

PERFIL CLÍNICO E SOCIODEMOGRÁFICO DE USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO-JUVENIL

CLINICAL AND SOCIODEMOGRAPHIC PROFILE OF USERS OF A PSYCHOSOCIAL CARE CENTER FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS

PERFIL CLÍNICO Y SOCIODEMOGRÁFICO DE USUARIOS DE UN CENTRO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL INFANTO-JUVENIL

Jamir João SARDÁ JR.¹

Marina MENEZES²

Taciana CORRÊA³

Valéria RODRIGUES⁴

RESUMO: Este estudo teve como objetivo caracterizar o perfil clínico e sociodemográfico dos usuários do CAPSI atendidos em uma cidade de Santa Catarina. Trata-se de um estudo documental, quantitativo, exploratório e descritivo realizado a partir de 110 prontuários. Os dados foram analisados utilizando estatística descritiva e inferencial, testes de correlação e análise binomial. Há uma maior prevalência de usuários do sexo masculino (70.9%) com idade média de 10 anos (41%). Cerca de 41% das famílias atendidas têm uma renda próxima a 2 salários mínimos. O comportamento agressivo prevalece dentre as queixas (21,5%) e o transtorno de deficit de atenção e hiperatividade como hipótese diagnóstica mais frequente (22%), todavia 25% dos casos não apresentam um diagnóstico. Os achados desse estudo são similares a descritos na literatura e sugerem a necessidade de realizar ações de promoção e prevenção em saúde mental infanto-juvenil.

PALAVRAS-CHAVE: Serviços de Saúde Mental; Crianças; Transtornos Mentais.

ABSTRACT: This study aimed to characterize the clinical and sociodemographic profile of CAPSI users in a city in the Brazilian state of Santa Catarina. It is a documentary, quantitative, exploratory and descriptive study based on 110 clinical records. Data were

- 1 Doutor em Medicina pela Universidade de Sydney, Austrália. Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. Graduado em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. Professor Universitário. | E-mail: jamirsarda@hotmail.com.
- 2 Doutora e Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. Graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Paraná - UFPR. Professora Universitária.
- 3 Psicóloga da Prefeitura Municipal de Gaspar e do Serviço Social da Indústria - SESI.
- 4 Psicóloga da Humanity - Espaço Compartilhado de Saúde.

Licença CC BY:

Artigo distribuído sob os termos Creative Commons, permite uso e distribuição irrestrita em qualquer meio desde que o autor credite a fonte original.





analyzed using descriptive and inferential statistics, correlation tests and binomial analysis. The study found a higher prevalence of male users (70.9%) with an average age of 10 years (41%). Approximately 41% of the families served had an income of around 2 minimum wages. Aggressive behavior was the main complaint (21.5%) and attention deficit hyperactivity disorder was the most frequent diagnostic hypothesis (22%). However, 25% of the cases did not present any diagnosis. The findings of this study are similar to those described in the literature, and suggest the need for actions of promotion and prevention in child and adolescent mental health.

KEYWORDS: Mental Health Services; Children; Mental Disorders.

RESUMEN: Este estudio tuvo como objetivo caracterizar el perfil clínico y sociodemográfico de los usuarios del CAPSI atendidos en una ciudad de Santa Catarina. Se trata de un estudio documental, cuantitativo, exploratorio y descriptivo realizado a partir de 110 prontuarios. Los datos fueron analizados utilizando estadística descriptiva e inferencial, pruebas de correlación y análisis binomial. Hay una mayor prevalencia de usuarios del sexo masculino (70.9%) con edades promedio de 10 años (41%). Cerca de 41% de las familias atendidas tienen una renda próxima a los dos sueldos mínimos. El comportamiento agresivo prevalece entre las quejas (21,5%) y el trastorno de déficit de atención e hiperactividad como hipótesis diagnóstica más frecuente (22%), aunque 25% de los casos no presentan un diagnóstico. Los encontrados en este estudio son similares a los descriptos en la literatura y sugieren la necesidad de realizar acciones de promoción y prevención en salud mental infanto-juvenil.

PALABRAS-CLAVE: Servicios de Salud Mental; Niños; Trastornos Mentales.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde aponta que cerca de 20% das crianças e adolescentes sofrem de algum tipo de transtorno mental. Entretanto, há uma estimativa de que milhões de crianças com transtornos mentais não sejam identificadas e não recebam tratamento (OMS, 2003). A prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes geralmente situa-se entre 7,0% a 8,8% em países como EUA, Grã-Bretanha, Itália e Noruega. Já em países como Índia, Porto Rico, Rússia e China, a prevalência estimada varia entre 12% a 16%. Na América Latina e Caribe, as taxas de prevalência de problemas de saúde mental na infância e na adolescência variam entre 15% e 21% (FEITOSA et al., 2011).

Mais especificamente no Brasil, estima-se que cerca de 12% de crianças e adolescentes apresentem um alto risco de transtornos mentais (ARRUDA et al., 2010). Este índice é comparável ao de outros estudos realizados no país, os quais indicam prevalências na ordem de 18% em Pelotas-RS (ANSEMI et al., 2010), 13% em Taubaté-SP (FLEITLICH; GOODMAN, 2004) e 10% na Ilha de Maré-BA (GOODMAN et al., 2005). Estas diferenças provavelmente são decorrentes de diferentes metodologias utilizadas nos estudos ou ainda referentes a características específicas da população.

