



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA-ISC  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: EPIDEMIOLOGIA**



**CATARINA PRADO SAKAI**

**ATENÇÃO AMBULATORIAL EM SAÚDE MENTAL PARA  
INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA: UM ESTUDO DESCRITIVO NO  
ESTADO DA BAHIA ENTRE 2008 E 2016**

Salvador/BA  
2018

**CATARINA PRADO SAKAI**

**ATENÇÃO AMBULATORIAL EM SAÚDE MENTAL PARA  
INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA: UM ESTUDO DESCRITIVO NO  
ESTADO DA BAHIA ENTRE 2008 E 2016**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Saúde Coletiva, da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Darci Neves Santos

Salvador/BA  
2018

## FICHA CATALOGRÁFICA

Elaboração de Rafael Matos Nunes CRB5- 1938

Sakai, Catarina Prado

S111a Atenção ambulatorial em saúde mental para infância e adolescência: um estudo descritivo no Estado da Bahia entre 2008 e 2016/ Catarina Prado Sakai. - Salvador, 2018  
90 f.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Darci Neves Santos

Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva, 2018.

1. Saúde mental 2. Infância 3. Juventude. 4. Atenção ambulatorial especializada. 5. Reforma Psiquiátrica. I. Santos, Darci Neves. II. Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva. III. Título.

CDU: 613.86



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

CATARINA PRADO SAKAI

**Atenção ambulatorial em saúde mental para infância e adolescência: um estudo descritivo no estado da Bahia entre 2008 e 2016.**

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

Data de defesa: 22 de maio de 2018.

Banca Examinadora:

Profa. Darci Neves dos Santos - Orientadora - ISC/UFBA

Prof. Eduardo Luiz Andrade Mota - ISC/UFBA

Profa. Maria Cristina Ventura Couto – IPUB/UFRJ

Salvador  
2018

*Ao  
Professor Marcus Vinícius de Oliveira (in  
memoriam)  
Quem confiou na minha genética japonesa e  
incentivou esta jornada  
Quem me contou que sou a pessoa que sabe  
“segurar o boi pelos chifres”  
E me explicou: cada um é para o que nasce.*

## AGRADECIMENTOS

A minha orientadora Darci pelo compartilhamento do conhecimento, por todo cuidado e paciência, gratidão!

Ao Professor Eduardo Mota pelas importantes contribuições e à Professora Maria Cristina Ventura Couto pela generosidade no compartilhamento das referências que ajudaram a direcionar meu percurso de pesquisa.

Ao Laboratório de Informática do Instituto de Saúde Coletiva, principalmente ao servidor Delsuc, que me auxiliou nas etapas fundamentais de coleta e seleção de dados desta pesquisa.

Aos meus pais, que são minha maior torcida e a razão de eu ter chegado até aqui.

Aos meus irmãos, companheiros e amigos, Andréa e Victor, por estarem sempre presentes.

Aos meus sobrinhos Martha, Mateus e Henrique, que são o descanso da minha loucura e possuem o poder de transformar meus dias mais difíceis em patins, açaí e alegria.

Aos amigos da epidemiologia, que estiveram ali para estudar, reclamar da vida, almoçar, festejar e até orar junto quando foi preciso, tornando mais leve todo este caminho. Em especial Flávia e Déborah, pelo apoio na leitura e comentários do meu trabalho.

Aos companheiros da Turma de Mestrado do ISC pelo caminho compartilhado com solidariedade.

Aos amigos Juan, Lua e Guga por tornarem a pós-graduação e a minha vida “quentinha”, cheia de afeto e amor.

A Thiago, Lu e Toka por conhecerem cada um dos meus defeitos, compreenderem minhas ausências e ainda serem minhas melhores amigas.

Aos meus amigos de Senhor do Bonfim, por todo cuidado e companheirismo ao vivenciar meus dias mais “aperreados”, tentando conciliar trabalho e estudo. Sem vocês seria tudo bem mais difícil.

A Diego, por ser minha melhor (e mais desafiadora) escolha: apostar no amor.

