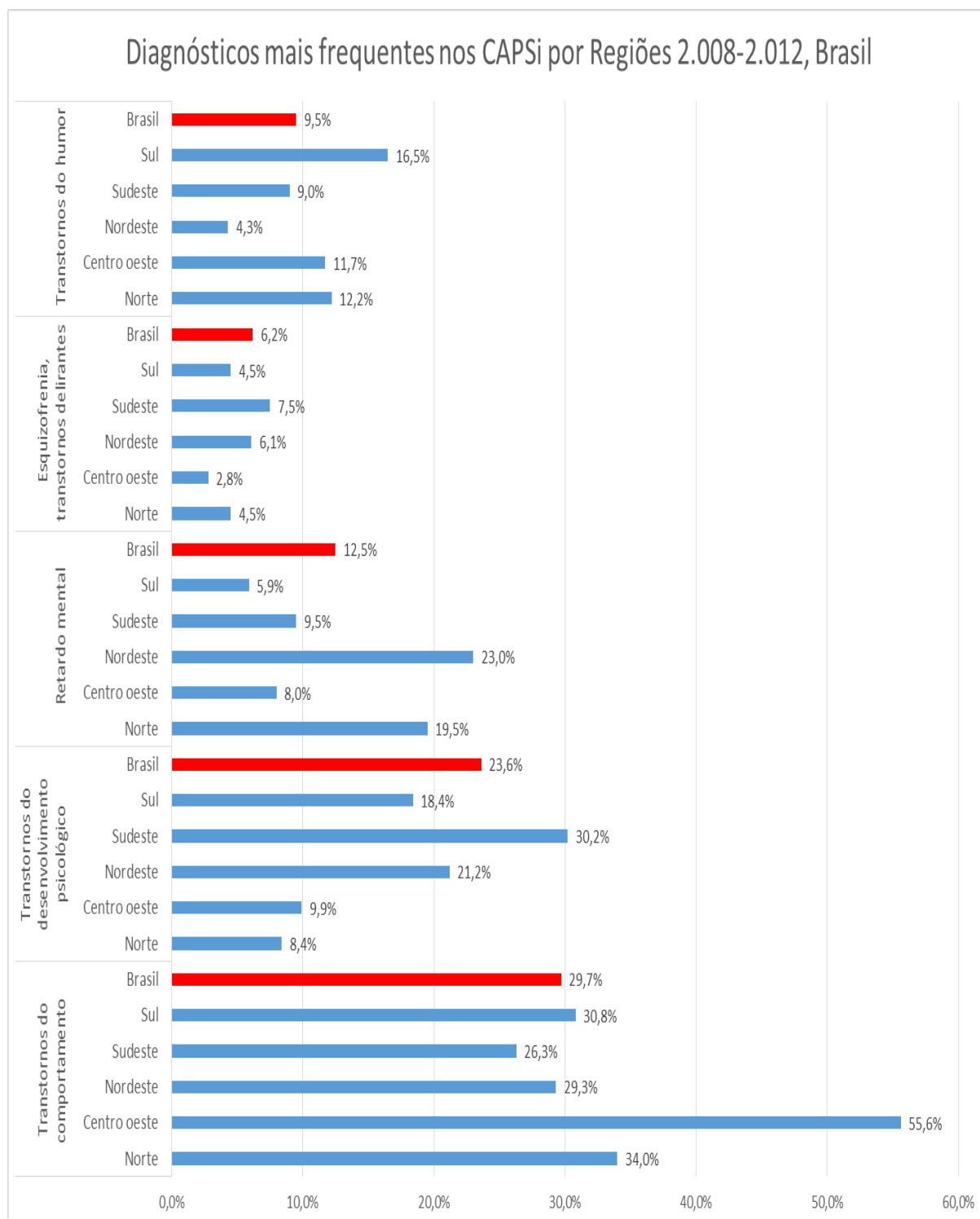
Fonte: Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC).