No ano de 2009, um estudo denominado Projeto Atenção Brasil (PAB) objetivou retratar a saúde mental de crianças e adolescentes brasileiros. Para tanto, foi realizado um amplo levantamento nacional, entrevistando pais e professores de 5.961 crianças e adolescentes de escolas públicas e privadas, de cinco regiões do país, em 16 estados e 81 cidades brasileiras (de pequeno, médio e



grande porte, incluindo capitais). Esse estudo indicou que cerca de 37% das crianças e adolescentes apresentam, na perspectiva de pais e professores, problemas de ordem emocional, 31% apresentam problemas de conduta e cerca de 27% problemas com colegas (ARRUDA *et al.*, 2010).

Os transtornos mentais mais comuns na infância e na adolescência são problemas de aprendizagem, de conduta, de depressão, transtornos do desenvolvimento, de apego, de ansiedade, transtornos alimentares, abuso de substâncias, entre outros (OMS, 2003). Estas condutas antissociais manifestadas na adolescência de delinquência e uso de drogas podem estar relacionadas às manifestações na infância de agressividade e distúrbio do comportamento (OMS, 2003).

A presença de transtorno mental na infância e na adolescência está relacionada à exposição a fatores de risco. Dentre os principais fatores de risco para a saúde mental infantil na população brasileira, Arruda *et al.* (2010) identificaram os seguintes aspectos: ser do sexo masculino (risco 1,6 vez maior do que em meninas), ser adolescente (risco 1,4 vez maior do que em crianças), ter pais separados (risco 2 vezes maior), não morar com um ou ambos os pais (risco 3,2 vezes maior), baixo grau de instrução do chefe de família (risco 3,5 vezes maior), pertencer à classe socioeconômica baixa (risco 3 vezes maior), viver em cidades com mais de 500 mil habitantes (risco 1,3 vez maior), mãe ter utilizado durante a gestação álcool (risco 2,4 vezes maior) e ter feito uso de tabaco (risco 1,8 vez maior), ser incapaz de adiar recompensas (risco 3,2 vezes maior) e ter baixo desempenho escolar (risco 5,4 vezes maior).

Um estudo realizado em uma comunidade urbana de baixa renda do município de Embu-SP identificou fatores associados aos problemas de saúde mental na infância, dentre estes: ser do sexo masculino, sofrer punição física grave, suicida da mãe, violência conjugal física grave contra a mãe, embriaguez do pai ou padrasto (SÁ *et al.*, 2010). O nível socioeconômico baixo também foi considerado um fator de risco para o desenvolvimento de transtorno mental na infância e na adolescência em outro estudo (PAULA *et al.*, 2007).

Além dos fatores de risco, existem os fatores de proteção, que representam as variáveis que protegem o indivíduo e reduzem a probabilidade do desenvolvimento de problemas de saúde mental. Entre os fatores de proteção identificados na população infanto-juvenil brasileira, Arruda *et al.* (2010) destacam os seguintes aspectos: ser do sexo feminino (chance 1,4 vez maior de ótimos índices de saúde mental e desempenho escolar), ter pais casados (chances 3 vezes maiores), morar com ambos os pais (chances 4 vezes maiores), chefe de família com maior nível de escolaridade (chances de 7 a 11 vezes maiores, conforme o grau de instrução), pertencer a classes econômicas mais favorecidas (chances de 2 a 7 vezes maiores, dependendo do nível socioeconômico), mãe não ter utilizado álcool (2,5 vezes mais chances) ou tabaco durante a gestação (3 vezes mais chances), ser capaz de adiar recompensas (chance 1,7 vez maior), apresentar padrão de sono com mais de 8 horas por noite (cerca de 2 vezes mais chances).

Apesar da importante prevalência de transtornos mentais na infância e na adolescência, cerca de 90% dos países não possuem políticas públicas voltadas à saúde mental para crianças e adolescentes e menos de 1% dos gastos com saúde é destinado à saúde mental (RONCHI; AVELLAR, 2010).

Para Ximenes e Pesce (2009), a atenção à infância brasileira representa uma demanda crescente e com imperativa necessidade na área da saúde mental, que é confrontada com a falta de serviços e especialistas, acarretando dificuldades para os profissionais de saúde da atenção básica realizarem encaminhamentos de crianças com queixas emocionais.



No Brasil, as crianças e os adolescentes que desenvolvem transtornos mentais graves e persistentes são atendidos nos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi) (BRASIL, 2002). Este serviço tem estratégias de intervenção planejadas e objetiva a inserção social dos sujeitos, possibilitando assim o desenvolvimento de sua autonomia, utilizando os recursos da comunidade e incluindo os familiares no projeto terapêutico, sendo este individualizado e avaliado pela equipe periodicamente (BRASIL, 2002).

Existem atualmente no Brasil 149 CAPSi, sendo que apenas em 5 estados esse serviço não foi ainda implantado (Acre, Amazonas, Rondônia, Roraima e Tocantins). Em alguns estados do país há mais de 1 CAPSi em funcionamento, como em São Paulo (43), Rio Grande do Sul (17), Rio de Janeiro (16), Minas Gerais (12), dentre outros. Em Santa Catarina foram implantados 6 CAPSi, sendo que a população do Estado é composta por 6.249.682 habitantes (BRASIL, 2012). De acordo com a política de saúde mental, os CAPSi cumprem seu papel, entretanto o perfil dos usuários ainda precisa ser melhor compreendido, visando implementar ações e programas específicos, de acordo com as demandas existentes.

Para Assis *et al.* (2009), no Brasil, os cuidados com a saúde mental na infância e adolescência não estão dentre as prioridades. Pouco se fala em promoção de saúde mental e prevenção de transtornos mentais. O que se evidencia é o atendimento dos casos mais graves de transtornos desenvolvimentais, negligenciando-se a percepção e a atuação junto aos problemas emocionais e comportamentais.