Aos alunos do Instituto Federal Baiano Campus Senhor do Bonfim (meu local de trabalho), que me motivam diariamente a seguir lutando por um país mais justo e democrático, acreditando que a educação e a saúde pública, gratuita e de qualidade, são indispensáveis para transformação social.

A Deus, às forças da espiritualidade, que me guiam e me guardam desde sempre.

## RESUMO

O cuidado em saúde mental infanto-juvenil tem como aspecto central a necessidade do trabalho intersetorial e multidisciplinar. Os ambulatórios especializados estiveram ausentes das diretrizes políticas em saúde mental nos últimos anos e o mapeamento destes serviços, pode ajudar a dimensionar recursos instalados e lacunas assistenciais. Este estudo teve como objetivo caracterizar a atenção ambulatorial em saúde mental para infância e adolescência no estado da Bahia, descrevendo o perfil sociodemográfico e nosológico dos atendimentos registrado entre os anos de 2008 e 2016. Trata-se de estudo ecológico de série histórica, utilizando registros de atenção ambulatorial para crianças e adolescentes com diagnóstico de Transtorno Mental (CID 10: F00 a F99), obtidos através do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Utilizou-se dois grupos de variáveis: (i) relativas aos serviços, como Tipo de Estabelecimento, Natureza Jurídica, Macrorregiões de Saúde e Tipo de Gestão. (ii) relativas aos sujeitos e atendimentos registrados, como Procedimento Realizado, Faixa Etária, Sexo, Raça e Grupo Diagnóstico. Foram identificadas 324 unidades com registros de interesse para o estudo. Destas, 62,8% pertenciam a Administração Pública, 25,5% eram Entidades Empresariais e 11,3% Entidades sem Fins Lucrativos. Estas unidades realizaram 2.002.458 registros, dos quais os Centros de Especialidades foram responsáveis por 75,2%, as Policlínicas por 12,5% e Hospitais Especializados 11,3%. Os Procedimentos Clínicos, consultas e acompanhamentos, representaram 97,9% das ações. Entre as categorias profissionais responsáveis, destaca-se o Pedagogo com 22,1% dos atendimentos e baixo percentual para categoria médica, com apenas 3,6% dos registros atribuídos ao Psiquiatra. O perfil nosológico, revelou que 55,3% dos atendimentos tiveram como causa principal os Transtornos do Desenvolvimento Psicológico, 36,6% Retardo Mental e em terceiro lugar os Transtornos Mentais e Comportamentais que Aparecem Habitualmente na Infância ou Adolescência, com 3,4%. A Faixa Etária mais frequente foi de 10 a 14 anos, com 39,8% e o sexo masculino maioria em todos os grupos diagnósticos, exceto para Transtornos de Humor e os não especificados. A macrorregião Leste, onde situa-se a capital, foi responsável por 29% dos registros, seguida do Sudoeste com 13,5%. A taxa média de atendimentos no estado para os nove anos foi de 4.475 por 100.000 habitantes, observando-se aumento significativo entre 2012 e 2013. Esta elevação esteve relacionada ao aumento de registros dos Centros de Especialidades e Policlínicas da macrorregião Leste, que em 2012 registravam 54,8% e 4,7% dos atendimentos respectivamente e no ano seguinte atingiram 79% e 13,1%. Identifica-se que os serviços ambulatoriais do tipo Centros de Especialidades, Policlínicas e Hospitais Especializados registraram volume significativo de atendimentos, com destaque para os registros feitos por Pedagogos, Psicólogos, Fonoaudiólogos e outros profissionais não médicos. No Brasil, a Atenção Especializada é pouco estudada com relação à atenção básica e hospitalar. Apesar das deficiências encontradas na qualidade da informação, o SIA/SUS apresenta potencialidades para epidemiologia em serviços de saúde. O reconhecimento da rede ambulatorial especializada contribui para instrumentar o debate sobre este recurso assistencial, visando a construção de uma política específica infanto-juvenil, que considere a complexidade envolvida no cuidado do sofrimento psíquico para esta faixa etária.

