

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA – EMESCAM

CAIO CÉSAR LEITE BARROS

**PERFIL GERAL DOS USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL INFANTO-JUVENIL (CAPSi) NO MUNICÍPIO DE
VITÓRIA (ES).**

VITÓRIA
2010

CAIO CÉSAR LEITE BARROS

**PERFIL GERAL DOS USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL INFANTO-JUVENIL (CAPSi) NO MUNICÍPIO DE
VITÓRIA (ES).**

**Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Escola Superior de
Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória -
EMESCAM, como requisito parcial
para a obtenção do grau de médico.
Orientador: Prof. Dr. Luiz Henrique
Borges.**

VITÓRIA

2010

CAIO CÉSAR LEITE BARROS

**PERFIL GERAL DOS USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL INFANTO-JUVENIL (CAPSi) NO MUNICÍPIO DE
VITÓRIA (ES).**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para a obtenção do grau de Médico.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. Luiz Henrique Borges

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM

Prof. Mestre Marcos Sampaio Meirelles

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM

Prof^ª. Mestre Denise Rezindo Bourguignon

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM

Prof. Edson Dias da Costa

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM

VITÓRIA

2010

Agradecimento especial a toda a equipe do Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi) localizado no município de Vitória (ES), pela receptividade e colaboração durante a realização de toda a pesquisa.

RESUMO

Os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) constituem a principal estratégia do processo de desinstitucionalização da Reforma Psiquiátrica. No ano de 2009 havia apenas um CAPS destinado a atender crianças e adolescentes com transtornos mentais graves, tendo poucos anos de funcionamento. Por ser um serviço novo, é preciso que se criem maneiras de se avaliar a qualidade e eficiência dos serviços prestados aos usuários, bem como aos seus familiares. Como ponto de partida, é necessário conhecer como se constitui atualmente a demanda desse serviço. O trabalho tem como objetivo avaliar o perfil geral dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi), em relação às características sociodemográficas, aspectos clínicos e doenças atuais ou pregressas. Um estudo de corte transversal foi conduzido no CAPSi de Vitória (ES), avaliando pacientes em acompanhamento em suas dependências. A fonte de dados foi o prontuário de cada paciente, sendo utilizado um formulário pré-formatado. Foram avaliados 103 prontuários, sendo 72 (69,9%), do sexo masculino e 31 (30,1%) do sexo feminino. A etnia foi ignorada em 100 (97,1%) dos prontuários. A idade variou entre 3 e 18 anos, com média de 11,29 ($\pm 3,74$) e a faixa etária mais prevalente foi entre 10-15 anos. A maioria dos usuários eram de Vitória (98/97,1%) e freqüentavam a escola regular 76 (73,8%). O estado divorciado foi o mais encontrado entre os pais, 38 (36,9%); 40 (38,8%) das mães estavam desempregadas e 64 (42,7%) dos pais estavam com o item ignorado. No ambiente domiciliar, 48 (46,6%) dos usuários viviam só com a mãe. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) foram as principais fontes de encaminhamento, 42 (40,8%). O tempo de atendimento variou entre 1 e 708 dias, com média de 221,95 dias ($\pm 169,22$), a taxa de abandono foi baixa, 7 (6,8%). Pela CID-10, os principais diagnósticos foram: transtornos globais do desenvolvimento (26/24,07%), retardo mental (11/10,18%), distúrbio de conduta e transtorno psicótico com 10 (9,25%) cada. Presença de transtorno mental da família foi positiva em 49 (47,57%). Benefício social esteve presente em 34 (33,01%) dos usuários. Intercorrências no parto ocorreram em 36 (34,95%) das crianças e 60 (58,25%) delas apresentaram atraso nos marcos do desenvolvimento. A avaliação dos resultados mostra que os usuários são predominantemente adolescentes do sexo masculino, pertencentes a famílias desestruturadas do ponto de vista das condições materiais e de suporte afetivo, necessitando, portanto, das políticas públicas (educação e benefícios sociais). O serviço está bem referenciado territorialmente, inserido em rede de encaminhamentos, atendendo a uma diversidade de situações clínicas abrangentes, com uma boa adesão.

Palavras-chave: Adolescência; Epidemiologia; Infância; Psiquiatria infantil; Saúde mental.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Usuários do CAPSi de acordo com o sexo.	17
Gráfico 2 – Usuários do CAPSi de acordo com a faixa etária.	18
Gráfico 3 - Regiões de saúde do município de Vitória dos usuários do CAPSi.	20
Gráfico 4 - Inclusão escolar dos usuários do CAPSi.	21
Gráfico 5 - Ocupação materna dos usuários do CAPSi.	22
Gráfico 6 - Ocupação paterna dos usuários do CAPSi.	22
Gráfico 7 - Situação conjugal dos pais dos usuários do CAPSi.	23
Gráfico 8 - Ambiente domiciliar dos usuários do CAPSi.	24
Gráfico 9 - Procedência do encaminhamento dos usuários do CAPSi.	25
Gráfico 10 – Motivo do último atendimento dos usuários do CAPSi.	25
Gráfico 11 – Tempo de atendimento (30/30 dias) dos usuários do CAPSi.	26
Gráfico 12 – Presença de transtorno mental nos familiares dos usuários do CAPSi.	27
Gráfico 13 – Benefícios sociais nos usuários do CAPSi.	28
Gráfico 14 – Intercorrências no parto dos usuários do CAPSi.	29
Gráfico 15 - Alterações nos marcos do desenvolvimento neuropsicomotor dos usuários do CAPSi.	30

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos usuários do CAPSi segundo a cidade de 18
procedência. Vitória, 2009.

Tabela 2 - Distribuição dos usuários do CAPSi segundo a Cidade e o bairro de 19
moradia. Vitória, 2009.

Tabela 3 - Diagnóstico sindrômico dos usuários do CAPSi de acordo com a CID- 26
10. Vitória, 2009.

Tabela 4 - Tipos de benefícios sócias nos usuários do CAPSi. Vitória, 2009. 29

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.	11
2. OBJETIVOS.	14
3. JUSTIFICATIVA.	15
4. MATERIAL E MÉTODOS.	16
5. RESULTADOS.	17
5.1- SEXO.	17
5.2 – ETNIA.	17
5.3 – IDADE.	17
5.4 – CIDADE E BAIRRO.	18
5.5 – INCLUSÃO ESCOLAR.	21
5.6 – ESCOLARIDADE E OCUPAÇÃO DOS PAIS.	21
5.7 – SITUAÇÃO CONJUGAL DOS PAIS.	22
5.8 – AMBIENTE DOMICILIAR.	23
5.9 – PROCEDÊNCIA E ENCAMINHAMENTO.	24
5.10 – MOTIVO DO ÚLTIMO ATENDIMENTO.	25
5.11 – TEMPO DE ATENDIMENTO.	26
5.12 – DIAGNÓSTICO PELA CID-10.	26
5.13 – TRANSTORNO MENTAL NA FAMÍLIA.	27
5.14 – BENEFÍCIO.	28
5.15 – INTERCORRÊNCIAS NO PARTO.	29

5.16 – ATRASO NOS MARCOS DO DESENVOLVIMENTO.	30
6. DISCUSSÃO.	31
7. CONCLUSÕES.	38
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.	39
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	40
ANEXOS.	44
ANEXO 1: FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS.	45
ANEXO 2: FOLHA DE APROVAÇÃO DO CONITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.	47
ANEXO 3: REGIÕES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA (ES).	48
ANEXO 4: MARCOS DO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR.	49

LISTA DE SIGLAS

- AMAES – Associação dos Amigos dos Autistas do Espírito Santo.
- APAE – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais.
- BA – Bahia.
- BF – Bolsa Família.
- BPC – Benefício de Prestação Continuada de Assistência Social.
- CAPS – Centro de Atenção Psicossocial.
- CAPS ad - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas.
- CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil.
- CEP – Comitê de Ética em Pesquisa.
- CID-10 – Classificação Internacional da Doenças, 10ª edição.
- CRAS - Centros de Referência de Assistência Social.
- ES – Espírito Santo.
- HINSG – Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória.
- HPM - Hospital da Polícia Militar.
- INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social.
- MS – Ministério da Saúde.
- SBP – Sociedade Brasileira de Pediatria.
- SOSF - Serviços de Orientação, Acompanhamento e Apoio Sócio-familiares.

SUS – Sistema Único de Saúde.

TGD – Transtornos Globais do Desenvolvimento.

UBS - Unidade Básica de Saúde.

1. INTRODUÇÃO

Na década de 70 surgiu no Brasil um movimento que estabeleceu uma nova visão sobre o tratamento da psiquiatria. Esse movimento, conhecido como Reforma Psiquiátrica, é caracterizado como:

[...] um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais e da opinião pública (DELGADO et al, 2007, p. 39).

De acordo com a Reforma o *locus* da intervenção deixa de ser a instituição psiquiátrica e passa ser a comunidade (AMARANTE, 1995). Consoante com esse novo modelo de assistência à saúde mental, o Ministério da Saúde (MS), amparado pela lei 10.216/2001, estabelece que os hospitais psiquiátricos de grande porte vão sendo progressivamente substituídos por um atendimento com base na comunidade, através da criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), das Residências Terapêuticas, dos Ambulatórios, das enfermarias psiquiátricas em Hospitais Gerais e dos Centros de Convivência (BRASIL, 2005).

Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica. O MS brasileiro estabelece que esses Centros são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu "território", o espaço da cidade onde se desenvolve a vida quotidiana de usuários e familiares (BRASIL, 2004a).

Existem cinco modalidades diferentes de CAPS. O CAPS I atende pessoas com sofrimentos psíquicos graves e usuários de álcool e outras drogas, com idade a partir de 18 anos, através de atendimentos individuais e em grupos, atividades em oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimentos à família e atividades comunitárias. Sua equipe mínima de atuação é composta por: 1 médico, 1 enfermeiro, 3 profissionais de nível superior, 4 profissionais de nível médio

(ESPÍRITO SANTO, 2009). Essa modalidade de CAPS deve ser implantada em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, devendo funcionar das 8 às 18 horas de segunda a sexta-feira (BRASIL, 2004a).

O CAPS II deve ser criado em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, funcionando das 8 às 18 horas de segunda a sexta-feira, podendo ter um terceiro período de funcionamento (BRASIL, 2004a). Tem como população alvo indivíduos com transtornos mentais graves e incapacitantes; sua equipe de atuação mínima é composta por 1 médico, 1 enfermeiro, 4 profissionais de nível superior e 6 profissionais de nível médio, que desempenham as mesmas atividades descritas para o CAPS I (ESPÍRITO SANTO, 2009).