Um estudo realizado em sete CAPSi do Brasil, para caracterizar os usuários e os serviços prestados, identificou os transtornos de comportamento e os transtornos emocionais como diagnósticos mais frequentes (44,5%). O percentual de transtornos graves foi de 19,4%, sendo que a clientela predominante foi do sexo masculino (62,8%) e a média de idade foi de 11 anos (HOFFMANN *et al.*, 2008).

Outro estudo encontrou uma prevalência do sexo masculino (cerca de 60%) entre os usuários atendidos em um CAPSi da cidade de São Paulo-SP com idade média de 9,43 anos, sendo que em grande parte dos prontuários não havia o registro de hipótese diagnóstica, (24,8%). Os transtornos de comportamento e transtornos emocionais também tiveram uma prevalência maior (21,4%) e as queixas apresentadas foram neuromotoras (17,5%), escolares (15,5%) e sociocomportamentais (14,6%) (DELFINI *et al.*, 2009).

Na cidade de Vitória (ES), outro estudo também observou uma maior prevalência de pessoas do sexo masculino (60,8%) com uma média de idade cerca de 11 anos e com o diagnóstico mais frequente de transtornos de comportamento e emocionais (29,4%). As queixas mais comuns foram agressividade, agitação e furto (RONCHI; AVELLAR, 2010).

Um estudo realizado em Itajaí-SC entre os anos de 2002 a 2007 com esta população (DELVAN *et al.*, 2010) identificou como transtornos mais prevalentes: o Transtorno de *Deficit* de Atenção e Comportamento Disruptivo totalizando (28,7%), os Transtornos de Ansiedade (9,6%) e os Transtornos de Aprendizagem (7,8%). Foram identificados também Problemas nas Relações (13,3%), Condições Adicionais que Podem ser Foco de Atenção Clínica (2,7%) e Agressividade (2,1%). Houve uma maior prevalência de meninos (66%), com idades entre 7 a 10 anos.

Diante da expressiva prevalência de transtornos mentais na infância e na adolescência e os fatores de risco aos quais crianças e adolescentes estão expostos, bem como das especificidades levantadas



nessa população, é importante delinear o perfil dos usuários dos serviços de saúde mental infanto-juvenil, a fim de fornecer subsídios para o desenvolvimento de políticas públicas de saúde mental e estratégias de intervenção. Partindo desses pressupostos, o presente estudo visa levantar o perfil clínico e sociodemográfico dos usuários do CAPSi de uma cidade do Vale do Itajaí-SC que se encontravam em atendimento durante o primeiro semestre de 2011, identificando as queixas e os transtornos mentais mais frequentes, descrevendo as características clínicas e sociodemográficas desta população e examinando algumas relações entre fatores clínicos, sociais e demográficos.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo, documental, exploratório e descritivo, realizado em uma amostra composta por 110 prontuários de usuários do CAPSi de uma cidade do Vale do Itajaí-SC. Esta cidade possui uma população de cerca 201.000 habitantes (IBGE, 2014). Para o levantamento dos prontuários foi utilizada uma lista fornecida pelo serviço dos usuários atendidos durante o período de janeiro a julho de 2011, contendo o nome e o número do prontuário. Todos os prontuários existentes no serviço participaram da amostra, não havendo outro critério de inclusão ou exclusão. O período de coleta de dados foi estabelecido por ser o período de realização do trabalho de iniciação científica das pesquisadoras. Para a coleta de dados foi elaborada uma planilha contendo as seguintes informações: sexo, idade, bairro, com quem a criança reside, estado civil dos pais, queixa, renda familiar, diagnóstico e histórico de transtorno mental na família.

A análise de dados foi realizada utilizando estatística descritiva e inferencial (médias e desvio padrão), testes de correlação de Pearson e teste do qui-quadrado. Todas as análises foram realizadas usando o programa estatístico SPSS-11 (*Statistical Package for the Social Sciences*) para Windows.

O presente estudo foi conduzido pautando-se nas resoluções que normatizam pesquisas envolvendo seres humanos na área de saúde e em Psicologia, e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIVALI (protocolo 374/11a).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Características sociodemográficas

Serão apresentados a seguir os dados referentes às características demográficas dos usuários do CAPSi atendidos no período de janeiro a julho de 2011.

TABELA 1: Características demográficas dos usuários do CAPSi de uma cidade do Vale do Itajaí em atendimento no período de janeiro a julho de 2011.



Variáveis	Frequência simples	Percentual
Sexo		
Feminino	32	29,1
Masculino	78	70,9
Idade		
2 a 5 anos	15	13,6
6 a 9 anos	31	28,3
10 a 13 anos	42	38,1
14 a 17 anos	22	20,0
Renda familiar		
1 a 2 salários mínimos	45	40,9
3 a 4 salários mínimos	21	19,1
5 a 6 salários mínimos	9	8,2
7 a 9 salários mínimos	4	3,6
Acima de 10 salários mínimos	2	1,8
Sem informação	29	26,4
Bairro		
A	28	25,5
B	18	16,4
C	15	13,6
D	11	10,0
E	7	6,4
F	6	5,5
G	6	5,5
H	5	4,5
I	4	3,6
Outros	10	9,0

Observaram-se diferenças significativas em relação à distribuição da frequência em diversas variáveis. Houve uma maior prevalência de usuários de sexo masculino (70.9%, qui quadrado = 20,66 grau de significância = 0.001). Este dado é similar aos de outros estudos no tocante à prevalência do sexo masculino entre os usuários do serviço (DELFINI *et al.*, 2009; DELVAN *et al.*, 2010; HOFFMANN *et al.*, 2008; RONCHI; AVELLAR, 2010). Contudo, é importante destacar que o diagnóstico de alguns transtornos mentais está associado a problemas externalizantes, fato que ocorre com mais frequência em meninos, que são por esse motivo mais levados aos serviços de saúde mental (SÁ *et al.*, 2010).