**Palavras-chaves:** Saúde Mental. Infância. Juventude. Atenção ambulatorial especializada. Reforma psiquiátrica.

## ABSTRACT

The main aspect of children and teenagers' mental health care is the need for intersectoral and multidisciplinary work. Specialized ambulatories have been absent from the policy guidelines on mental health in recent years and the mapping of these services can help scale the installed resources and identify gaps in child and adolescent care. This study aimed to characterize outpatient mental health care for children and adolescents in the state of Bahia, describing the sociodemographic and nosological profile of care recorded between 2008 and 2016. This is a longitudinal ecological study, using outpatient care records of 19-year-old or less patients diagnosed with Mental Disorder (CID 10: from F00 to F99), obtained through the Ambulatory Information System (SIA / SUS) and the National Registry of Health Establishments (CNES). Two groups of variables were used: (i) regarding characteristics of services such as type of establishment, legal nature, macro-regions of health and type of management. (ii) regarding the people and appointments recorded, such as the procedure performed, age group, gender, race and diagnostic group. A total of 324 units were identified with records of outpatient care in child and adolescent mental health during the study period. 62.8% of them belonged to Public Administration, 25.5% were Business Entities and 11.3% Non-Profit Entities. These units performed 2,002,458 consultations. Specialty Centers were responsible for 75.2% of them, Polyclinics for 12.5% and Specialized Hospitals for 11.3%. Clinical Procedures, consultations, follow-ups and treatment accounted for 97.9% of the actions. Among the professional categories responsible for this, Pedagogues stand out with 22.1% of the attendances, the medical category has low percentage, with only 3.6% of the records attributed to the Psychiatrist. The nosological profile revealed that 55.3% of the attendance had Psychological Development Disorders as their main cause, 36.6% Mental Retardation, and in the third place were the Mental and Behavioral Disorders Usually Appearing in Childhood or Adolescence, with 3,4 %. The most frequent age group was 10 to 14 years with 39.8% and the males were majority in all diagnostic groups, except for Mood Disorders and the unspecified ones. The eastern macroregion, where the capital is located, was responsible for 29% of the records, followed by the Southwest with 13.5%. The average assistance rate in the state for the historical series studied was 4,475 per 100,000 inhabitants, with a significant increase observed between 2012 and 2013, with similar values remaining until 2016. This increase was related to the increase in registrations Specialized and Polyclinic Centers of the Eastern macro-region, which in 2012 registered 54.8% and 4.7% of assistance respectively and in the following year reached 79% and 13.1% of the total volume. It is identified that outpatient services such as Specialized Centers, Polyclinics and Specialized Hospitals carry out a significant volume of mental health care for the child and adolescent population, with special emphasis on records made by Pedagogues, Psychologists, Speech-Language Pathologists and other non-medical professionals. In Brazil, Specialized Care is little studied in relation to basic and hospital care. Despite the deficiencies still found in the quality of information, the SIA / SUS presents potentialities for the application of epidemiology in health services. The recognition of the specialized outpatient clinic in child and adolescent mental health contributes to the debate on the potentialities and challenges of this care resource in the search for the construction of a specific policy for children and adolescents that considers the complexity of the factors involved in the care of psychic suffering for this age group.

**Key-words:** Mental Health. Childhood. Youth. Specialized ambulatory assistance. Psychiatric Reform.



## LISTA DE FIGURAS

|                 |   |           |
|-----------------|---|-----------|
|                 |   | <b>f.</b> |
| <b>Figura 1</b> | Estabelecimentos que registraram atendimentos a menores de 19 anos com diagnóstico em saúde mental, extraídos dos Arquivos da Produção Ambulatorial (SIA/SUS)   | 40        |
| <b>Figura 2</b> | Estabelecimentos que registraram atendimentos a menores de 19 anos com diagnóstico em saúde mental, extraídos dos Arquivos da Produção Ambulatorial (SIA/SUS) e corrigidos a partir de consulta à ficha cadastral no site do CNES | 41        |
| <b>Figura 3</b> | Estabelecimentos incluídos no Estudo  | 42        |

## LISTA DE QUADROS

|                 |   |           |
|-----------------|---|-----------|
|                 |   | <b>f.</b> |
| <b>Quadro 1</b> | Descrição das Macrorregiões de Saúde do Estado da Bahia | <b>44</b> |