Já o CAPS III atende municípios com população acima de 200.000 habitantes, funcionando 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana (BRASIL, 2004a). O foco de seu atendimento também são os portadores de transtornos psíquicos graves e incapacitantes, através das atividades desenvolvidas pelos CAPS I e II, acrescidas de leitos de internações temporários, no máximo 5. Sua equipe multiprofissional mínima deve ser composta por 2 médicos, 1 enfermeiro, 5 profissionais de nível superior, 8 profissionais de nível médio (ESPÍRITO SANTO, 2009).

Há ainda o CAPSad, que possui os usuários de álcool e outras drogas como foco principal, e deve ser criado em municípios com população acima de 100.000 habitantes; funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, com a opção do terceiro período de funcionando (BRASIL, 2004a). Desempenha as atividades descrita para os CAPS I e II, além de serviços de desintoxicação, com a disponibilidade de 2 a 4 leitos. A estrutura profissional mínima deve ser composta por 2 médico, 1 enfermeiro, 4 profissionais de nível superior, 6 profissionais de nível médio (ESPÍRITO SANTO, 2009).

Por fim, o CAPSi, que atendente crianças e adolescentes com transtornos mentais graves, devendo ser criado em municípios com população acima de 200.000 habitantes, com funcionamento das 8 às 18 horas de segunda a sexta-feira, podendo também ter um terceiro período de funcionamento (BRASIL, 2004a). Ele

desenvolve as mesmas estratégias de atuação desenvolvidas pelos CAPS I e II e, possui como equipe profissional mínima de atuação 1 médico, 1 enfermeiro, 4 profissionais nível superior, 5 profissionais de nível médio (ESPÍRITO SANTO, 2009).

No Espírito Santo há 5 CAPS I, 7 CAPS II, nenhum CAPS III, 3 CAPSad e 1 CAPSi (BRASIL, 2007). Esse último está localizado no município de Vitória, tendo sido criado em 2007, sendo, portanto, pioneiro no estado do Espírito Santo. Ele desempenha um papel de extrema importância, pois estima-se que de 10% a 20% da população de crianças e adolescentes sofram de transtornos mentais. Desse total, de 3% a 4% necessitam de tratamento intensivo (BRASIL, 2005). Entre os transtornos mais frequentes nessa população estão a deficiência mental, o autismo, a psicose infantil, os transtornos de ansiedade e o dependência de substâncias psicoativas (AMORIM e FREGONA, 2008).

Por ser um serviço novo, é preciso que se criem maneiras de se estudar a qualidade e eficiência dos serviços prestados pelo CAPSi aos usuários, bem como a seus familiares. Como ponto de partida, é necessário conhecer como se constitui atualmente a demanda desse serviço.

Dessa maneira, esse trabalho pretende fazer um levantamento nos prontuários dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial da Infância-juvenil (CAPSi) do município de Vitória com o intuito de se traçar um perfil geral desses usuários.

2. OBJETIVOS

Descrever o perfil geral dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi) de Vitória - ES, em relação as características: sexo, etnia, bairro atual de moradia, cidade atual de moradia, inclusão escolar, escolaridade dos pais, ocupação dos pais, situação conjugal dos pais, quem mora com a criança, procedência do encaminhamento, data de entrada no serviço, data do último atendimento, motivo do último atendimento, presença de transtorno mental na família, hipótese diagnóstica de acordo com a Classificação Internacional de Doenças - 10ª revisão, presença de comorbidades psiquiátricas, benefícios públicos do usuário ou família, intercorrências no parto e alterações nos marcos do desenvolvimento.

3. JUSTIFICATIVA

O Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi) de Vitória (ES) foi criado em setembro de 2007, tendo atendido até o momento da realização da pesquisa aproximadamente 130 usuários. Por ser um serviço com pouco tempo de funcionamento, muitos questionamentos foram gerados, principalmente em relação ao perfil da clientela do serviço. Assim, é preciso estabelecer maneiras de se conhecer com mais detalhes as características dos usuários do CAPSi, bem como de seus familiares, com o objetivo de se elaborar um planejamento de novas formas de atuação, melhorando a qualidade dos serviços ofertados. Dessa maneira, o trabalho se propõe a ser o ponto inicial desse planejamento, buscando avaliar qual o perfil geral dos usuários do CAPSi.

4. MATERIAL E MÉTODOS

Um estudo de corte transversal foi conduzido no CAPSi de Vitória, avaliando pacientes em acompanhamento em suas dependências, nos meses de dezembro de 2009 a fevereiro de 2010. A fonte de dados foi o prontuário de cada paciente. Esses dados foram coletados utilizando um formulário pré-formatado (ANEXO 1), que é constituído de:

1. Informações sócio-demográficas.
2. Informações acerca do atendimento atual, contendo aspectos clínicos, doenças atuais ou pregressas.

Foram elegíveis para participar do estudo todos os pacientes cadastrados no banco de dados do CAPSi admitidos consecutivamente desde sua implantação. Por outro se excluiu pacientes que não apresentaram dados para o preenchimento do formulário previamente formatado e adaptado, descrito anteriormente.

O número total de prontuários avaliados foi 103. Dessa maneira, foi analisado todos os pacientes que foram atendidos na instituição desde o primeiro dia de seu funcionamento até o dia de realização da coleta dos dados.

O programa Windows Excel foi utilizado para aferição conjunta dos dados e possíveis correlações. Métodos estatísticos descritivos foram usados para identificar as variáveis de interesse (sócio-demográficas, clínicas, presença de sintomas de caráter psiquiátricos). A associação entre o diagnóstico (variável dependente) e as demais (variáveis independentes) foi analisada através de testes estatísticos, para a obtenção de correlações estatísticas.

O trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, tendo sido aprovado em dezembro de 2009. (ANEXO 2).

5. RESULTADOS

5.1 SEXO

Na avaliação da variável sexo (gráfico 1) pode-se observar que a maioria dos usuários do CAPSi pertence ao sexo masculino, 72 (69,9%).

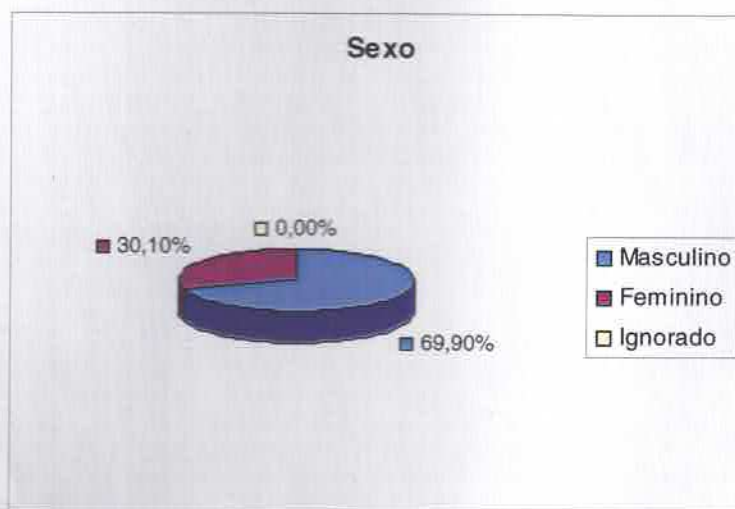


Gráfico 1 – Usuários do CAPSi de acordo com o sexo.

5.2 ETNIA

A etnia não pode ser corretamente avaliada, uma vez que a grande maioria dos prontuários, 100 (97,09%), não continha a informação adequada acerca desse dado. É importante ressaltar que em todos os prontuários havia um local específico para a classificação de todos os usuários de acordo com a sua etnia. Apenas três prontuários continham a informação assinalada, sendo que 2 eram brancos e 1 pardo.

5.3 IDADE

A idade mínima encontrada na amostra foi de 3 anos e a máxima corresponde a 18 anos, tendo uma média de 11,29 ($\pm 3,74$). O item idade foi dividido em faixas etárias:

menores de 6 anos, entre 6 e 10 anos exclusive, entre 10 e 15 anos exclusive e entre 15 e 20 anos. Faixa de idade entre 10 e 15 anos exclusive foi a que obteve a maior parte da amostra, 44 (42,72%), seguida pela faixa entre 6 e 10 anos exclusive, com 30 (29,13%) - gráfico 2.

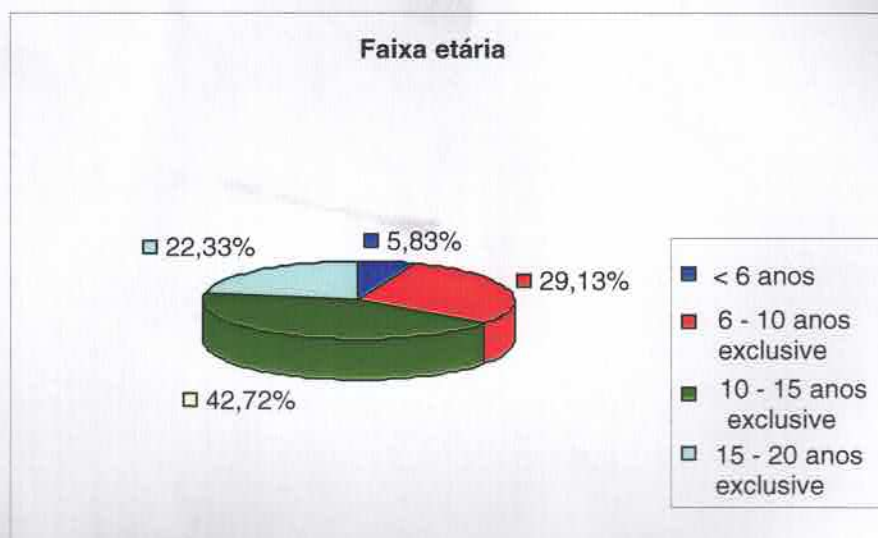


Gráfico 2 - Usuários do CAPSi de acordo com a faixa etária.

5.4 CIDADE E BAIRRO

Apesar do CAPSi ser um serviço regionalizado, proposto para o município de Vitória, 5 (5,05%) dos usuários são oriundos de outros municípios do estado. Vale ressaltar a classificação da cidade em outro, que corresponde a Ecoporanga, localizada a 296 Km de Vitória (tabela1).

Tabela 1- Distribuição dos usuários do CAPSi segundo a cidade de procedência. Vitória, 2009.

Cidade	
Vitória	98
Serra	2
Ignorado	1
Cariacica	1
Outro	1
Total	103

O bairro pode ser analisado através da tabela 2. Jardim Camburi conta com 7 usuários, sendo seguido por Santo Antônio com 6 e Joana D'arc, Jesus de Nazareth

e Jardim da Penha, com 5 usuários cada. É importante observar que o bairro São Pedro, localizado no município de Vitória, é subdividido em regiões e classificado em números de I a VI. Quando os agrupa em um bairro único, Grande São Pedro, ele passa a ter o maior número de representantes, 8.

Tabela 2- Distribuição dos usuários do CAPSi segundo a Cidade e o bairro de moradia. Vitória, 2009.