Gráfico 6: Taxa de atendimentos infanto-juvenis em CAPSi na população de um a 19 anos, por regiões do Brasil, 2008-2012



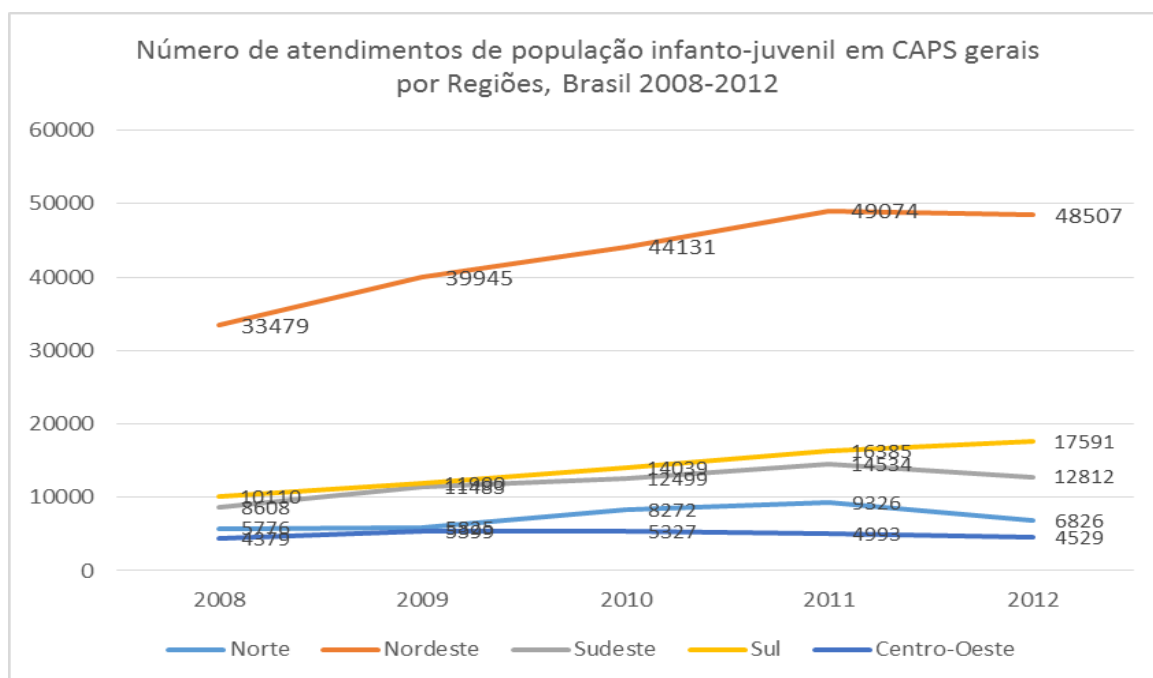
Fonte: Autorização de Pagamentos de serviços de Alta complexidade APAC/ DATASUS. Censo e Estimativas populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE.