A distribuição dos usuários segundo a faixa etária foi relativamente homogênea, entretanto com uma menor concentração de crianças com idade entre 2 e 4 anos (13.6%, qui quadrado= 13,97, grau de significância = 0.003). Essa redução da frequência dessa população, quando comparada com as outras faixas etárias, pode estar relacionada à dificuldade em diagnosticar ou observar comportamentos característicos associados a transtornos mentais em crianças com menos de 5 anos (BIRD; DUARTE, 2002). Vale ressaltar que, nos estudos já realizados, a idade dos usuários é variada, aproximando-se dos 10 anos, o que também se repetiu nesse estudo (média=10, desvio padrão=4).

No que diz respeito ao local de residência, os usuários deste serviço, em sua grande maioria, são oriundos do bairro A (25,5%), seguidos dos moradores do bairro B (16,4%). De acordo com os dados



do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) referentes ao Censo 2010, o bairro A é o mais populoso deste município, com 37.355 habitantes; já o bairro B é o segundo mais populoso, com 31.287 habitantes (<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/index.php>). Ambos os bairros foram muito afetados com as enchentes que ocorreram no ano de 2008 no município, quando 90% do território foi atingido pelas águas, deixando milhares de pessoas desabrigadas (SANTOS, 2010). A grande concentração de habitantes e a suscetibilidade para desastres ambientais, como enchentes e cheias, tornam a população destes bairros mais vulnerável a eventos estressores. Este dado pode ser relevante para a realização de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos à saúde mental nestas áreas onde há maior número de usuários, sendo estas ações também de responsabilidade do CAPSi, que deve supervisionar e capacitar as equipes da atenção básica para a identificação precoce de fatores de risco para saúde mental infantil, a fim de se implantar programas que minimizem estas condições (BRASIL, 2002). Entretanto, destaca-se que estas localidades possuem Unidades de Atenção Básica à Saúde (UBS), porém não há registro de programas direcionados à saúde mental infantil especificamente.

Referente à organização familiar dos usuários, cerca de 47% das crianças possuem pais casados e 37,4% têm pais separados. O estado civil da maioria dos pais neste estudo desmistifica, de certo modo, a relação entre separação e divórcio e a presença de transtorno mental nos filhos, mesmo considerando a separação ou divórcio dos pais como um fator de risco duas vezes maior para a saúde mental de crianças brasileiras (ARRUDA et al., 2010). Contudo, é possível relacionar os problemas de saúde mental apresentados pelas crianças estudadas com a qualidade das relações estabelecidas na família e não necessariamente com a sua configuração. Além disso, os pais casados podem manter relacionamentos com conflitos conjugais, o que também é considerado fator de risco para o desenvolvimento de transtorno mental na infância (SÁ et al., 2010).

A maior parte dos usuários deste CAPSi reside com o casal de pais biológicos (40,9%), embora cerca de 30% residam somente com a mãe e apenas 9,1% residam com o pai. Esse dado é semelhante a um estudo já realizado na rede infantil de saúde mental desta, que identificou maior frequência de famílias de modelo nuclear, compostas por pais e filhos (DELVAN et al., 2010). Nesse sentido, é possível hipotetizar que residir com os pais não é necessariamente um fator de proteção, pois a criança tanto pode receber proteção, quanto conviver com riscos para o seu desenvolvimento, os quais podem acarretar prejuízos nas áreas da linguagem, memória, capacidade de resolução de problemas e habilidades sociais (ANDRADE et al., 2005; RONCHI; AVELLAR, 2010). Contudo, vale ressaltar que Arruda et al. (2010) identificaram risco 3,2 vezes maior para problemas de saúde mental em crianças e adolescentes que não residem com um ou ambos os pais.

A renda mensal das famílias estudadas demonstrou que 40,9% possuíam uma renda familiar entre 1 a 2 salários mínimos (qui quadrado = 50,77, grau de significância = 0.001). A renda familiar baixa também representa um fator que pode contribuir precipitação de transtorno mental na infância e adolescência, pois está associada ao estilo de vida estressante, incluindo condições precárias de moradia, alimentação, educação, saúde e lazer (ARRUDA et al., 2010; PAULA et al., 2007).

Histórico de transtornos mentais em familiares

A Tabela 2 traz informações sobre o histórico de diagnósticos de transtornos mentais em familiares dos usuários do CAPSi. Esta questão foi analisada a fim de verificar a prevalência de transtornos mentais em familiares, pois representa um importante fator de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais em crianças e adolescentes.

TABELA 2: Prevalência de Transtornos Mentais em familiares dos usuários do CAPSi de uma cidade do Vale do Itajaí em atendimento no período de janeiro a julho de 2011.