Cidade	Bairro	Total
Vitória	Jardim Camburi	7
Vitória	Santo Antônio	6
Vitória	Jardim da Penha	5
Vitória	Jesus de Nazareth	5
Vitória	Joana D'arc	5
Vitória	Bela Vista	4
Vitória	São Pedro	4
Vitória	Caratoira	3
Vitória	Jabour	3
Vitória	Maria Ortiz	3
Vitória	São Pedro V	3
Vitória	Bairro da Penha	2
Vitória	Bairro República	2
Vitória	Bonfim	2
Vitória	Centro	2
Vitória	Consolação	2
Vitória	Estrelinha	2
Vitória	Goiaberas	2
Vitória	Ilha de Santa Maria	2
Vitória	Itararé	2
Serra	Laranjeiras	2
Vitória	Nova Palestina	2
Vitória	Praia do Suá	2
Vitória	Resistência	2
Vitória	Romão	2
Vitória	Santa Marta	2
Vitória	São Benedito	2
Vitória	Tabuazeiro	2
Vitória	Alto Tabuazeiro	1
Vitória	Ariovaldo Favalessa	1
Vitória	Bairro de Loudes	1
Vitória	Bento Ferreira	1
Vitória	Fradinhos	1
Vitória	Grande Vitória	1
Vitória	Gurigica	1
Vitória	Ilha das Caieras	1
Vitória	Ilha de Monte Belo	1

Vitória	Ilha do Príncipe	1
Vitória	Inhanguetá	1
Cariacia	Itaquari	1
Vitória	Mata da Praia	1
Vitória	Morro do Jaburu	1
Vitória	Parque Moscoso	1
Vitória	Santa Tereza	1
Vitória	Santos Dumont	1
Vitória	São Cristovão	1
Vitória	São Pedro III	1
Vitória	Solon Borges	1
Ignorado	Outro	1
Total		103

Outra forma de avaliação é através do agrupamento desses bairros em regiões de saúde, de acordo com divisão estabelecida pela Prefeitura Municipal de Vitória (anexo 3), que divide o município nas seguintes regiões: Centro, Continental, Forte São João, Maruípe, Santo Antônio e São Pedro. O gráfico 3 analisa as regiões de saúde e estabelece valores percentuais de acordo com número total de usuários residentes em Vitória. Através dele, é possível observar que as regiões de Maruípe e Continental foram os locais com o maior número de usuários, 24 (24,24%) cada, seguidas por Santo Antônio com 17 (17,17%), Forte São João com 16 (16,16%), São Pedro com 13 (13,13%) e o Centro com 5 (5,05%).

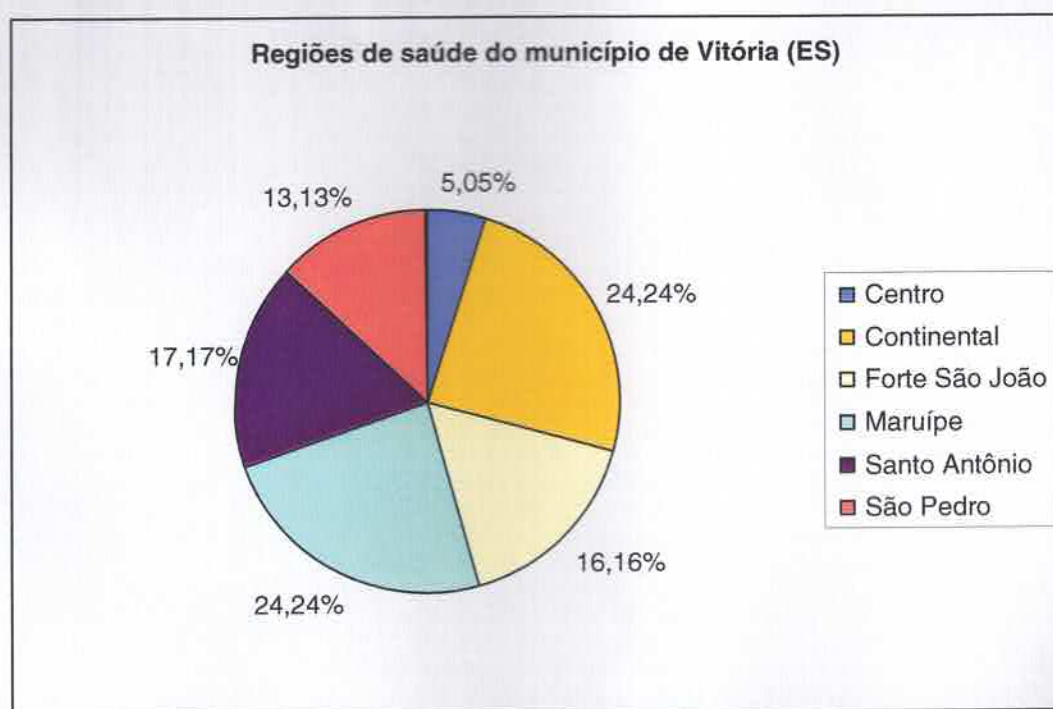


Gráfico 3- Regiões de saúde do município de Vitória dos usuários do CAPSi.

5.5 INCLUSÃO ESCOLAR

A população da amostra foi distribuída em quatro grupos para a avaliação da inclusão escolar em escola regular (gráfico 4).

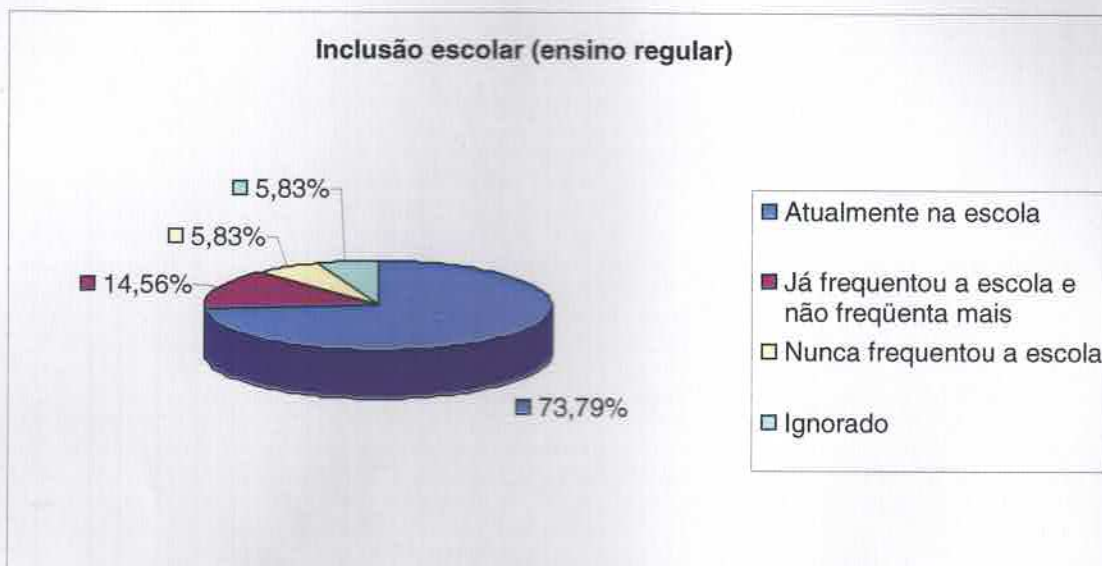


Gráfico 4- Inclusão escolar dos usuários do CAPSi.

Verifica-se que 76 (73,79%) usuários do CAPSi estavam frequentando a escola regular, enquanto que 15 (14,56%) já haviam frequentando a escola anteriormente.

5.6 ESCOLARIDADE E OCUPAÇÃO DOS PAIS

A escolaridade dos pais é um item bastante ignorado nos prontuários avaliados, 54 (52,43%) na escolaridade materna e 64 (62,14%) na escolaridade paterna. No grupo materno, 19 (18,45%) têm o primeiro grau completo e 15 (14,56%) têm o segundo, sendo apenas 2 (1,94%) com pós-graduação. De maneira semelhante ocorre com o grupo paterno, 14 (13,59%) com o primeiro grau, 13 (12,62%) com o segundo grau e 2 (1,94%) com pós-graduação.

A ocupação dos pais também apresenta um alto número de ignorados, 21 (20,39%) para as mães e 64 (42,72%) para os pais, sendo muito maior no lado paterno (gráfico 8 e 9). O número de mães empregadas foi muito semelhante ao número de desempregadas, 40 (38,83%) e 41 (39,81%) respectivamente. Por outro lado, o

número de pais empregados foi bem maior do que o número de desempregados, 46 (44,66%) e 12 (11,65%) respectivamente (gráficos 5 e 6).



Gráfico 5- Ocupação materna dos usuários do CAPSi.

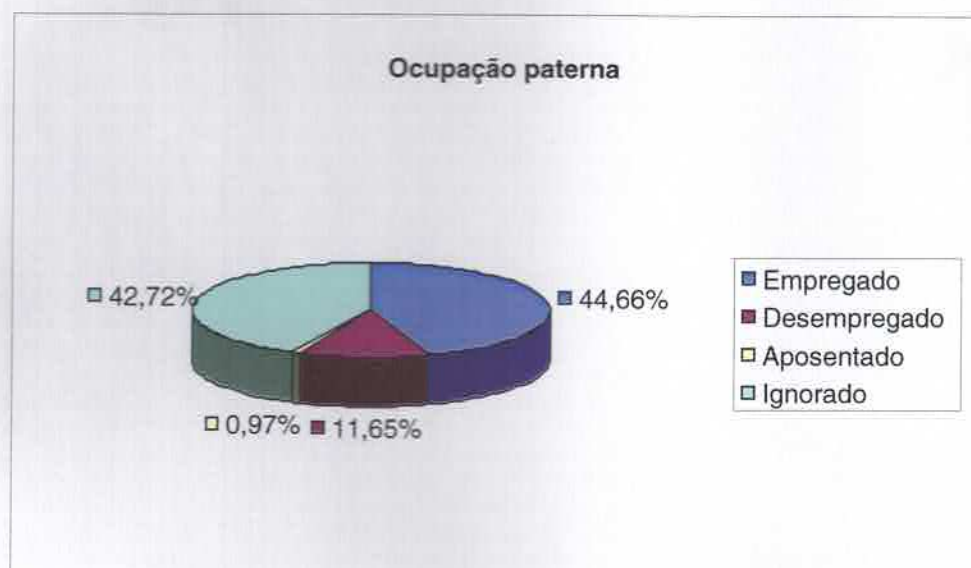


Gráfico 6- Ocupação paterna dos usuários do CAPSi.

5.7 SITUAÇÃO CONJUGAL DOS PAIS

O gráfico 7 mostra que boa parte dos pais encontra-se divorciado, 38 (36,89%), sendo próximo ao número de casados, 36 (34,95%). Em outros, 15 (14,56%),

agrupou-se casos de estupro e ausência de convívio social/familiar entre os pais desde o início da gestação da criança.