Grafico 7



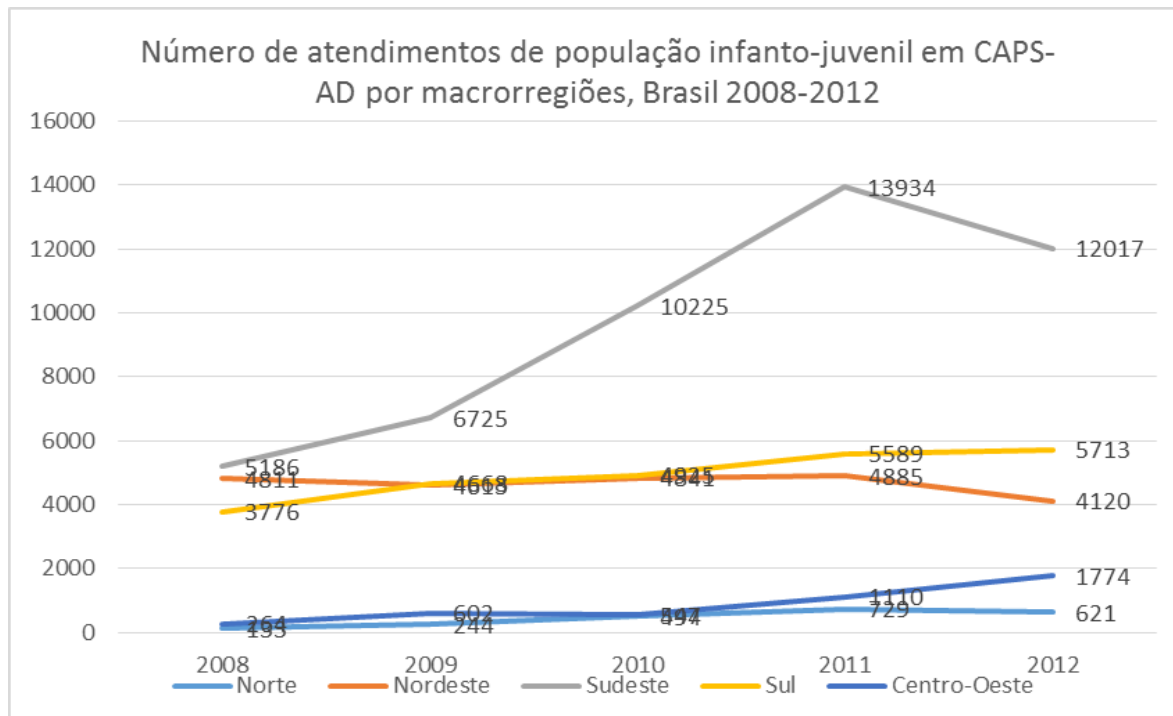
Fonte: Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC).

Grafico 8



Fonte: Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC).

Grafico 9



Fonte: Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC).

Tabela 1. Numero de CAPSi por Região e % de cobertura de municípios com ao menos 1 CAPSi (abril 2014)

UF	Numero de Municípios > 150.000 habitantes*	Numero de municípios com ao menos 1 CAPSi**	% de cobertura de municípios com ao menos 1 CAPSi
Região Norte	17	4	23,5
Acre	1	0	0,0
Amapá	2	0	0,0
Amazonas	1	1	100,0
Pará	8	3	37,5
Rondônia	2	1	50,0
Roraima	1	0	0,0
Tocantins	2	0	0,0
Nordeste	38	24	63,2
Alagoas	2	1	50,0
Bahia	9	5	55,6
Ceará	5	2	40,0
Maranhão	5	4	80,0
Paraíba	2	2	100,0
Pernambuco	8	4	50,0
Piauí	2	1	50,0
Rio Grande do Norte	3	3	100,0
Sergipe	2	2	100,0
Região CentroOeste	14	9	64,3
Distrito Federal	1	0	0,0
Goiás	6	3	50,0
Mato Grosso	4	4	100,0
Mato Grosso do Sul	3	2	66,7
Região Sudeste	88	53	60,2
Espírito Santo	5	2	40,0
Minas Gerais	15	8	53,3
Rio de Janeiro	20	17	85,0
São Paulo	48	26	54,2
Região Sul	28	23	82,1
Paraná	9	7	77,8
Rio Grande do Sul	11	9	81,8
Santa Catarina	8	7	87,5
Brasil	185	113	61,1

Fonte: Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde (CNES) * Dados do CENSO 2010 ** Segundo registro no CNES 2014.

Tabela 2: Taxas de atendimento em Centros de Atenção Psicossocial de infância e adolescência em população de 1 a 19 anos, segundo Regiões e estados do Brasil, 2008- 2012