## LISTA DE GRÁFICOS

|                  |  | f. |
|------------------|--|----|
| <b>Gráfico 1</b> | Percentual de equipamentos ambulatoriais com registro de atendimentos em saúde mental infanto-juvenil, na Bahia entre 2008 e 2016, segundo os Tipos de Gestão    | 48 |
| <b>Gráfico 2</b> | Período de cadastro no CNES dos equipamentos ambulatoriais que registraram atendimento em saúde mental infanto-juvenil na Bahia                                  | 49 |
| <b>Gráfico 3</b> | Estabelecimentos com registro de atenção em saúde mental infanto-juvenil, classificados por Tipo de Estabelecimento e Natureza Jurídica, na Bahia de 2008 a 2016 | 54 |
| <b>Gráfico 4</b> | Taxa de Atendimento ambulatorial à criança e adolescente por Transtorno Mental e Comportamental (CID 10), entre 2008 e 2016 no estado da Bahia                   | 63 |
| <b>Gráfico 5</b> | Percentual de Atendimentos por Grupo Diagnóstico e Ano de estudo   | 70 |

## LISTA DE TABELAS

|                  |  | f. |
|------------------|--|----|
| <b>Tabela 1</b>  | Descrição da quantidade de estabelecimentos e frequência de atendimentos ambulatoriais em saúde mental infanto-juvenil, de 2008 a 2016 na Bahia  | 47 |
| <b>Tabela 2</b>  | Distribuição dos registros de atendimentos ambulatoriais em saúde mental para infância e adolescência, de acordo com grupos de diagnóstico e variáveis de interesse, entre os anos de 2008 a 2016 na Bahia | 51 |
| <b>Tabela 3</b>  | Distribuição dos registros de atendimento ambulatorial em saúde mental infanto-juvenil por Categoria Profissional, registrados de 2008 a 2016 na Bahia   | 52 |
| <b>Tabela 4</b>  | Frequência e Percentual de Atendimentos por Natureza Jurídica, de acordo com os Tipos de Estabelecimentos, de 2008 a 2016 na Bahia   | 53 |
| <b>Tabela 5</b>  | Frequência e Percentual de Atendimentos conforme ano, de acordo com os Tipos de Estabelecimentos que realizaram atendimento em saúde mental infanto-juvenil no estado da Bahia, 2008 – 2016                | 55 |
| <b>Tabela 6</b>  | Frequência e Percentual de Atendimentos por Macrorregião de Saúde, de acordo com os Tipos de estabelecimentos, de 2008 a 2016 na Bahia   | 57 |
| <b>Tabela 7</b>  | Descrição dos atendimentos em saúde mental infanto-juvenil, registrados pelos serviços ambulatoriais do tipo Centros de Especialidades (n= 1.504.801), de 2008 a 2016 na Bahia                             | 58 |
| <b>Tabela 8</b>  | Descrição dos atendimentos em saúde mental infanto-juvenil, registrados pelos serviços ambulatoriais do tipo Policlínicas (n= 250.991), de 2008 a 2016 na Bahia  | 60 |
| <b>Tabela 9</b>  | Descrição dos atendimentos em saúde mental infanto-juvenil, registrados pelos serviços do tipo Hospital Especializado (n= 226.924), de 2008 a 2016 na Bahia  | 61 |
| <b>Tabela 10</b> | Taxa de Atendimento por 100.000 habitantes, segundo a macrorregião de saúde, na Bahia, de 2008 a 2016  | 65 |

**LISTA DE TABELAS**  
**(continuação)**

|                  |   |           |
|------------------|---|-----------|
|                  |   | <b>f.</b> |
| <b>Tabela 11</b> | Distribuição dos diagnósticos identificados nos atendimentos ambulatoriais para população infanto-juvenil, segundo Faixa Etária, na Bahia de 2008 a 2016            | <b>65</b> |
| <b>Tabela 12</b> | Distribuição dos diagnósticos identificados nos atendimentos ambulatoriais para população infanto-juvenil, conforme sexo, na Bahia, de 2008 a 2016                  | <b>67</b> |
| <b>Tabela 13</b> | Distribuição dos diagnósticos identificados nos atendimentos ambulatoriais para população infanto-juvenil segundo a Macrorregião de Saúde, na Bahia, de 2008 a 2016 | <b>69</b> |