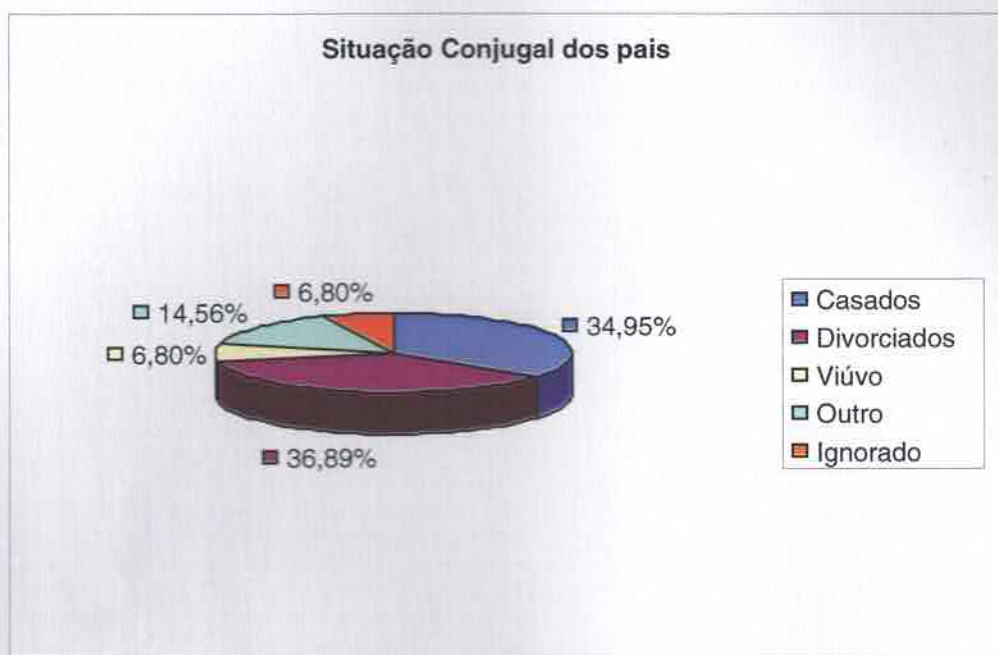


Gráfico 7- Situação conjugal dos pais dos usuários do CAPSi.

5.8 AMBIENTE DOMICILIAR

No trabalho, ambiente familiar é entendido como o conjunto de pessoas que vivem e são responsáveis pela criança usuária do CAPSi. Sua avaliação pode ser feita com a observação do gráfico 8.

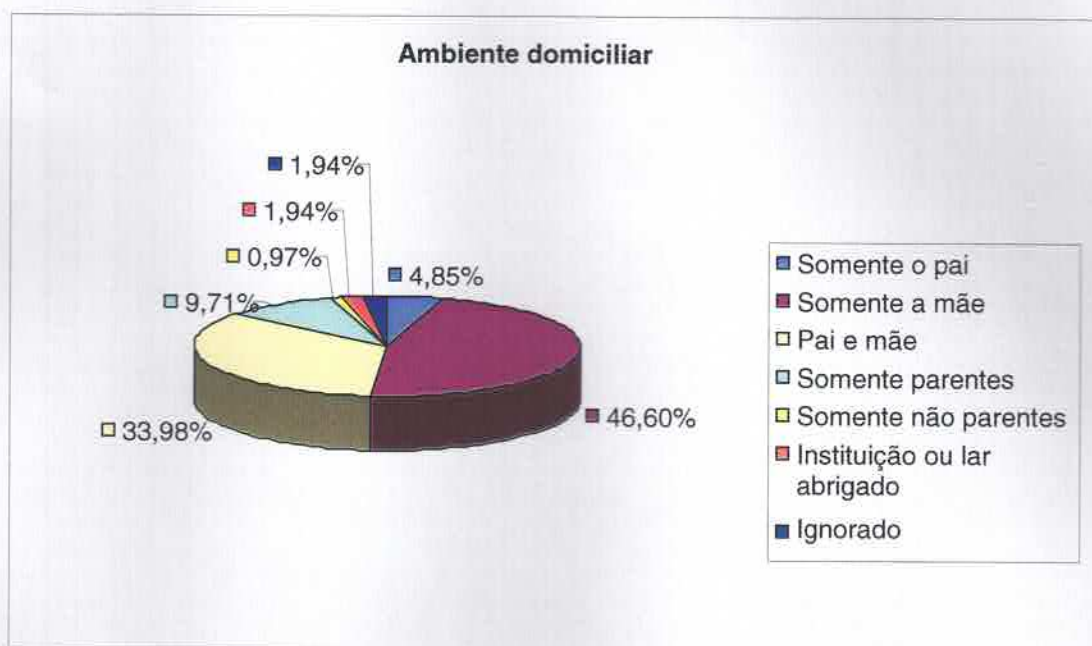


Gráfico 8- Ambiente domiciliar dos usuários do CAPSi.

Cerca de metade dos usuários, 48 (46,60%), vivem somente com a mãe, enquanto que 35 (33,98%) vivem com o pai e a mãe. Entretanto verifica-se outras constituições do ambiente familiar, com 5 (4,85%) vivendo apenas com o pai, 10 (9,71%) vivendo com outros parentes e 1 (0,97%) vivendo com não parentes. Além disso, encontrou-se 2 (1,94%) que viviam em instituição ou lar abrigado.

5.9 PROCEDÊNCIA DO ENCAMINHAMENTO

A maior parte da origem do encaminhamento ao CAPSi foi de UBS, 42 (40,78%), segundo gráfico 9. A Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) também aparece com destaque, 11 (10,68%), assim como a Associação dos Amigos dos Autistas do Espírito Santo (AMAES) com 9 (8,74%) e as escolas, 8 (7,77%). Por outro lado o Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória (HINSG), hospital de referência em pediatria localizado no município de Vitória (ES), encaminhou apenas 3 (2,91%) dos usuários. Os demais serviços de encaminhamento foram agrupados em outro.

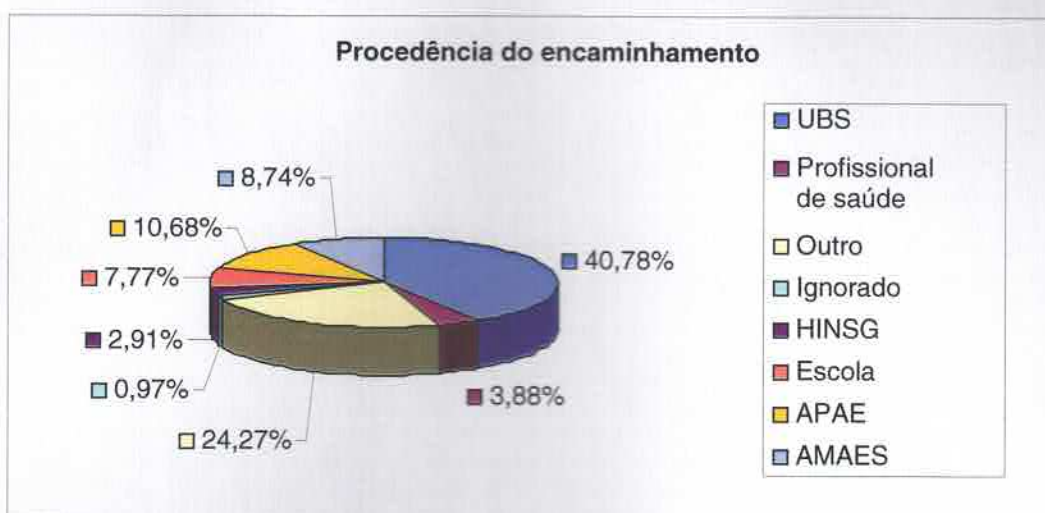


Gráfico 9- Procedência do encaminhamento dos usuários do CAPSi.

5.10 MOTIVO DO ÚLTIMO ATENDIMENTO

A maior parte dos usuários, 87 (84,47%), encontrava-se em atendimento na época de realização do estudo (gráfico 13). O número de abandonos de atendimento corresponde a 7 (6,80%), sendo que o abandono foi considerado após 4 faltas consecutivas descritas no prontuário. Por outro lado, 4 (3,88%) usuários foram encaminhamentos para outros serviços (gráfico 10).



Gráfico 10- Motivo do último atendimento dos usuários do CAPSi.

5.11 TEMPO DE ATENDIMENTO

O tempo de atendimento foi calculado em dias e estabeleceu-se como padrão que todos os meses do ano teriam 30 dias, portanto, no trabalho, 1 ano é composto por 360 dias. O tempo mínimo de atendimento foi de 1 dia, o tempo máximo foi de 708 dias e a média foi de 221,95 ($\pm 169,22$). O gráfico 11 agrupa o tempo de atendimento a cada 30 dias e, através de sua avaliação, nota-se que o intervalo entre 1 a 30 dias foi o que apresentou o maior número de usuários, 16, seguido pelos intervalos 61 a 90 dias e 121 a 150 dias, ambos com 10 usuários.

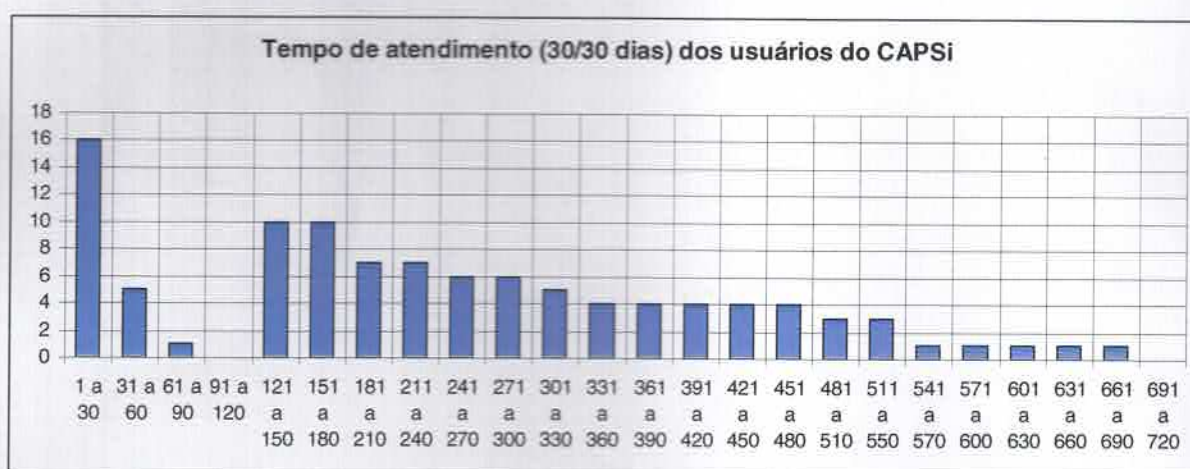


Gráfico 11- Tempo de atendimento (30/30 dias) dos usuários do CAPSi.