Ano	2008	2009	2010	2011	2012
Estado	Taxa de atendimentos*	Taxa de atendimentos*	Taxa de atendimentos*	Taxa de atendimentos*	Taxa de atendimentos*
Região Norte	0,8	16,0	31,9	29,0	53,1
Rondônia	2,8	3,2	0,5	2,7	18,1
Pará	1,2	32,8	66,9	60,3	107,9
Região Nordeste	171,3	229,2	260,7	311,1	288,9
Maranhão	189,2	205,8	314,3	494,8	341,2
Piauí	155,0	129,0	162,4	162,3	164,0
Ceará	120,7	202,9	208,3	161,0	182,5
Rio Grande do Norte	234,1	267,9	369,2	383,5	444,5
Paraíba	967,4	1491,5	1375,3	1316,9	1256,6
Pernambuco	84,6	116,0	163,9	246,9	304,2
Alagoas	110,4	118,5	101,5	111,3	146,0
Sergipe	132,4	137,6	70,3	77,8	70,3
Bahia	52,5	59,0	96,4	179,4	122,9
Região Centro-Oeste	128,5	141,8	168,0	214,0	207,1
Mato Grosso do Sul	277,0	224,9	288,3	305,9	231,1
Mato Grosso	185,6	204,1	219,1	257,1	307,5
Goiás	93,2	137,2	160,1	241,9	230,2
Região Sudeste	186,9	239,0	328,9	368,9	365,5
Minas Gerais	213,9	236,7	290,2	267,1	272,7
Espírito Santo	3,1	27,0	38,1	44,7	65,8
Rio de Janeiro	133,2	235,6	350,8	446,3	381,2
São Paulo	210,2	260,6	366,6	420,2	433,7
Região Sul	377,8	455,3	514,1	546,7	581,5
Paraná	428,9	471,9	484,7	529,1	584,6
Santa Catarina	429,3	457,9	546,4	472,1	404,6
Rio Grande do Sul	293,5	436,1	525,7	611,7	688,2
Brasil	185,1	235,6	289,5	327,4	325,6

Fonte: Sistema de Informação Ambulatoriais/ Autorizações de Pagamento de Serviços de Alta Complexidade (APAC), DATASUS, Ministério de Saúde. Censo e Estimativas populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE. * Taxa por 100.000 habitantes entre 1 e 19 anos

Tabela 3 Frequência e percentual* dos registros de atendimentos nos Centros de Atenção Psicossocial de infância e adolescência ** por regiões segundo aspectos sociodemográficos e modalidades de atendimento, Brasil, 2008 -2012

Variável	Região				Região Centro				Brasil			
	Região Norte	Nordeste	Região Sudeste	Região Sul	Oeste							
FAIXA ETÁRIA (ANOS)												
1-4	411	(4,9)	19564	(8,2)	16188	(4,6)	5842	(2,9)	1846	(4,7)	43851	(5,2)
5-9	3471	(41,6)	80318	(33,8)	107082	(30,6)	53023	(26,3)	14832	(37,7)	258726	(30,9)
10-14	2900	(34,8)	91231	(38,4)	141051	(40,3)	93229	(46,2)	17005	(43,2)	345416	(41,3)
15.19	1557	(18,7)	46473	(19,6)	85734	(24,5)	49828	(24,7)	5674	(14,4)	189266	(22,6)
SEXO												
Masculino	5490	(65,8)	161133	(67,8)	244007	(69,7)	136994	(67,8)	28095	(71,4)	575719	(68,8)
Feminino	2849	(34,2)	76453	(32,2)	106048	(30,3)	64928	(32,2)	11262	(28,6)	261540	(31,2)
RAÇA/COR DA PELE												
Branca	117	(31,7)	22963	(21,5)	113723	(61,2)	74378	(84,2)	5088	(25,1)	216269	(53,8)
Preta	24	(6,5)	3551	(3,3)	19943	(10,7)	7168	(8,1)	1060	(5,2)	31746	(7,9)
Parda	228	(61,8)	78846	(73,7)	51233	(27,6)	6149	(7,0)	12814	(63,2)	149270	(37,2)
Amarela	0	(-)	1540	(1,4)	922	(0,5)	528	(0,6)	1282	(6,3)	4272	(1,1)
Indígena	0	(-)	18	(0,2)	28	0	72	(0,1)	17	(0,1)	135	(0,1)
Não Informado	7970	(95,6)	130668	(55,0)	164206	(46,9)	113627	(56,3)	19096	(48,5)	435567	(52,0)
MODALIDADE DE ATENDIMENTO												
Intensivo	2696	(32,3)	30384	(12,8)	31372	(9,0)	21971	(10,9)	1803	(4,6)	88226	(10,5)
Semi-intensivo	3033	(36,4)	126282	(53,2)	175889	(50,3)	94625	(46,9)	19030	(48,3)	418859	(50,0)
Não Intensivo	2292	(27,5)	79791	(33,6)	142415	(40,7)	84698	(42,0)	18524	(47,1)	327720	(39,1)
Outros	318	(3,8)	1126	(0,4)	379	(0)	628	(0,2)	(0)	(-)	2454	(0,4)
TIPO DE ANTECEDIMENTO												
Inicial	2938	(35,2)	86991	(36,6)	130283	(37,2)	76346	(37,8)	14845	(37,2)	311403	(37,1)
Continuação	5401	(64,8)	150476	(63,3)	219649	(62,8)	125362	(62,1)	24505	(62,3)	525393	(62,7)
Único	0	(-)	119	(0,1)	123	0	214	(0,1)	7	0	463	(0,1)
Total	8339	(100)	237586	(100)	350055	(100)	201922	(100)	39357	(100)	837259	(100)