Variáveis	Frequência simples	Percentual
FAMILIAR COM TRANSTORNOS MENTAIS		
Sim	41	37,3
Não	69	62,7
TRANSTORNO MENTAL		
Mais de 1 familiar	10	58,8
Mais de 1 transtorno por familiar	7	41,2
PARENTESCO		
Mãe	18	35,3
Pai	11	21,6
Avós	13	25,5
Tios	5	9,8
Irmãos	2	3,9
Outros	2	3,9
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA		
Depressão	19	32,7
Alcoolismo	8	13,7
Pânico	4	6,9
Ansiedade	3	5,1
Esquizofrenia	2	3,5
Fobia Social	2	3,5
Suicídio	2	3,5
TAB	2	3,5
TDAH	2	3,5
Outros	14	24,1
Total	58	100%

Os dados demonstram que há uma importante prevalência de transtornos mentais nos familiares dos usuários (41%), sendo que dentre as famílias que apresentam histórico de transtornos mentais, 7% possui o diagnóstico em mais de um familiar e há maior prevalência de transtornos mentais entre as mães dos usuários. Dados semelhantes foram observados no estudo de Santos *et al.* (2006) com cuidadores primários de crianças (mães em sua maioria) de um estudo de coorte sobre o desenvolvimento mental no município de Salvador (BA). Este estudo apontou que cerca de 47,5% dos cuidadores apresentaram pelo menos um diagnóstico psiquiátrico na vida. Este dado é relevante quando relacionado à etiologia dos transtornos mentais, pois problemas de saúde mental maternos são fatores de risco para o desenvolvimento de transtorno mental nos filhos (FEITOSA *et al.*, 2011; SÁ *et al.*, 2010; SANTOS *et al.*, 2006).

Ainda de acordo com Rutter e Quinton (1984), existem evidências significativas do aumento da taxa



de distúrbios emocionais e comportamentais persistentes em filhos de pacientes com transtornos mentais, sendo que o risco se torna maior quando os pais apresentam perturbações da personalidade associadas a elevados níveis de exposição a comportamentos hostis. Os autores supracitados ainda destacam que meninos com características temperamentais de risco tendem a ser mais vulneráveis aos efeitos nocivos da associação entre temperamento e transtorno mental dos pais.

Dentre os diagnósticos presentes nos familiares do presente estudo, houve uma maior prevalência de depressão (32,7%, qui quadrado = 36,02, grau de significância = 0.001). A literatura indica que a presença de depressão materna é um fator de risco para o desenvolvimento de problemas de saúde mental na infância, principalmente no que diz respeito aos problemas emocionais e de comportamento (SÁ *et al.*, 2010; SANTOS *et al.*, 2006).

Queixas principais e hipóteses diagnósticas

Os problemas de saúde mental mais frequentemente relatados na infância e na adolescência incluem os transtornos disruptivos (Transtorno de *Deficit* de Atenção/Hiperatividade, Transtorno de Conduta) e os transtornos emocionais. Tais condições são importantes à medida que provocam sofrimento aos indivíduos e aos seus familiares, interferindo no desenvolvimento psicossocial e educacional com uma grande probabilidade de acarretar problemas psiquiátricos e de relacionamento na vida adulta (FEITOSA *et al.*, 2011; FLEITLICH; GOODMAN, 2002).

A Tabela 3 apresenta as queixas iniciais trazidas pelo usuário e/ou seus familiares, bem como as hipóteses diagnósticas elaboradas pelos profissionais do CAPSi.

TABELA 3: Queixas e Hipóteses Diagnósticas dos usuários do CAPSi de uma cidade do Vale do Itajaí em atendimento no período de janeiro a julho de 2011.

Variáveis	Frequência simples	Percentual
Queixas		
Alteração no Sono	13	4,7
Ansiedade	11	4,0
Comportamento Agressivo	69	21,5
Comportamento Compulsivo	5	1,8
Comportamento Depressivo	14	5,1
Comportamento Opositor	44	16,0
Criminalidade	8	2,9
Fobia Específica	15	5,5
Fobia Social	18	6,5
Hiperatividade	26	9,4
Pensamento Desorientado	6	2,2
Problema de Identidade	4	1,4
Problemas de Aprendizagem	23	8,4
Problemas de Comunicação	6	2,2
Transtorno de Excreção	5	1,8
Usuário de Substância	6	2,2
Vítima de Violência	4	1,5
Outros	8	2,9
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA		
Distúrbios da Atividade de Atenção	48	22,3
Episódio Depressivo	18	8,3
Outros Transtorno Ansiosos	17	7,9
Problemas Relacionados c/ Eventos Negativos	6	2,8
Problemas Relacionados c/ meio social	13	6,0
Reação Estresse Grave Trans de Ajustamento	5	2,3
Retardo Mental	11	5,1
Sem Diagnóstico	26	12,0
Transtorno Fóbico Ansioso	7	3,2
Transtorno de Conduta	26	12,0
Transtorno Especif do Desenvolvimento	3	1,4
Transtorno Invasivo do Desenvolvimento	6	2,8
Transtorno Mental e de Comportamento	8	3,7
Transtorno Persistente do Humor	4	1,9
Transtorno Psicótico Agudo e Transitório	3	1,4
Outros	15	6,9

É importante ressaltar que alguns usuários possuem mais de uma queixa referida pelos familiares, totalizando 272 queixas ou em média 2,5 queixas por paciente. O mesmo ocorre com o número de hipóteses diagnósticas, que totalizou 216, indicando a presença de cerca de dois transtornos por paciente. Esses dados fazem sentido do ponto de vista epidemiológico e clínico, uma vez que existe uma série de transtornos mentais que apresentam diversas comorbidades (PEREIRA *et al.*, 2005). Segundo D'Abreu (2012), a comorbidade se refere à manifestação de dois ou mais transtornos que ocorrem com maior frequência, mais associados do que separadamente, sendo reportada em mais de 50% dos casos em amostras da comunidade e com taxas ainda mais elevadas em amostras clínicas infantis, parecendo representar muito mais a regra do que a exceção.