5.12 DIAGNÓSTICO PELA CID-10

Para facilitar a avaliação dos dados, cada categoria diagnóstica da CID-10 foi agrupada de forma sindrômica (tabela 3).

Tabela 3- Diagnóstico sindrômico dos usuários do CAPSi de acordo com a CID-10. Vitória, 2009.

TGD	26
Retardo Mental	11
Distúrbio de Conduta	10
Transtorno psicótico	10
Transtorno misto de conduta e emoções	6
Transtorno hiperativo	5
Transtornos emocionais da infância	4
Transtorno ansioso	3

Transtorno de linguagem	2
Epilepsias	2
Transtorno de personalidade	2
Transtorno de desenvolvimento de habilidades escolares	1
Tiques	1
Transtorno pelo uso de substâncias	1
Transtornos alimentares	1
Transtorno do humor	1
Ignorado	22
Total	108

A maior parte da amostra foi classificada sindromicamente com transtorno global do desenvolvimento, 26 (24,07%), mais especificamente autismo e síndrome de Asperger. É importante observar ainda que 11 (10,18%) usuários tinham retardo mental, 10 (9,25%) com distúrbio de conduta e o mesmo valor para transtorno psicótico. A tabela 3 ainda mostra que 22 (20,37%) usuários foram classificados como ignorados, por não apresentarem informações sobre o diagnóstico no prontuário.

5.13 TRANSTORNO MENTAL NA FAMÍLIA

A presença de história familiar para transtorno mental foi avaliado pelo gráfico 12.

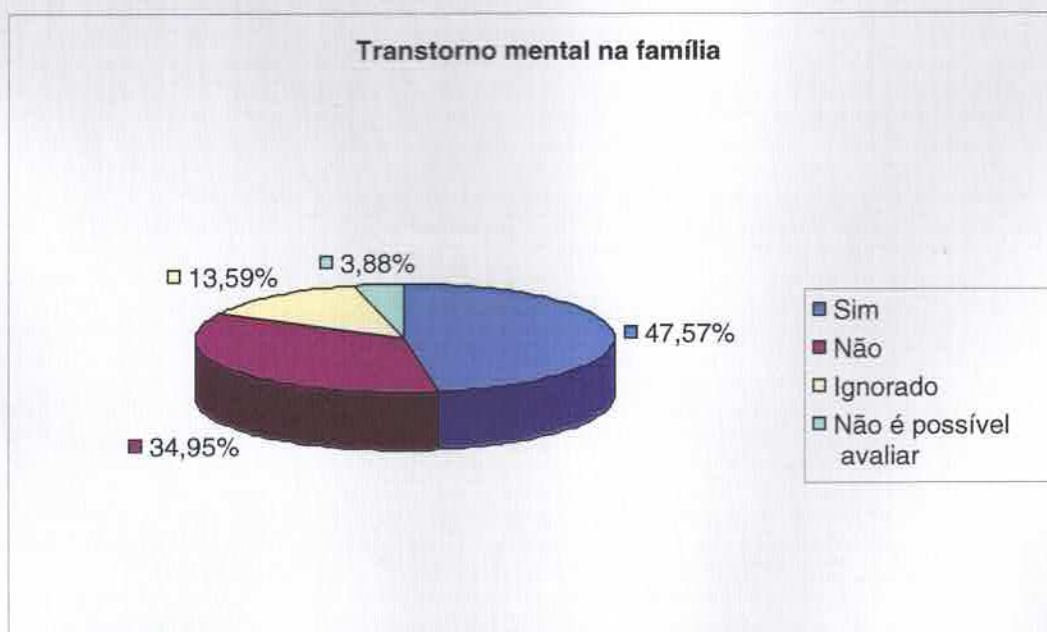


Gráfico 12 – Presença de transtorno mental nos familiares dos usuários do CAPSi.

Aproximadamente metade, 49 (47,57%), dos usuários apresentava uma história familiar para transtornos mentais positiva, enquanto que 36 (34,95%) não a possuíam. Houve ainda 4 (3,88%) prontuários onde não foi possível fazer a análise familiar, pois eram crianças adotadas ou que viviam em instituições ou lar abrigado.

5.14 BENEFÍCIO

No trabalho, benefício é entendido como o recebimento de uma ajuda mensal em dinheiro fornecido por instituições públicas ou Organizações não Governamentais, com o objetivo de complementar a renda familiar. Esse dado pode ser avaliado no gráfico 13.

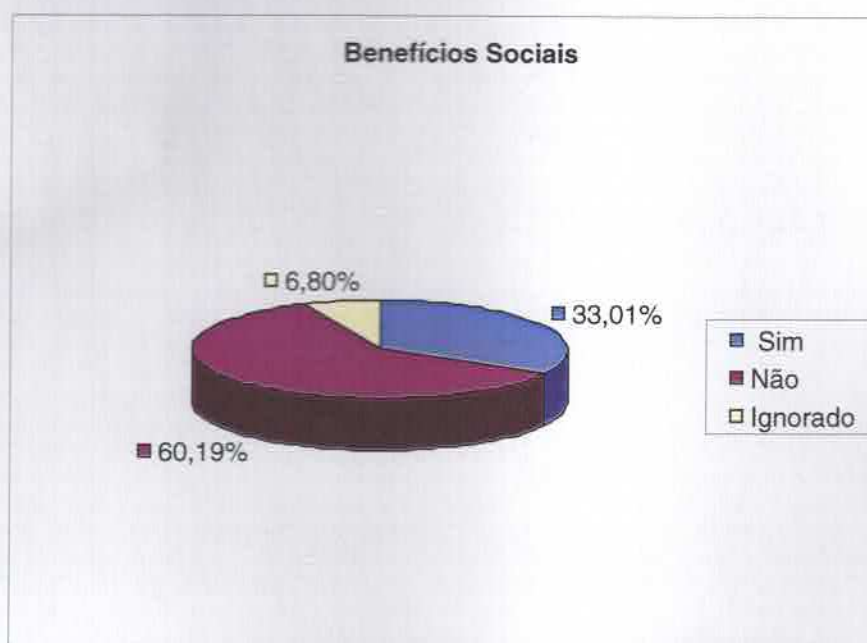


Gráfico 13 - Prevalência de benefícios sociais nos usuários do CAPSi.

A presença de benefício foi encontrado em 35 (33,01%) dos usuários do CAPSi, tendo destaque o Bolsa Família (BF), do Ministério de Desenvolvimento Social do Governo Federal e o Benefício de Prestação Continuada de Assistência Social (BPC), fornecido pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) a pessoas com deficiência incapacitante para a vida independente e para o trabalho (tabela 4).

Tabela 4- Tipos de benefícios sociais nos usuários do CAPSi. Vitória, 2009

Benefício	
Bolsa família	24
Benefício de prestação continuada (BPC)	3
Ignorado	2
INSS	2
Pensão familiar	2
Cesta básica	1
CRAS-PAIF-CAJUN	1
Total	35

5.15 INTERCORRÊNCIAS NO PARTO

As intercorrências no trabalho de parto (gráfico 14) estiveram presentes em 36 (34,95%) dos usuários, enquanto que 37 (35,92%) não apresentaram problemas durante o trabalho de parto. Número considerável de usuários tiveram esse dado ignorado no prontuário, 29 (28,16%). Desses, muitos são devido a não serem cuidados pelos pais, vivendo com pessoas que não possuem muitas informações sobre o pré-natal e o parto.

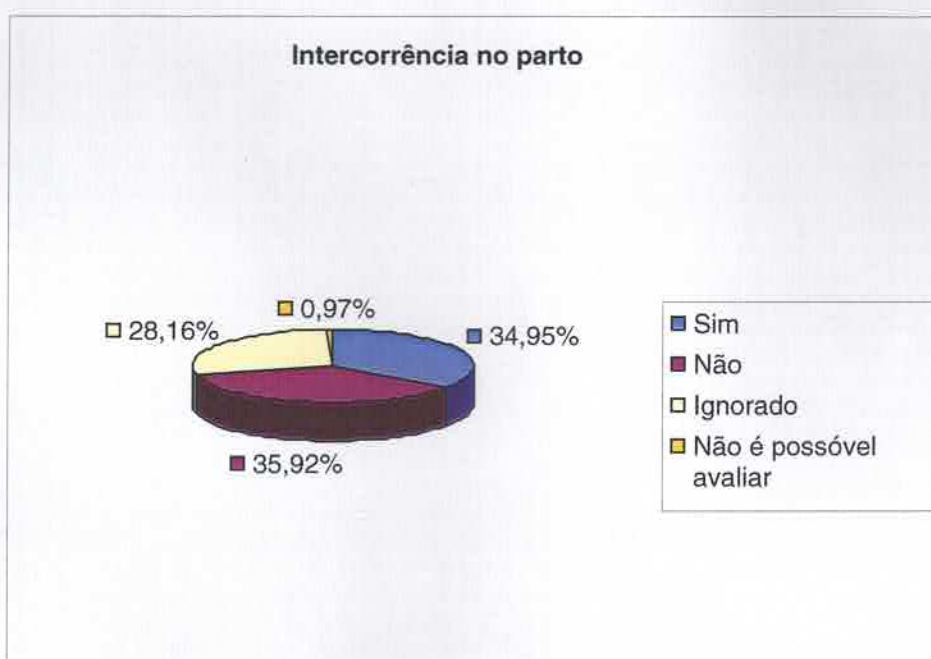


Gráfico 14- Prevalência de intercorrências no parto dos usuários do CAPSi.

5.16 ATRASO NOS MARCOS DO DESENVOLVIMENTO

Os marcos de desenvolvimento foram avaliados usando como fonte de dados a Caderneta de Saúde da Criança do Ministério da Saúde e o livro Tratado de Pediatria, 1ª edição, da Sociedade Brasileira de Pediatria (anexo 3).

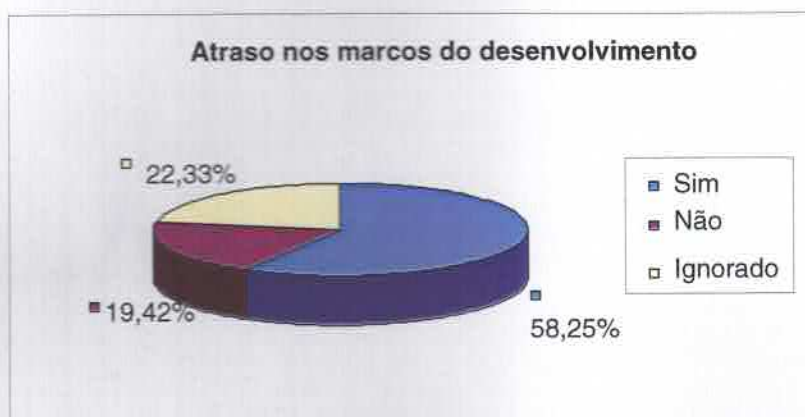


Gráfico 15- Prevalência de alterações nos marcos do desenvolvimento neuropsicomotor dos usuários do CAPSI.