Fonte: Sistema de Informação Ambulatoriais/ Autorizações de Pagamento de Serviços de Alta Complexidade (APAC), DATASUS, Ministério de Saúde.

* Percentuais entre parênteses

**Diagnóstico segundo CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde, 10

Revisão

Tabela 4. Frequências e percentual* dos registros de atendimentos nos Centros de Atenção Psicossocial de infância e adolescência segundo grupo diagnóstico** e faixa etária em Brasil, 2008 – 2012

Código da CID-10	Diagnóstico	1-4		5-9		10-14		15-19		Total	
F00-F09	Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos	24	(0,1)	57	(0,0)	118	(0,0)	59	(0,0)	258	(0,0)
F10-F19	Transtornos mentais e comportamentais pelo uso de substância psicoativa	59	(0,1)	433	(0,2)	4278	(1,2)	10527	(5,6)	15297	(1,8)
F20-F29	Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes	452	(1,0)	4968	(1,9)	15427	(4,5)	30500	(16,1)	51347	(6,1)
F30-F39	Transtornos do humor (afetivos)	783	(1,8)	12072	(4,7)	36369	(10,5)	30308	(16,0)	79532	(9,5)
F40-F48	Transtornos neuróticos, transtornos relacionados ao "stress" e transtornos somatoformes	2482	(5,7)	22476	(8,7)	39664	(11,5)	22629	(12,0)	87251	(10,4)
F50 - F59	Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos	1714	(3,9)	1694	(0,7)	2374	(0,7)	1632	(0,9)	7414	(0,9)
F60 - F69	Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto	3	(0,0)	15	(0,0)	70	(0,0)	103	(0,1)	191	(0,0)
F70-F79	Retardo mental	3001	(6,8)	24917	(9,6)	46230	(13,4)	30522	(16,1)	104670	(12,5)
F80-F89	Transtornos do desenvolvimento psicológico	20021	(45,7)	77451	(29,9)	71146	(20,6)	29101	(15,4)	197719	(23,6)
F90-F98	Transtornos do comportamento e emocionais que aparecem habitualmente na infância ou adolescência	12489	(28,5)	100854	(39,0)	110641	(32,0)	24818	(13,1)	248802	(29,7)
F99	Transtorno mental não especificado	2823	(6,4)	13789	(5,3)	19099	(5,5)	9067	(4,8)	44778	(5,3)
Total		43851	(100,0)	258726	(100,0)	345416	(100,0)	189266	(100,0)	837259	(100,0)

Fonte: Sistema de Informação Ambulatoriais/ Autorizações de Pagamento de Serviços de Alta Complexidade (APAC), DATASUS, Ministério de Saúde.

* Percentuais entre parênteses

**Diagnóstico segundo CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde, 10 Revisão

Tabela 5. Frequência e percentual* dos registros de atendimentos nos Centros de Atenção Psicossocial de infância e adolescência, por grupo diagnóstico** e Regiões, Brasil 2008 – 2012