É possível observar, com relação à queixa principal, que os principais motivos de procura ao CAPSi foram: comportamento agressivo dos usuários (21,5%) e comportamento opositor (16%) (qui quadrado = 36,02, grau de significância = 0.001 e qui quadrado = 9,50, grau de significância



0,009). A agressividade representa uma das principais queixas trazidas pelas famílias nos serviços de saúde mental infanto-juvenil (DELFINI *et al.*, 2009; DELVAN *et al.*, 2010; RONCHI; AVELLAR, 2010). A manifestação de padrões de comportamento impulsivo, opositor, agressivo, desafiador, hiperativo, inapropriados à idade, são classificadas como transtornos externalizantes (D'ABREU, 2012; FERREIRA; MARTURANO, 2002). Contudo, cabe destacar que a agressividade excessiva na infância pode levar às condutas antissociais na adolescência (OMS, 2003). O comportamento opositor relatado pela família com frequência é relacionado à falta de limites, à falta de noção entre certo e errado, comportamentos inadequados, baixa tolerância à frustração e indisciplina. Nesse sentido, é importante ressaltar que comportamentos externalizantes associados a componentes antissociais, com frequência se desenvolvem em contextos onde ocorre adversidade ambiental (FERREIRA; MARTURANO, 2002).

No tocante às hipóteses diagnósticas, o Transtorno de *Deficit* de Atenção/Hiperatividade (TDAH) foi o transtorno com a maior prevalência (22,3%, qui quadrado = 36,02, grau de significância = 0.001), seguido de Transtornos de Conduta (12%, qui quadrado = 19,36, grau de significância = 0.01) e ausência de diagnóstico (12%, qui quadrado = 19,36, grau de significância = 0.01). O TDAH é um dos transtornos mentais mais prevalentes na infância, estimando-se taxas de 6,5% entre crianças com idade escolar e de 2,7% entre adolescentes e adultos (POLANCZYK *et al.*, 2007). Delvan *et al.* (2010) já haviam observado a prevalência de transtornos de *deficit* de atenção e hiperatividade, juntamente com o comportamento disruptivo na população infanto-juvenil usuária dos serviços de saúde mental deste município. Em outros estudos, os transtornos de comportamento e os transtornos emocionais também apareceram como hipóteses diagnósticas importantes, sendo que o Distúrbio da Atividade e da Atenção está incluído na categoria dos Transtornos de Comportamento (DELFINI *et al.*, 2009; HOFFMANN *et al.*, 2008; RONCHI; AVELLAR, 2010).

Segundo a literatura, estima-se que 40 a 60% das crianças diagnosticadas com TDAH podem apresentar comportamento opositor desafiador como comorbidade e, por conta disso, ter relações negativas com suas mães, bem como conflitos domésticos (PEREIRA *et al.*, 2005; SOUZA *et al.*, 2001). Estas evidências confirmam a elevada prevalência de agressividade nas queixas trazidas pelos familiares dos usuários do presente estudo.

Um aspecto que chama bastante atenção é o fato de 12% dos usuários atendidos não apresentarem hipótese diagnóstica. Conhecendo a dinâmica do serviço de saúde mental, é sabido que há certa resistência de alguns profissionais em estabelecer o diagnóstico, em função da oposição a esse modelo biomédico. A falta de diagnóstico contradiz a Portaria n.º 336/GM do Ministério da Saúde, que preconiza o desenvolvimento de um projeto terapêutico individualizado e avaliado pela equipe periodicamente, além de estratégias de intervenção planejadas (BRASIL, 2002). Estes dados ressaltam a importância de refletir sobre o sentido e a validade de intervenções realizadas sem algum tipo de diagnóstico prévio. Em uma pesquisa realizada em São Paulo (DELFINI *et al.*, 2009), também foi observado um grande número de prontuários sem hipótese diagnóstica (24,8%), o que, segundo os autores, é decorrente da falta de padronização e falhas nos registros dos prontuários. Outros estudos também se defrontaram com esta condição (RONCHI; AVELLAR, 2010; DELVAN *et al.*, 2010), denotando fragilidades teórico-técnicas e desafios na complexa tarefa de realizar um diagnóstico de transtorno mental na infância.

Considerando tais aspectos, D'Abreu (2012) identificou os principais entraves na realização



do diagnóstico infantil, indicando que: a) muitos problemas emocionais são expressos por meio de comportamentos desadaptados que raramente são associados a sofrimento interno da própria criança; b) alguns comportamentos considerados como adequados ou esperados em uma certa idade podem indicar problemas em outra fase; e c) os critérios diagnósticos para alguns transtornos mentais na infância são derivados de critérios utilizados para diagnósticos de adultos.

Não houve correlações significativas entre nenhuma variável ($p > 0.05$), entretanto, quando análises binomiais foram realizadas, houve um maior número de diagnósticos de TDAH em crianças do sexo masculino do que feminino (frequência observada de 100%, nível de significância de 0.001), conforme ilustra a Tabela 4.

TABELA 4: Prevalência de Transtornos Mentais segundo distribuição por sexo dos usuários do CAPSi de uma cidade do Vale do Itajaí em atendimento no período de janeiro a julho de 2011.

GÊNERO/TRANSTORNO	TDHA	Trans. opositor	Trans. depressivo	Fobias	Trans. de aprendizagem
Masculino	10	9	5	6	5
Feminino	4	5	1	5	3
Z ou teste de significância	0,001	0,001	0,001	0,7	0,008

Ainda no tocante à associação entre transtornos e gênero, pode-se observar que nos Transtornos Desafiador Opositivo, Transtornos Específicos do Desenvolvimento das Habilidades Escolares (aprendizagem) e TDAH, a prevalência foi maior em meninos do que em meninas. Este dado é semelhante ao observado em outros estudos com população usuária de serviços de saúde mental infanto-juvenil (DELVAN *et al.*, 2010; HOFFMANN *et al.*, 2008).