Para a maioria das crianças 60 (58,25%) havia o relato de possuir atraso nos marcos do desenvolvimento (gráfico 15). Número bem superior aquelas sem alterações da variável, 20 (19,42%). O gráfico 15 também mostra que 23 (22,23%) prontuários foram classificados como ignorado.

6. DISCUSSÕES

A maior prevalência do sexo masculino em relação ao sexo feminino, 69,9% e 30,1%, respectivamente, nos usuários do CAPSi deve-se ao fato de que algumas das patologias mais identificadas serem mais incidentes justamente nesse grupo, como por exemplo os TGDs (ASSUMPCÃO e KUCZYNSKI, 2003), e também pela maneira de expressão com mais agressividade ou irritabilidade de alguns outros transtornos, como nos transtornos psicóticos, levando a procura de ajuda com mais precocidade, bem como uma classificação com maior gravidade (SADOCK e SADOCK, 2007).

A avaliação da variável etnia acabou mostrando uma falha no preenchimento dos prontuários, uma vez que 97,09% dos mesmos estavam sem a informação. É importante observar que os prontuários do CAPSi possuem um campo específico para o preenchimento e classificação da etnia.

O CAPS é uma ferramenta de assistência a saúde mental, sendo um dos principais instrumentos de desinstitucionalização do movimento da Reforma Psiquiátrica. A unidade infantil tem como público alvo crianças que corresponde à população de 0 a 20 anos incompletos (SBP, 2007). É rara a necessidade de tratamento especializada na área da saúde mental em neonato e lactentes, como por exemplo, malformações congênitas. Dessa maneira, era de se esperar o fato de que os usuários que compõem a amostra estão entre 3 e 18 anos, com a média de 11,29 ($\pm 3,74$). Por outro lado, normalmente, os familiares de crianças portadores de transtorno mental relutam muito em procurar o primeiro atendimento e, algumas o diagnóstico psiquiátrico na infância é difícil de ser feito. Além disso, muitas crianças com mais de 15 anos acabam sendo atendidos em CAPS adulto. Por conta do exposto, é que, provavelmente, as populações entre 10 e 15 anos exclusive e 6 e 10 anos exclusive (42,72% e 29,13% respectivamente) corresponderam as mais prevalentes faixas etárias da amostra.

Por ser uma instituição ligada a Prefeitura de Vitória (ES), o CAPSi tende a atender à população pertencente a esse município. Porém, o estado do Espírito Santo, no momento da realização da pesquisa, só possuía 1 unidade de CAPSi, que é o

serviço de referência em transtorno mental grave em crianças. Assim, casos mais complexos em outras cidades acabam recebendo algum tipo de atendimento no CAPSi de Vitória. Dessa maneira, 97,14% dos usuários são desse município, sendo que algumas outras cidades também possuem usuários, no caso Serra (ES), Cariacica (ES) e Ecoporanga (ES). É possível que o número de moradores de outras cidades seja maior e, talvez, algumas das famílias de usuários sejam forçadas a se mudarem para o município de origem do CAPSi, para que possam ser contemplados com o atendimento. A avaliação mais detalhada dos bairros de origem do município de Vitória (ES) permite observar que os bairros Jardim Camburi, Santo Antônio, Joana D'arc, Jesus de Nazareth, Jardim da Penha e Grande São Pedro formam os locais com o maior número de usuários. Quando a análise é feita pelas regiões de saúde (divisão territorial adotada pela secretaria de saúde da Prefeitura Municipal de Vitória – anexo 2), nota-se que as regiões Continental e Maruípe contam com o maior número de usuários, 24,24% cada, seguidas por Santo Antônio (17,17%), Forte São João (16,16%), São Pedro (13,13%) e Centro (5,05%). É interessante observar que, de acordo com o anexo 2, a região Continental engloba 14 bairros, possuindo 5 UBS, já a região de Maruípe possui 18 bairros, também com 5 UBS. Essas duas regiões têm em comum o fato de terem uma população maior e apresentarem serviços de atendimento primários bem estruturados, organizados e atuantes, o que pode contribuir para o maior número de usuários desses locais. A região de Santo Antônio abrange 9 bairros e possui 3 UBS, também com boa atuação da equipe multidisciplinar na região. Por outro lado a região de Forte São João, possui 19 bairros e apenas 2 UBS. Apesar de a Grande São Pedro ser o bairro com o maior número de usuários, o região territorial de São Pedro, que agrupa 9 bairros com 4 UBS e 1 Policlínica, foi a segunda região com menos usuários. Uma hipótese poderia ser pela eficiência e diversidade dos serviços básicos ofertados ou pela baixa população de sua região. Por último a região do Centro, composta por 9 bairros, 2 UBS, 2 Centros de Referência e 1 Centro de Especialidades, foi a região com o menor número de usuários. Novamente a riqueza e facilidade de acesso aos serviços primários e até os de maior complexidade podem explicar o baixo número de crianças dessa região no CAPSi. É importante observar que no CAPSi há populações com origem de bairros distantes, incluindo aqueles considerados de classe média, mostrando uma qualidade nos serviços ofertados, que tende a não ser rejeitado pela população de maior poder aquisitivo.

Por outro lado, o serviço privado especializado na saúde mental de crianças espírito santense é escasso.

É sabido que determinados transtornos mentais geram prejuízos no dia a dia dos portadores. Tentou-se avaliar o prejuízo no ambiente escolar pela avaliação da inclusão na criança na escola de ensino regular. Porém a maior parte da amostra, no momento da pesquisa, estava freqüentando a escola regularmente (73,79%). Boa parte freqüentou a escola e, naquele momento, não estava mais freqüentando (14,56%). É importante analisar com mais detalhes os usuários que nunca haviam freqüentado uma escola regular (5,83%), pois desses 3,88% tinha entre 4 e 6 anos de idade, ou seja, não estavam em idade escolar. Nessa variável não foi avaliado o tipo de escola, pública ou privada, freqüentada. Não fica claro se há ou não um prejuízo no ambiente escolar, pois não se avaliou o absenteísmo e o rendimento escolar.

A presença de um familiar com transtorno mental também gera prejuízos os membros dessa família, seja ele social ou econômico. A escolaridade e ocupação dos pais foram avaliadas com objetivo de tentar demonstrar possíveis interferências na formação escolar e no mercado de trabalho dos pais dos usuários. A escolaridade dos pais ficou com análise prejudicada pelo fato de apresentar alto número de ignorados (62,14% paterno e 52,43% materno). Esses altos valores tiveram a contribuição de algumas particularidades, como por exemplo: alguns pais se relacionaram poucas vezes e não estabeleceram contato desde a gravidez, algumas crianças foram geradas após violência sexual e também há casos as crianças foram abandonadas pelos pais em instituição ou lar abrigado. Além disso, houve prontuários onde a informação não estava corretamente preenchida, mesmo com local específico na folha do primeiro atendimento. Na avaliação dos prontuários com informações válidas, tanto a escolaridade paterna quanto a materna, mostrou que o primeiro grau como maioria da formação, 13,59% e 18,45% respectivamente. A ocupação dos pais mostrou um número menor de ignorados (42,72% paterno e 20,39% materno), mas ainda elevado, podendo refletir erro durante preenchimento do prontuário ou as particularidades relatadas anteriormente. Boa parte das mães é desempregada 39,81%, valor próximo ao número de empregadas, 38,83%. Já a ocupação paterna apresentou nível alto de empregados, 44,66%. Número

importante de crianças usuárias do CAPSi não vive com o pai no ambiente domiciliar, por conta disso é que, provavelmente, entre as mães há um número considerável de desempregadas, uma vez que determinadas crianças necessitam de cuidados especiais diariamente. O mesmo raciocínio pode ser aplicado a ocupação paterna, não vivendo com filhos, não participam dos cuidados especiais do dia a dia e não necessitam abdicar-se do trabalho.

A presença de um familiar com transtorno mental grave é um importante fator que contribui para o desajuste familiar, que pode favorecer atritos e brigas entre seus membros, podendo favorecer separações entre casais. Dessa maneira, 36,89% dos pais da amostra são divorciados. É importante esclarecer que 14,56% apresentam situações de estupro e relacionamento entre os pais apenas uma única ou poucas vezes.

No ambiente domiciliar procurou avaliar com quem a criança vive. Dentre os usuários do CAPSi 46,60% vivem somente com mãe e somente 4,85% vivem somente com o pai. Já o ambiente domiciliar formado por ambos os pais esteve presente em 33,98%. Número pequeno de crianças viviam somente com outros parentes que não pai e/ou mãe. Esses dados podem servir de explicação para alguns desajustes sociais e econômicos, como por exemplo, a alta taxa de desemprego entre as mães. Além disso, presença outros casos de transtorno mental na família e sentimentos de culpa ou vergonha podem contribuir para desajustes familiares.

É importante observar a desestruturação familiar que boa parte dos usuários do CAPSi apresentam, fato que pode afetar diretamente na forma de expressão mais acentuada dos sintomas psiquiátricos, podendo até aumentar a classificação de gravidade de uma determinada criança (SOUZA, 1992). Portanto, a família acaba se tornando um importante aliado no processo de desinstitucionalização, devendo ser inserida projeto terapêutico.

A procedência do encaminhamento permite mostrar locais que referenciam os usuários. As UBS foram os locais com o maior número de encaminhamentos ao CAPSi, 40,78%, muito provavelmente pelo fato de serem a porta de entrada do SUS

e de terem políticas bem estabelecidas de referência e contra-referência. No trabalho não foi feito a discriminação do item e não avaliou-se as diferentes UBS separadamente. A APAE é outra instituição com bom número de crianças encaminhadas, 10,7%. Esta associação apresenta atuação multidisciplinar eficaz, tendo uma imagem positiva de boa parte da sociedade e, por isso, em muitos locais, acaba funcionando como porta de entrada ao serviço de saúde mental. Ainda com destaque a AMAES (8,74%), instituição especializada no tratamento dos TGD, mas que apresenta uma equipe técnica incapaz de atender com qualidade casos mais graves, principalmente de agitação psicomotora e desajuste sócio-familiar. As Escolas encaminharam 7,77%, sendo que elas são locais onde as alterações de comportamento que acompanham boa parte dos transtornos mentais são melhores observados e, por vezes, é o local onde primeiro se levanta a suspeita de um possível diagnóstico de distúrbio da área da saúde mental. Dessa forma, torna-se importante estratégias de atuação no ambiente escolar, com o objetivo de passagem de informações sobre os principais transtornos mentais, buscando estabelecer medidas de prevenção secundária, através do diagnóstico e tratamento precoce. O HINSG, serviço de referência em pediatria no estado do Espírito Santo, bem como parte de Minas Gerais e Bahia, com alto nível de complexidade no atendimento, mas ainda sem serviço especializado em saúde mental, encaminhou apenas 2,91%. Muito provavelmente diversas crianças com transtornos mentais graves e incapacitantes são atendidas nesse hospital e, dessa maneira era de se esperar um número de maior de encaminhamentos, uma vez que o mesmo não possui um serviço de atendimento ambulatorial na área da psiquiatria da infância e da adolescência. Por último, há o item outros com 24,27%, que corresponde a encaminhamentos feitos por Conselhos Tutelares, demanda espontânea, instituições ou lares de abrigo, pelo Estado, pelo Hospital da Polícia Militar (HPM), por Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e pelos Serviços de Orientação, Acompanhamento e Apoio Sócio-familiares (SOSF).