Código da CID-10	Diagnóstico	Região Norte		Região Nordeste		Região Sudeste		Região Sul		Região Centro Oeste		Brasil	
F00-F09	Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos	10	(0,1)	158	(0,1)	41	(0,1)	10	(0,0)	39	(0,1)	258	(0,0)
F10-F19	Transtornos mentais e comportamentais pelo uso de substância psicoativa	33	(0,4)	2587	(1,1)	5972	(1,7)	6576	(3,3)	129	(0,3)	15297	(1,8)
F20-F29	Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes	375	(4,5)	14548	(6,1)	26210	(7,5)	9099	(4,5)	1115	2,8	51347	(6,1)
F30-F39	Transtornos do humor (afetivos)	1021	(12,2)	10290	(4,3)	30178	(8,6)	33426	(16,6)	4617	(11,7)	79532	(9,5)
F40-F48	Transtornos neuróticos, transtornos relacionados ao "stress" e transtornos somatoformes	1113	(13,6)	21006	(8,8)	31638	(9,0)	29789	(14,8)	3,7	(9,4)	87251	(10,4)
F50 - F59	Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos	100	(1,2)	4420	(1,9)	1538	(0,4)	1288	(0,6)	68	(0,2)	7414	(0,9)
F60 - F69	Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto	0	(0,0)	88	(0,0)	60	(0,1)	43	(0,0)	0	(0,0)	191	(0,0)
F70-F79	Retardo mental	1627	(19,5)	54549	(23,0)	33355	(9,5)	11979	(5,9)	3160	(8,1)	104670	(12,5)
F80-F89	Transtornos do desenvolvimento psicológico	700	(8,4)	50300	(21,2)	105627	(30,2)	37192	(18,4)	3900	(9,9)	197719	(23,6)
F90-F98	Transtornos do comportamento e emocionais que aparecem habitualmente na infância ou adolescência	2835	(34,0)	69602	(29,3)	92215	(26,3)	62273	(30,8)	21877	(55,6)	248802	(29,7)
F99	Transtorno mental não especificado	525	(6,3)	10038	(4,2)	23221	(6,6)	10247	(5,1)	747	(1,9)	44778	(5,4)
Total		8339	(100,0)	237586	(100,0)	350055	(100,0)	201922	(100,0)	35655,7	(100)	837259	(100)

Fonte: Sistema de Informação Ambulatoriais/ Autorizações de Pagamento de Serviços de Alta Complexidade (APAC), DATASUS, Ministério de Saúde.

* Percentuais entre parênteses

**Diagnóstico segundo CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde, 10 Revisão

Tabela 6. Frequência e percentual* dos atendimentos realizados na população infanto-juvenil nos Centros de Atenção Psicossocial gerais por grupo diagnóstico** e faixas etárias, Brasil 2008 – 2012

Código da CID-10	Diagnóstico	1-4		5-9		10-14		15-19		Total	
F00-F09	Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos	764	(6,1)	1795	(4,5)	4185	(5,0)	13258	(4,9)	20002	(4,9)
F10-F19	Transtornos mentais e comportamentais pelo uso de substância psicoativa	107	(0,9)	312	(0,8)	5849	(7,0)	33712	(12,5)	39980	(9,9)
F20-F29	Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes	3120	(24,9)	3617	(9,0)	9545	(11,4)	70432	(26,1)	86714	(21,4)
F30-F39	Transtornos do humor (afetivos)	2501	(19,9)	4811	(11,9)	12147	(14,6)	46886	(17,4)	66345	(16,4)
F40-F48	Transtornos neuróticos, transtornos relacionados ao "stress" e transtornos somatoformes	1583	(12,6)	5212	(12,9)	11372	(13,6)	33797	(12,5)	51964	(12,8)
F50 - F59	Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos	63	(0,5)	461	(1,1)	1774	(2,1)	3246	(1,2)	5544	(1,4)
F60 - F69	Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto	174	(1,4)	293	(0,7)	766	(0,9)	4890	(1,8)	6123	(1,5)
F70-F79	Retardo mental	1850	(14,7)	9111	(22,6)	20170	(24,2)	52521	(19,5)	83652	(20,6)
F80-F89	Transtornos do desenvolvimento psicológico	1427	(11,4)	6014	(14,9)	6172	(7,4)	4730	(1,8)	18343	(4,5)
F90-F98	Transtornos do comportamento e emocionais que aparecem habitualmente na infância ou adolescência	751	(6,0)	7661	(19,0)	9825	(11,8)	4318	(1,6)	22555	(5,6)
F99	Transtorno mental não especificado	210	(1,7)	1015	(2,5)	1588	(1,9)	1714	(0,6)	4527	(1,1)
Total		12550	(100,0)	40302	(100,0)	83393	(100,0)	269504	(100,0)	405749	(100,0)

Fonte: Sistema de Informação Ambulatoriais/ Autorizações de Pagamento de Serviços de Alta Complexidade (APAC), DATASUS, Ministério de Saúde.