Quanto ao diagnóstico de Episódio Depressivo, este se apresentou quase cinco vezes maior em meninos do que em meninas, porém vale ressaltar que, neste serviço, o número de prontuários de usuários do sexo masculino foi superior ao do sexo feminino, o que pode ter contribuído para este resultado. Com relação aos Transtornos Fóbico-Ansiosos, os dados não demonstraram uma distribuição diferente entre meninos ou meninas, contudo a literatura refere que meninas têm maior probabilidade de desenvolver problemas internalizantes, que englobam os Transtornos de Ansiedade e do Humor (D'ABREU, 2012; SÁ *et al.*, 2010).

Ressalta-se que não houve correlações estatisticamente significativas entre familiares com transtornos mentais e hipótese diagnóstica, assim como hipótese diagnóstica e queixa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O levantamento do perfil dos usuários do CAPSi de um município do Vale do Itajaí-SC atendidos no primeiro semestre de 2011 indicou maior prevalência de crianças e adolescentes do sexo masculino, com idades entre 10 a 13 anos, oriundas de famílias intactas, com nível socioeconômico baixo (entre 1 e 2 salários mínimos) e residentes, em sua maioria, nos dois bairros mais populosos deste município.

Dentre as queixas trazidas pelas famílias, destacou-se a agressividade, caracterizada como comportamento muito frequente na literatura relativa aos problemas de saúde mental na infância e



adolescência, especialmente em meninos. Tal fato justificaria a implementação de ações que incluíssem a família no projeto terapêutico singular, a fim de dialogar sobre o funcionamento da dinâmica familiar e os possíveis comportamentos disfuncionais, buscando alternativas para manter a família saudável. O comportamento opositor, cuja frequência elevada também foi observada nas queixas trazidas pelas famílias dos usuários pesquisados, remete novamente à necessidade de intervenção familiar, principalmente no que se refere ao manejo dos comportamentos menos adaptativos. Tais medidas teriam o intuito de promover a resiliência, estimulando a expressão de sentimentos dos filhos, assim como o planejamento de estratégias de enfrentamento de situações adversas.

Um dado relevante deste estudo diz respeito ao alto índice de prontuários sem hipótese diagnóstica. Nesse sentido sugere-se investigar junto à equipe de profissionais deste serviço de saúde mental quais os motivos para tal fato, sendo importante avaliar se há dificuldades ou limitações entre os profissionais para elaborar as hipóteses diagnósticas.

Cabe destacar ainda que, de modo geral, vincula-se ao médico psiquiatra a responsabilidade pela elaboração das hipóteses diagnósticas médicas nos CAPSi. No entanto, o psicólogo configura-se como um profissional habilitado em sua formação acadêmica para realizar psicodiagnósticos a partir de modelos descritivos ou psicológicos. Neste sentido é importante que o diagnóstico seja estabelecido pela equipe em consonância, pois a definição da intervenção dele depende.

O TDAH foi a hipótese diagnóstica com maior frequência, seguido do Transtorno de Conduta. Esse dado, também encontrado em outros estudos, revela o perfil clínico dos usuários dos serviços de saúde mental infantil, podendo assim direcionar ações de prevenção e intervenção planejadas de acordo com esse perfil, conferindo maior resolutividade aos serviços de saúde.

A realização deste estudo evidenciou a ocorrência da falta de padronização dos prontuários dos usuários pesquisados, o que dificulta a realização de diagnósticos populacionais, pesquisas e troca de informações entre os próprios profissionais. Sugere-se a implantação de prontuários eletrônicos no serviço, a fim de favorecer o trabalho dos profissionais da instituição, no que diz respeito ao acesso aos prontuários e entendimento das informações ali contidas, bem como subsidiar pesquisas futuras.

Os resultados deste estudo ressaltam a importância e a necessidade do desenvolvimento de políticas públicas e programas específicos voltados à saúde mental infanto-juvenil, destacando-se a proteção das crianças aos fatores de risco a que estão expostas. Além da proteção, é necessário implementar ações que promovam resiliência especialmente em meninos, já que estes apresentam uma maior prevalência de problemas de saúde mental e muitas vezes não são encorajados, por questões culturais, a expressar seus sentimentos e emoções, o que pode contribuir para o desenvolvimento de comportamentos menos adaptativos.

É necessário também que a população tenha conhecimento do funcionamento dos CAPSi e, nesse sentido, ressalta-se a urgência de uma maior interação entre este serviço de saúde mental e a Estratégia de Saúde da Família, bem como escolas e comunidade.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, S. A.; SANTOS, D. N.; BASTOS, A. C.; PEDROMÔNICO, M. R. M.; ALMEIDA-FILHO, N. de; BARRETO, M. L. Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.3, n.4, p.606-611, ago. 2005.



ANSEMI, L.; FLEITLICH, B. W.; MENEZES, A. M. B.; ARAÚJO, C. L.; ROHDE, L. A. Prevalence of psychiatric disorders in a Brazilian birth cohort of 11-year-olds. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, n.45, n.1, p.135-142, jan. 2010.

ARRUDA, M. A.; ALMEIDA, M.; BIGAL, M. E.; POLANCZYK, G.; MOURA-RIBEIRO, M. V.; GOLFETO, J. H. **Projeto Atenção Brasil: Saúde Mental e desempenho escolar em crianças e adolescentes brasileiros. Análise dos resultados e recomendações para o educador com base em evidências científicas.** Ribeirão Preto: Instituto Glia, 2010.