Como um instrumento da Reforma Psiquiátrica, o CAPSi tenta instituir o tratamento de crianças portadoras de transtornos mentais graves na comunidade, buscando realizar a inclusão social. Através de um atendimento adequado por determinado período, alguns usuários do serviço poderiam ser contra-referenciados, tendo alta pela atenuação de gravidade dos sinais e sintomas. O tempo de atendimento variou

entre 1 e 708 dias, com média de 221,95 ($\pm 169,22$). Na amostra observou-se que apenas 3,88% foram encaminhados, estando a maioria em atendimento 84,47%. Por conta de ser um serviço de tratamento de transtornos crônicos e de haver pouquíssimos serviços de referência em saúde mental da criança, é que o número de pacientes encaminhados pelo CAPSi foi pequeno. Além disso, o serviço, no período da pesquisa, possuía pouco tempo de funcionamento (3 anos), o que contribui ainda mais para o baixo índice de contra-referência. Por outro lado observa-se um pequena taxa de abandono, 6,80%, caracterizando uma qualidade nos serviços ofertados e uma boa aceitação dos usuários e seus familiares.

Pelo diagnóstico sindrômico nota-se que 24,07% dos usuários do CAPSi apresentavam TGD, grupo de transtornos incapacitantes que levam a procura de ajuda cedo, em pré-escolares e escolares. Além disso, há uma contribuição de encaminhamento ao CAPSi da AMAES (6) e da própria APAE (2), que acabam sendo serviços que acolhem essas criança. Por outro lado, 6 crianças foram encaminhadas por UBS. Mesmo após a exclusão dos encaminhamentos da AMAES e da APAE, que muitas vezes funcionam como um serviço de atenção básica a essas crianças e suas famílias, o TGD continua sendo o diagnóstico sindrômico com o maior número de usuários (18). Percentual significativo da amostra foi agrupada em retardo mental (10,18%), distúrbio de conduta (9,25%) e transtorno psicótico (9,25%). Esses transtornos apresentam sintomas importantes de auto/heteroagressividade, e acabam necessitando de atendimento em serviços especializados em transtornos mentais graves (ASSUNÇÃO e KACZYNSKI, 2003). Quando busca se comparar os resultados dessa pesquisa com os achados de SANTOS et al (2005), que fizeram um levantamento diagnóstico sobre a demanda infantil em serviços de saúde mental do SUS em Salvador (BA), percebe-se que os diagnósticos sindrômicos são semelhantes, porém os TGD ocupam a terceira posição entre os mais incidentes.

A maioria das doenças na área da saúde mental apresenta um forte componente familiar. Dessa forma, nos usuários do CAPSi 47,57% apresentam história familiar positiva. Fato que pode contribuir também para alguns desajustes familiares e sociais, como por exemplo: divórcios, abandono de filhos, desemprego, ausência de pai e/ou mãe no ambiente domiciliar.

Alguns transtornos são extremamente incapacitantes a ponto de gerarem benefícios sociais e até aposentadoria precoce. Ao mesmo tempo, eles geram prejuízos econômicos com diminuição de renda familiar. Portanto é importante avaliar o recebimento de benefícios sociais e, observou-se que apenas 33,01% dos usuários tinham algum tipo de benefício, sendo a maioria apresentando Bolsa Família.

Muitas das patologias mentais apresentam etiologia incerta, porém há hipótese de possíveis contribuições de intercorrências no momento do parto, como nos casos de TGD (ASSUNÇÃO e KACZYNSKI, 2003; SADOCK E SADOCK, 2007), esquizofrenia (ARARIPE NETO, apud Canno 1997 e Gedde 1999) e retardo mental (VASCONSELOS, 2004). Na amostra houve um número considerável de usuários com alterações no parto, 34,95%, não sendo feito a discriminação do tipo de intercorrência, bem como a avaliação de acordo com a patologia.

Pela observação dos marcos do desenvolvimento neuropsicomotor é possível iniciar a caracterização de um possível diagnóstico sindrômico. Em todos os prontuários havia uma avaliação do médico pediatra e do médico psiquiatra, que continham informações sobre os marcos iniciais do desenvolvimento neuropsicomotor. Assim, a maior parte das crianças apresentou atraso nesses marcos, 58,25%, novamente não sendo feita a discriminação do tipo de atraso e nem a avaliação de acordo com o diagnóstico. Há ainda diversas crianças que não continham informações sobre os marcos do desenvolvimento em seus prontuários, sendo que o principal motivo descrito no mesmo foi o não convívio ou a não lembrança dos anos iniciais da vida dos usuários por parte dos seus acompanhantes no momento das consultas.

7. CONCLUSÕES

Os usuários são predominantemente adolescentes do sexo masculino, pertencentes a famílias desestruturadas do ponto de vista das condições materiais e de suporte afetivo, necessitando, portanto, do acesso à políticas públicas (educação e benefícios sociais).

Vitória foi a cidade o maior número de crianças, sendo as regiões Continental e Maruípe as mais prevalentes. A principal fonte de encaminhamento foram as UBS, sendo também importantes instituições sociais (APAE e AMAES).

O serviço está bem referenciado territorialmente, inserido em rede de encaminhamentos, atendendo uma diversidade de situações clínicas abrangente, com uma boa adesão.

Achado importante que pode contribuir para um possível associação etiológica foi a presença de um grande número de intercorrências no parto e alterações nos marcos de desenvolvimento neuropsicomotor de crianças dos mais diversos diagnósticos.

Por último, a falta de informações nos prontuário foram observada, principalmente nas sobre a etnia, escolaridade e ocupação dos pais.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho permitiu detalhar o perfil geral dos usuários do CAPSi, instituição pioneira do estado do Espírito Santo, responsável pelo tratamento de transtornos mentais graves em crianças. Espera-se que os resultados da pesquisa contribuam para que a instituição possa conhecer com mais detalhes sua população alvo e, com isso, planejar novas estratégias de atuação, com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços ofertados. Além disso, as informações encontradas podem servir como banco de dados para que secretarias de saúde de diferentes municípios e do estado possam utilizar para implementação novos CAPSi no Espírito Santo.

Por fim, que o trabalho possa servir de modelo para que novas pesquisas com metodologias semelhantes sejam ser adotadas nos mais diversos serviços de assistência à saúde mental.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro, SDE/ENSP. 1995.
2. AMORIM, L.; FREGONA, C. **Capsi ajuda crianças com transtornos mentais a superar as dificuldades da vida**. Disponível em: < <http://www.vitoria.es.gov.br/diario/2008/0731/capsinfantil.asp>> em 31 jun. 2008.
3. ANDREOLI, S.B.A. et al. **Utilização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de Santos, São Paulo, Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(3):836-844, mai-jun, 2004
4. ARARIPE NETO, A.G.A. et al. **Fisopatologia da esquizofrenia: aspectos atuais**. Rev. Psiq. Clín. 34, supl 2; 198-203, 2007.
5. ASSOCIAÇÃO DOS AMIGOS DOS AUTISTAS DO ESPÍRITO SANTO. Disponível em: < <http://www.amaesvitoria.org.br>>. Acesso em 4 jan. 2010.
6. ASSUNÇÃO, F.A.B.; KACZYNSKI, E. **Tratado de psiquiatria da infância e da adolescência**. 1.ed. São Paulo: Atheneu, 2003.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.
8. _____ . SAS/DAPE. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2005.

9. _____ . SAS/DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados - 4**, Ano II, nº 4, agosto de 2007. Brasília, 2007.
10. _____ . SAS/DAPE. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação Nacional de Saúde Mental; 2004a.
11. _____ . SAS/DAPE. **Caderneta de saúde da criança**. Área técnica de saúde da criança e aleitamento materno; 2007a.
12. CENTRO DE SAÚDE MENTAL INFANTO-JUVENIL. Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/semus.php?pagina=capsi>>. Acesso em: 12 dez. 2009.
13. DELGADO, P.G.G. et al. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: MELLO, M.F.; MELLO, A.A.F.; KOHN, R. **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Ate-med, 2007. p. 39-83.
14. ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRIDA DE VITÓRIA (EMESCAM). **Manual para elaboração de trabalhos científicos dos cursos da EMESCAM**. Organizadora: Inês Caliman Meija, Vitória, ES: EMESCAM, 2006.
15. ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Saúde. **Política estadual de saúde mental, álcool e outras drogas: orientações aos gestores municipais**. PPA 2010-2013. Vitória, 2009.
16. LOPEZ, F.A. et al. **Tratado de Pediatria**. São Paulo: Manole, 2006.
17. **Número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) por tipo e UF e indicador CAPS/100.000 habitantes Brasil – 31 de janeiro de 2009**. Disponível em: <

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caps_por_uf_e_tipo_em_31_de_janeiro_de_2009.pdf>. Acesso em 1 maio 2009.

18. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

19. **Política de saúde mental infanto juvenil**. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=30452&janela=2> Acesso em 1 de maio 2009.

20. **Política nacional de saúde mental**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24134> Acesso em 1 de maio 2009.

21. RIBEIRO, T. C. A. et al. **Inclusão social e saúde mental - o perfil do usuário do CAPS III Reviver, Campina Grande-PB**. Revista UNIVAP, v. 13, p. 24, 2006.

22. SADOCK, B.J.; SADOCK, V.A. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 9.ed. Porto Alegre: Artemed, 2007.

23. SAMPAIO, A.C.C.M. **Perfil epidemiológica da clientela atendida no CAPS I em seu primeiro semestre de funcionamento, Tamboril – CE, junho a outubro de 2005**. 2006 (monografia). Programa de Pós-graduação da Universidade Estadual Vale do Aracajú, 2006.

24. SANTOS, D.N. et al. **Atendimento em psiquiatria em infância e adolescência em serviços públicos de Salvador**. Revista Baiana de Saúde Pública - v.29 n.1, p.35-42 jan./jun. 2005.

25. SANTOS, D.N. et al. **Atendimento em psiquiatria da Infância e adolescência em serviços públicos de Salvador**. Rev. baiana saúde pública;29(1):35-42, jan.-jun. 2005.

26. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Tratado de Pediatria. 1ª ed. São Paulo: Manole, 2007.
27. SOUZA, R.C. et al. **Projeto terapêutico na atenção em psiquiatria: a importância da inserção familiar.** Acta Paul Enf, v. 14, n.3, set/dez., 2001.
28. TENÓRIO, F. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: histórias e conceitos.** História, ciências, saúde. Vol. 9(1):25-59, jan.-abr. 2002.
29. UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO. **Guia para normalização e apresentação de trabalhos científicos e acadêmicos: guia para alunos, professores e pesquisadores da UFES.** 7.ed Vitória, 2005.
30. VASCONSELOS, M.M. **Retardo mental.** Jornal de Pediatria - Vol. 80, N°2(supl), 2004.

ANEXOS

ANEXO 1 – Formulário para a coleta de dados

A. INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

Nome: _____	
Data de nascimento: ____ / ____ / ____	
SEXO	① masculino ② feminino ③ sem informação
ETNIA	① branco ② pardo ③ negro ④ amarelo ⑤ índio ⑥ sem informação
BAIRRO ATUAL	
CIDADE ATUAL	① Vitória ② Vila Velha ③ Serra ④ Cariacica ⑤ Viana ⑥ Outra: _____
IDADE	
INCLUSÃO ESCOLAR (escola regular)	① atualmente na escola ② já frequentou a escola e não frequenta mais ③ nunca frequentou a escola ④ sem informação
ESCOLARIDADE DA MÃE	① analfabeta ② primeiro grau ③ segundo grau ④ terceiro grau ⑤ pós-graduação ⑥ sem informação
MÃE EMPREGADA	① sim ② não ③ sem informação
ESCOLARIDADE DO PAI	① analfabeta ② primeiro grau ③ segundo grau ④ terceiro grau ⑤ pós-graduação ⑥ sem informação
PAI EMPREGADO	① sim ② não ③ sem informação
SITUAÇÃO CONJUGAL DOS PAIS	① casados ② divorciados ③ viúvo ④ solteiro

COM QUEM VIVE	① somente pai ② somente mãe ③ pai e mãe ④ somente parentes (tios, avós, etc) ⑤ somente não parentes ⑥ instituição ou lar abrigado ⑦ sem informação
PROCEDÊNCIA DO ENCAMINHAMENTO	① Unidade Básica de Saúde ② Pronto Atendimento (PA) ③ Hospital infantil (HINSG) ④ profissional de saúde ⑤ outro. Qual? _____ ⑥ sem informação
RECEBE BENEFÍCIO (aposentadoria pelo INSS, pensão familiar etc)	① sim. Qual? _____ ② não ③ sem informação

B. INFORMAÇÕES SOBRE ASPECTOS CLÍNICOS, DOENÇAS ATUAIS E PREGRESSAS.

DATA DE ENTRADA NO SERVIÇO	
DATA DO ÚLTIMO ATENDIMENTO	
MOTIVO DO ÚLTIMO ATENDIMENTO	① atualmente em atendimento ② alta ③ encaminhamento Local: _____ ④ abandono ⑤ sem informação
PRESENÇA DE TRANSTORNO MENTAL NA FAMÍLIA	① sim ② não ③ não é possível avaliar ④ sem informação
HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S) DE ACORDO COM A CID-10	
PRESENÇA DE COMORBIDADES PSIQUIÁTRICA	① sim ② não ③ em avaliação
INTERCORRÊNCIA NO PARTO	① sim ② não ③ sem informação
ALTERAÇÃO NOS MARCOS DO DESENVOLVIMENTO	① sim ② não ③ sem informação

ANEXO 2 – Declaração do CEP – EMESCAM.**EMESCAM**
Compromisso com a Vida**DECLARAÇÃO**

O projeto de pesquisa “**Levantamento do Perfil dos Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Município de Vitória (ES)**”, cadastrado com o No **163/2009**, do pesquisador responsável “**Luiz Henrique Borges**”, foi analisado e julgado pelo Colegiado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) desta Instituição.

Declaramos que o referido projeto cumpre plenamente as exigências da resolução 196/96 e resoluções posteriores da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Ministério da Saúde e, portanto, foi **APROVADO**, pelo Colegiado do CEP na reunião ordinária de 15/12/2009.

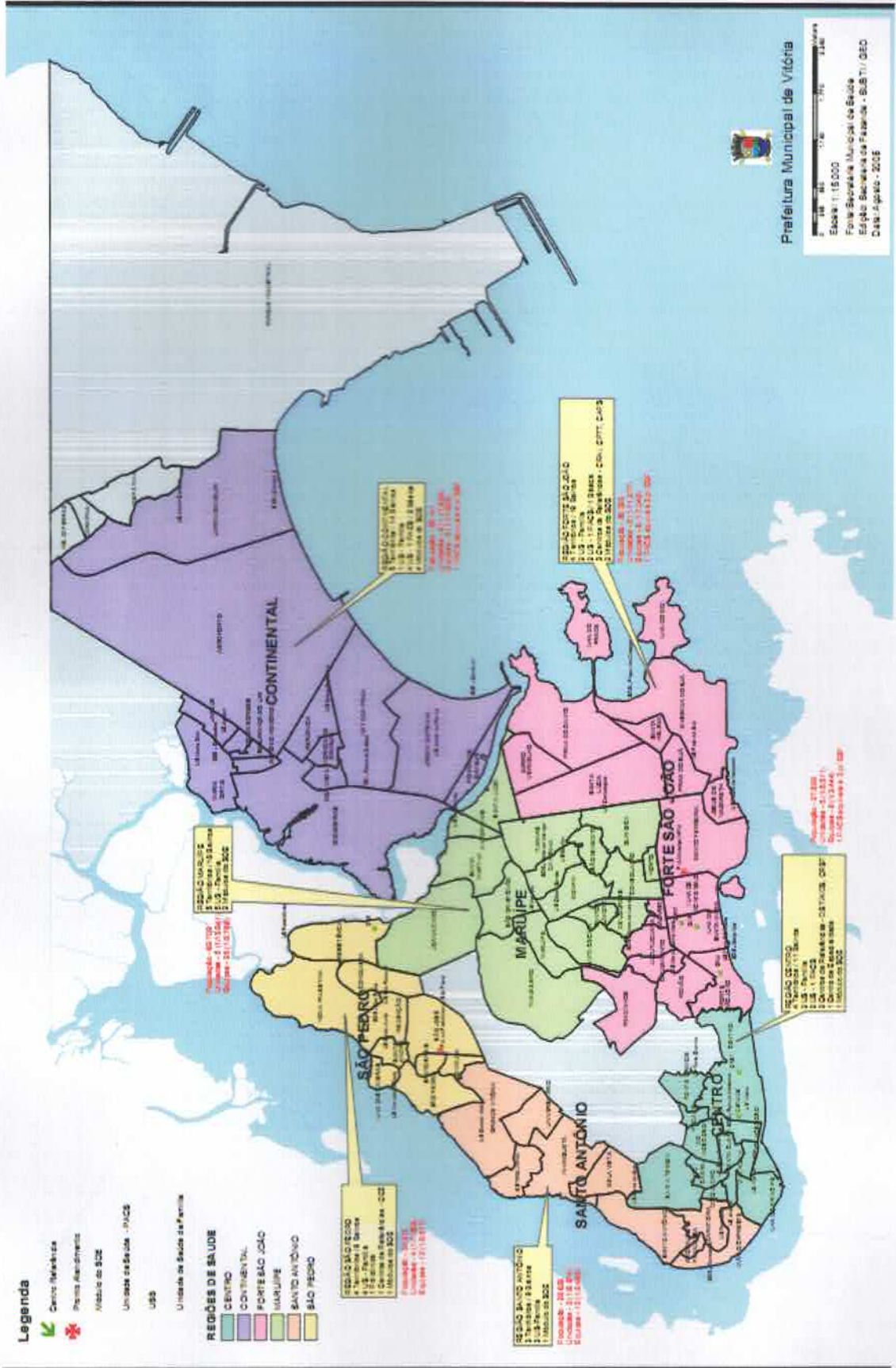
Este projeto de pesquisa não poderá sofrer interrupção ou modificação na forma original apresentada sem o prévio conhecimento e consentimento deste CEP. Cabe esclarecer que o pesquisador responsável tem a obrigação de apresentar relatório dos resultados da pesquisa deste projeto ao CEP na data máxima de **15/12/2010**, sendo que o não cumprimento deste prazo resultará no impedimento do pesquisador responsável submeter novos projetos de pesquisa para análise neste CEP.

Vitória, 22 de Dezembro de 2009.



Mary Lee dos Santos
Coordenadora Adjunta do
Comitê de Ética em Pesquisa
(CEP-EMESCAM)

ANEXO 3 - Regiões de saúde do município de Vitória – ES (2005).



ANEXO 4 – Marcos do desenvolvimento neuropsicomotor.

A- Marcos do desenvolvimento neuropsicomotor em neonatos e lactentes, de acordo com o Tratado de Pediatria, 1ª edição, da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP, 2007).

Marcos do desenvolvimento neuropsicomotor em neonatos e lactentes	
2 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Observa um rosto • Segue objetos ultrapassando a linha média • Reage ao som • Vocaliza (emite sons que não o soro) • Eleva e mantém a cabeça a 45° • Sorri
4 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Observa a sua própria mão • Segue com olhar até 180° • Grita • Senta com apoio, sustenta a cabeça • Agarra um brinquedo quando colocado em sua mão
6 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Tenta alcançar um brinquedo • Procura objetos fora do seu alcance • Rola no leito • Inicia um interação
9 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Transfere objetos de um mão para a outra • Pinça polegar-dedo • Balbucia • Senta sem apoio • Estranhamento (preferência por pessoas de seu convívio) • Brinca de "esconde achou"
12 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Bate palmas, acena • Combina sílabas • Fica em pé

	<ul style="list-style-type: none"> • Pinça completa (polpa-polpa) • Segura o copo ou a mamadeira
15 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Primeiras palavras • Primeiros passos • É ativa e curiosa
18 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Anda • Rabisca • Obedece ordens • Nomeia objetos
24 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Sobe escadas • Corre • Formula frases simples • Retira uma vestimenta • Tenta impor sua vontade

B- Marcos do desenvolvimento neuropsicomotor em pré-escolares e escolares, de acordo com a Caderneta de Saúde da Criança do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007a).

Marcos do desenvolvimento neuropsicomotor em pré-escolares e escolares	
2 a 3 anos	<ul style="list-style-type: none"> • É capaz de correr e subir escadas, com apoio do corrimão. • Descobre que cada coisa tem um nome e pergunta o nome de tudo. • Gosta de brincar com outras crianças.
3 a 6 anos	<ul style="list-style-type: none"> • Veste-se sozinha. • Fala de forma clara e compreensível. • Pergunta muito "por quê?".
6 a 10 anos	<ul style="list-style-type: none"> • Deve estar na escola, aprendendo a ler e a escrever. • A criança tem interesse por grupos de amigos e por atividades independentes da família.