* Percentuais entre parênteses

**Diagnóstico segundo CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde, 10 Revisão

Tabela 7. Frequência e percentual* dos registros de atendimentos na população infanto-juvenil nos Centros de Atenção Psicossocial gerais, por grupo diagnóstico** e Regiões, Brasil 2008 – 2012

Código da CID-10	Diagnóstico	Região Norte		Região Nordeste		Região Sudeste		Região Sul		Região Centro Oeste		Brasil	
F00-F09	Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos	3017	(8,4)	13339	(6,2)	2197	(3,7)	927	(1,3)	522	(2,1)	20002	(4,9)
F10-F19	Transtornos mentais e comportamentais pelo uso de substância psicoativa	1151	(3,2)	6027	(2,8)	10186	(17,0)	16016	(22,9)	6600	(26,8)	39980	(9,9)
F20-F29	Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes	10252	(28,5)	42506	(19,8)	22487	(37,5)	7957	(11,4)	3512	(14,3)	86714	(21,4)
F30-F39	Transtornos do humor (afetivos)	8624	(23,9)	28656	(13,3)	8474	(14,1)	17493	(25,0)	3098	(12,6)	66345	(16,4)
F40-F48	Transtornos neuróticos, transtornos relacionados ao "stress" e transtornos somatoformes	4023	(11,2)	30352	(14,1)	4792	(8,0)	10531	(15,0)	2266	(9,2)	51964	(12,8)
F50 - F59	Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos	200	(0,6)	1194	(0,6)	587	(1,0)	1191	(1,7)	2372	(9,6)	5544	(1,4)
F60 - F69	Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto	280	(0,8)	2726	(1,3)	1388	(2,3)	1505	(2,1)	224	(0,9)	6123	(1,5)
F70-F79	Retardo mental	5154	(14,3)	64232	(29,9)	6981	(11,6)	5851	(8,4)	1434	(5,8)	83652	(20,6)
F80-F89	Transtornos do desenvolvimento psicológico	648	(1,8)	10674	(5,0)	1084	(1,8)	3028	(4,3)	2909	(11,8)	18343	(4,5)
F90-F98	Transtornos do comportamento e emocionais que aparecem habitualmente na infância ou adolescência	2599	(7,2)	11735	(5,5)	1558	(2,6)	4980	(7,1)	1683	(6,8)	22555	(5,6)
F99	Transtorno mental não especificado	77	(0,2)	3695	(1,7)	202	(0,3)	546	(0,8)	7	(0,0)	4527	(1,1)
Total		36025	(100,0)	215136	(100,0)	59936	100,0	70025	100,0	24627	100,0	405749	100,0

Fonte: Sistema de Informação Ambulatoriais/ Autorizações de Pagamento de Serviços de Alta Complexidade (APAC), DATASUS, Ministério de Saúde.

* Percentuais entre parênteses

**Diagnóstico segundo CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde, 10 Revisão

Tabela 8. Frequência e percentual* dos atendimentos realizados na população infanto-juvenil nos Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas por grupo diagnóstico** e faixas etárias, Brasil 2008 - 2012