## SUMÁRIO

|              |  |           |
|--------------|--|-----------|
| <b>1</b>     | <b>INTRODUÇÃO</b>  | <b>16</b> |
| <b>2</b>     | <b>DIÁLOGO COM A LITERATURA</b>  | <b>20</b> |
| <b>2.1</b>   | <b>Políticas internacionais e oferta de cuidado em saúde mental para infância e a adolescência</b> | <b>20</b> |
| <b>2.2</b>   | <b>A Reforma Psiquiátrica Brasileira no âmbito da Infância e Adolescência</b>                      | <b>25</b> |
| <b>2.3</b>   | <b>O lugar do Ambulatório na Assistência em Saúde Mental no Brasil</b>                             | <b>28</b> |
| <b>2.4</b>   | <b>A Reforma Psiquiátrica na Bahia</b>   | <b>33</b> |
| <b>2.5</b>   | <b>Sistemas de Informação em Saúde e a construção de pesquisas epidemiológicas em saúde mental</b> | <b>35</b> |
| <b>3</b>     | <b>OBJETIVOS</b>   | <b>37</b> |
| <b>3.1</b>   | <b>Objetivo geral</b>  | <b>37</b> |
| <b>3.2</b>   | <b>Objetivos específicos</b>   | <b>37</b> |
| <b>4</b>     | <b>METODOLOGIA</b>   | <b>38</b> |
| <b>4.1</b>   | <b>Desenho de estudo</b>   | <b>38</b> |
| <b>4.2</b>   | <b>Fontes de dados</b>   | <b>38</b> |
| <b>4.3</b>   | <b>Coleta e seleção de dados</b>   | <b>39</b> |
| <b>4.4</b>   | <b>Variáveis de estudo</b>   | <b>42</b> |
| <b>4.5</b>   | <b>Análise dos dados</b>   | <b>45</b> |
| <b>4.6</b>   | <b>Aspectos éticos</b>   | <b>46</b> |
| <b>5</b>     | <b>RESULTADOS</b>  | <b>47</b> |
| <b>5.1</b>   | <b>Descrição dos serviços</b>  | <b>47</b> |
| <b>5.2</b>   | <b>Caracterização dos atendimentos</b>   |           |
| <b>5.2.1</b> | <b>Descrição dos atendimentos para os diferentes tipos de estabelecimentos ambulatoriais</b>       | <b>53</b> |

## **SUMÁRIO**

**(continuação)**

|            |   |           |
|------------|---|-----------|
|            | <b>f.</b>   |           |
| <b>5.3</b> | <b>Caracterização das taxas de atendimento</b>  | <b>62</b> |
| <b>5.4</b> | <b>Perfil nosológico</b>  | <b>65</b> |
| <b>6</b>   | <b>DISCUSSÃO</b>  | <b>72</b> |
| <b>6.1</b> | <b>Distribuição dos registros de atendimentos nas macrorregiões de saúde e caracterização da série temporal</b> | <b>76</b> |
| <b>6.2</b> | <b>Caracterização do perfil nosológico e sujeitos atendidos</b>   | <b>78</b> |
| <b>7</b>   | <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>   | <b>80</b> |
|            | <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>   | <b>84</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

O impacto do sofrimento psíquico na qualidade de vida dos indivíduos e famílias torna este tema relevante para a pesquisa e planejamento em saúde. Muitos transtornos mentais tem início em conjunturas de transição do curso de vida, perante exigências de desenvolvimento social e vocacional, característicos da adolescência e início da vida adulta (MALLA *et al.*, 2016). Além disso, o sofrimento psíquico na infância, se não cuidado, contribui na elevação do risco de evolução negativa dos sintomas para transtorno grave e persistente (KLEINTJES; LUND; FLISHER, 2010).