ASSIS, S. G.; AVANCI, J. Q.; PESCE, R. P.; XIMENES, L. F. Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.349-361, mar./abr. 2009.

ASSOCIAÇÃO DE PSIQUIATRIA AMERICANA - APA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV-TR.** 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

BIRD, H.; DUARTE, C. S. Dados epistemológicos em psiquiatria infantil: orientando políticas de saúde mental. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.24, n.4, p.162-163, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 336, de 19 de fevereiro de 2002.** 2002. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>. Acesso em: 03 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados 10.** 2012. Disponível em: < <https://saudeecosal.files.wordpress.com/2012/03/saude-mental-em-dados-10-ms.pdf>>. Acesso em: 03 set. 2018.

D'ABREU, L. C. F. O desafio do diagnóstico psiquiátrico na criança. **Contextos Clínicos**, São Leopoldo, v.5, n.1, p.2-9, jul. 2012.

DELFINI, P. S. de S.; BARBOSA, C. D.; FONSECA, F. L.; TAVARES, C. M.; REIS, A. O. A. Perfil dos usuários de um centro de atenção Psicossocial infanto-juvenil da grande São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v.19, n.2, p.226-236, ago. 2009.

DELVAN, J. S.; PORTES, J. R. M.; CUNHA, M. P.; MENEZES, M.; LEGAL, E. J. Crianças que utilizam os serviços de saúde mental: caracterização da população em uma cidade do sul do Brasil. **Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v.20, n.2, p.228-237, ago. 2010.

FEITOSA, H. N.; RICOU, M.; REGO, S.; NUNES, R. A saúde mental das crianças e dos adolescentes: considerações epidemiológicas, assistenciais e bioéticas. **Revista Bioética**, v.19, n.1, p.259-75, 2011.

FERREIRA, M. C. T.; MARTURANO, E. M. Ambiente familiar e os problemas do comportamento apresentados por crianças com baixo desempenho escolar. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.15, n.1, p.35-44, 2002.

FLEITLICH, B. W.; GOODMAN, R. Implantação e implementação de serviços de saúde mental comunitários para crianças e adolescentes. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.24, n.1, p.2, mar. 2002.

FLEITLICH, B. W., GOODMAN, R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v.43, n.6, p.727-734, jun.2004.

GOODMAN, R.; SANTOS, D. N. dos; NUNES, A. P. R.; MIRANDA, D. P. de; FLEITLICH, B. W.; ALMEIDA FILHO, N. The Ilha de Maré study: a survey of child mental health problems in a predominantly African-Brazilian rural community. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, n.40, p. 11-17, 2005.

HOFFMANN, M. C. C. L.; SANTOS, D. N. dos; MOTA, E. L. A. Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil. **Caderno Saúde Pública**, v.24, n.3, p.633-642, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Estimativas da população**



residente com data de referência 1o de julho de 2014. 2014. Disponível em: < ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2014/nota_metodologica_2014.pdf>. Acesso em: 03 set. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. Caring for children and adolescents with mental disorders. Setting WHO Directions. 2003. Disponível em: < http://www.who.int/mental_health/media/en/785.pdf>. Acesso em: 03 set. 2018.

PAULA, C. S.; DUARTE, C. S.; BORDIN, I. A. Prevalência de problemas de saúde mental em crianças e adolescentes da região metropolitana de São Paulo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v.29, n.1, p. 11-17, 2007.

PEREIRA, H. S.; ARAÚJO, A. P. Q. C.; MATTOS, P. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): aspectos relacionados à comorbidade com distúrbios da atividade motora. *Revista Brasileira Saúde Materno Infantil*, v.5, n.4, p.391-402, 2005.

POLANCZYK, G.; LIMA, M. S.; HORTA, B. L.; BIEDERMAN, J.; ROHDE, L. A. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *The American Journal Psychiatry*, v.164, n.10, p.942-948, 2007.

RONCHI, J. P.; AVELLAR, L. Z. Saúde mental da criança e do adolescente: a experiência do Capsi da cidade de Vitória - ES. *Psicologia: Teoria e Prática*, v.12, n.1, p.71-84, 2010.

RUTTER, M. QUINTON, D. Parental psychiatric disorder: effects on children. *Psychological Medicine*, v.14, n.4, p.853-880, 1984.

SÁ, D. G. F de; BORDIN, I. A. A. S.; MARTIN, D.; PAULA, C. S. Fatores de risco para problemas de saúde mental na infância/adolescência. *Psicologia: teoria e pesquisa*, v.26, n.4, p.643-652, 2010.

SANTOS, C. F. dos. A enchente de Itajaí (SC): relatos, percepções e memórias. 2010 Dissertação (Mestrado em Planejamento Territorial e Desenvolvimento Socioambiental) -Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

SANTOS, D. N.; ALMEIDA-FILHO, N.; CRUZ, S. S.; SOUZA, S. S.; SANTOS, E. C.; BARRETO, M. L.; OLIVEIRA, I. R. Mental disorders prevalence among female caregivers of children in a cohort study in Salvador, Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v.28, n.2, p.111-117, 2006.

SOUZA, I.; SERRA, M. A.; MATTOS, P.; FRANCO, V. A. Comorbidity in children and adolescents with attention deficit disorder: preliminary results. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, v.59, n.2, p.401-406, 2001.

XIMENES, L. F.; PESCE, R. P. Resenha de Lauridsen-Ribeiro E, Tanaka OY. Problemas de saúde mental em crianças: abordagem na atenção básica. São Paulo: Annablume; 2005. 140 p. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.14, n.2, p. 671-672, 2009.