Código da CID-10	Diagnóstico	1-4		5-9		10-14		15-19		Total	
F00-F09	Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos	3	(0,6)	0	(0,0)	34	(0,2)	391	(0,5)	428	(0,4)
F10-F19	Transtornos mentais e comportamentais pelo uso de substância psicoativa	0	(0,0)	439	(23,0)	13114	(91,9)	83970	(97,8)	97523	(95,1)
F20-F29	Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes	7	(1,3)	7	(0,4)	31	(0,2)	349	(0,4)	394	(0,4)
F30-F39	Transtornos do humor (afetivos)	7	(1,3)	35	(1,8)	106	(0,7)	632	(0,7)	780	(0,8)
F40-F48	Transtornos neuróticos, transtornos relacionados ao "stress" e transtornos somatoformes	39	(7,2)	74	(3,9)	194	(1,4)	263	(0,3)	570	(0,6)
F50 - F59	Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos	4	(0,7)	13	(0,7)	4	(0,0)	27	(0,0)	48	(0,0)
F60 - F69	Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)	21	(0,0)	21	(0,0)
F70-F79	Retardo mental	16	(3,0)	99	(5,2)	66	(0,5)	57	(0,1)	238	(0,2)
F80-F89	Transtornos do desenvolvimento psicológico	227	(42,0)	365	(19,1)	185	(1,3)	57	(0,1)	800	(0,8)
F90-F98	Transtornos do comportamento e emocionais que aparecem habitualmente na infância ou adolescência	238	(44,0)	878	(46,0)	539	(3,8)	83	(0,1)	1738	(1,7)
F99	Transtorno mental não especificado	0	(0,0)	0	(0,0)	3	(0,0)	3	(0,0)	6	(0,0)
Total		541	(100,0)	1910	(100,0)	14276	(100,0)	85853	(100,0)	102546	(100,0)

Fonte: Sistema de Informação Ambulatoriais/ Autorizações de Pagamento de Serviços de Alta Complexidade (APAC), DATASUS, Ministério de Saúde.

* Percentuais entre parênteses

**Diagnóstico segundo CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde, 10 Revisão

Tabela 9. Frequência e percentual* dos registros de atendimentos na população infanto-juvenil nos Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas, por grupo diagnóstico** e Regiões, Brasil 2008 - 2012

Código da CID-10	Diagnóstico	Região Norte		Região Nordeste		Região Sudeste		Região Sul		Região Centro Oeste		Brasil	
F00-F09	Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos	0	(0,0)	3	(0,0)	416	(0,9)	9	(0,0)	0	(0,0)	428	(0,4)
F10-F19	Transtornos mentais e comportamentais pelo uso de substância psicoativa	2221	(100,0)	20590	(88,5)	46822	(97,4)	23593	(95,6)	4297	100,0)	97523	(95,1)
F20-F29	Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes	0	(0,0)	48	(0,2)	323	(0,7)	18	(0,1)	0	(0,0)	394	(0,4)
F30-F39	Transtornos do humor (afetivos)	0	(0,0)	66	(0,3)	340	(0,7)	374	(1,5)	0	(0,0)	780	(0,8)
F40-F48	Transtornos neuróticos, transtornos relacionados ao "stress" e transtornos somatoformes	0	(0,0)	205	(0,9)	91	(0,2)	274	(1,1)	0	(0,0)	570	(0,6)
F50 - F59	Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos	0	(0,0)	18	(0,1)	0	(0,0)	30	(0,1)	0	(0,0)	48	(0,0)
F60 - F69	Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto	0	(0,0)	0	(0,0)	3	(0,0)	18	(0,1)	0	(0,0)	21	(0,0)
F70-F79	Retardo mental	0	(0,0)	176	(0,8)	41	(0,1)	21	(0,1)	0	(0,0)	238	(0,2)
F80-F89	Transtornos do desenvolvimento psicológico	0	(0,0)	779	(3,3)	1	(0,0)	20	(0,1)	0	(0,0)	800	(0,8)
F90-F98	Transtornos do comportamento e emocionais que aparecem habitualmente na infância ou adolescência	0	(0,0)	1385	(6,0)	45	(0,1)	308	(1,2)	0	(0,0)	1738	(1,7)
F99	Transtorno mental não especificado	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)	6	0,0	0	(0,0)	6	(0,0)
Total		2221	(100,0)	23270	(100,0)	48082	100,0)	24671	(100,0	4297	100,0)	102546	100,0

Fonte: Sistema de Informação Ambulatoriais/ Autorizações de Pagamento de Serviços de Alta Complexidade (APAC), DATASUS, Ministério de Saúde.

* Percentuais entre parênteses

**Diagnóstico segundo CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde, 10 Revisão