Evidências científicas nas últimas décadas tem demonstrado que o cuidado e acesso ao tratamento no início da manifestação de transtornos como psicose e depressão podem reduzir incapacidades relacionadas ao sofrimento psíquico (MCGORRY, 2014). O investimento na assistência em saúde mental de crianças e jovens contribui também para diminuir impactos econômicos e sociais sobre as famílias, pois o adoecimento de uma criança compromete a estrutura familiar, com limitações econômicas e sociais que repercutem no acesso à educação, cultura, esporte e lazer. (KLEINTJES; LUND; FLISHER, 2010).

No Brasil e na maioria dos países em desenvolvimento, ainda há uma carência de estudos epidemiológicos que avaliem a prevalência e o impacto de transtornos mentais na infância e na juventude. Estima-se em torno de 13% a carga de morbidade, sendo 20% atribuída ao sofrimento psíquico infanto-juvenil, cuja manifestação de aproximadamente 50% destas ocorrências foi observada antes dos 14 anos e 75% até 24 anos. Além disso, aspectos relativos à violência e desigualdade socioeconômica, presentes nos países em desenvolvimento, podem potencializar a prevalência dos transtornos mentais (WORLD PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2005).

Apesar da importância inquestionável do cuidado à saúde mental infanto-juvenil e da perspectiva de obter grandes benefícios com investimentos na assistência para esta faixa etária, os jovens possuem as menores taxas de acesso aos serviços, caracterizando uma lacuna importante até mesmo nos países desenvolvidos (NELSON; SANDIN; PILGRIM, 2013; MCGORRY *et al.*, 2014; HERNANDEZ *et al.*, 2016). Um estudo australiano constatou que apenas 13% dos meninos e 30% das meninas com questões de saúde mental tiveram acesso aos serviços (MCGORRY *et al.*, 2014). No Canadá a média de acesso também não ultrapassou



30%, confirmando a baixa cobertura da assistência, mesmo em países com políticas de saúde mental consolidadas (MALLA *et al.*, 2016).

A Reforma Psiquiátrica se constituiu em muitos locais do mundo como uma proposta de transição do modelo de atenção centrado no cuidado biomédico, ancorado em instituições asilares de longa permanência, para um modelo de cuidado multiprofissional e comunitário. No âmbito da infância e adolescência, essa transição é marcada por um atraso com relação à saúde mental do adulto, ficando muitas vezes em segundo plano na agenda governamental (COUTO; DELGADO, 2015; PEDRINE *et al.* 2014; MCGORRY, 2014; VANDENBROECK *et al.*, 2014; RUSSELL *et al.*, 2012; ESPINOLA-NADURILLE *et al.*, 2010; KLEINTJES; LUND; FLISHER, 2010). No Brasil, a ausência histórica de uma diretriz política ordenadora do cuidado nesta área foi preenchida por instituições, na sua maioria de natureza privada ou filantrópica, tendo sido por décadas, as únicas opções de acompanhamento, orientação e assistência para crianças, jovens e famílias (BRASIL, 2005).

A Política de Saúde Mental brasileira é marcada por avanços e retrocessos, relacionados às contradições existente entre o modelo de cuidado tradicional em psiquiatria e a estratégia psicossocial em desenvolvimento. O paradigma tradicional centra-se no discurso médico, com a utilização da medicação enquanto resposta preferencial às demandas de sofrimento. A relação de cuidado é feita com atendimentos em série, nos modos capitalistas de produção, com o intuito de adaptar os sujeitos e produzir remissão dos sintomas. Já a proposta da atenção psicossocial insere a saúde mental na saúde coletiva, relacionando o processo saúde-doença a múltiplos fatores sociais, físicos, psíquicos, culturais e econômicos, que exigem abordagem intersetorial, interdisciplinar e que conte com a participação ativa e autonomia do sujeito (ZAVANELLI, 2014).

Desde a década de 90, o Ministério da Saúde vem construindo diversas portarias para reduzir o tempo das internações psiquiátricas e criar procedimentos diversos à nível ambulatorial, dando início a atual Política Nacional de Saúde Mental (LUZIO; YASUI, 2010). Neste contexto, os ambulatórios foram apontados como uma alternativa na mudança assistencial e como primeiro passo para Reforma Psiquiátrica da década de 80, período em que o Estado passa a direcionar ações de reforma dos hospitais psiquiátricos e expansão da rede ambulatorial (SEVERO; DIMENSTEIN, 2011).

Porém, a proposta do ambulatório, concebida enquanto espaço humanizado de cuidado, sofreu as consequências da falta de diretrizes que orientassem a prática cotidiana desses

serviços. Ademais, o funcionamento destes espaços, desvinculados das redes inter e intra setoriais e a ausência de capacitação para os profissionais, resultou no insucesso desta iniciativa. Acreditava-se que o ambulatório reforçava o encaminhamento de internações, a manutenção do modelo psiquiátrico tradicional e o ciclo marcado pela sequência crise-internação-alta-crise-reinternação. Psicólogos, psiquiatras e assistentes sociais realizavam o trabalho ambulatorial de maneira isolada e desarticulada, importando modelos dos consultórios particulares, causando baixa resolutividade e cronificação dos casos. No mesmo período, propostas de serviços comunitários ganharam espaço, como os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), estes últimos eleitos como dispositivo substitutivo que deveria ser expandido nacionalmente (SANTOS, 2007).

A Portaria Federal 3.088 de dezembro de 2011, define os componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), assim designados: Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar e Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial. Para cada um destes componentes, foram descritos serviços e dispositivos do SUS responsáveis pela assistência aos sujeitos em sofrimento psíquico, citando por exemplo, que a atenção especializada é formada por Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades (BRASIL, 2011).

Todavia, não são referenciados nesta portaria os ambulatórios de saúde mental, policlínicas, centros de saúde, clínicas de reabilitação conveniadas ao SUS e diferentes serviços ambulatoriais inseridos em hospitais gerais ou especializados, que ainda atendem importante demanda de sofrimento mental no país. Existem diversos tipos de serviços ambulatoriais, no que diz respeito aos recursos humanos, estrutura física e modalidades de atendimento:

Os serviços ambulatoriais especializados do SUS têm recebido diferentes denominações: Ambulatório de Especialidades Médicas, Núcleo de Especialidade da Saúde, Centro de Referência Especializada etc., de acordo com o momento histórico e as estratégias de comunicação social adotadas pelos gestores públicos. Nessas unidades de saúde, além da oferta de consultas médicas especializadas, os usuários podem ter acesso aos principais serviços de apoio diagnóstico e terapêutico [...]. Em determinados municípios e regiões, a oferta ambulatorial especializada ainda se encontra fortemente vinculada aos serviços privados (filantrópicos ou lucrativos), principalmente os de natureza hospitalar. (SOLLA; CHIORO, 2012, p. 552).

Apesar dos ambulatórios não estarem descritos nos documentos e portarias que orientam a Política Nacional de Saúde Mental, é possível reconhecer a demanda mantida para este tipo de cuidado especializado, que representam o suporte de média complexidade às pessoas em

sofrimento, que não necessitam de ações complexas e intensivas do CAPS, mas que necessitam de cuidado para além daquele oferecido pela Estratégia de Saúde da Família. Podendo haver situações clínicas que se beneficiem do tratamento em saúde mental em nível ambulatorial, através de consultas individuais, psicoterapia, grupos e oficinas, se faz necessário discutir a relevância desse serviço para RAPS (PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, 2016).

Porém, a defesa do ambulatório, enquanto equipamento a ser mantido e regulamentado na rede, somente se faz possível na medida em que este dispositivo seja qualificado e que adote princípios da atenção psicossocial, relativos ao trabalho territorializado e em rede, ampliando o cuidado em saúde mental conforme as características regionais. Considera-se relevante a retomada do ambulatório enquanto objeto de investigações científicas diante da falta de informações em saúde, a respeito do volume dos atendimentos prestados, do perfil da clientela assistida e do papel atual deste dispositivo na assistência em saúde mental (SEVERO; DIMENSTEIN, 2011).

Guimarães, Oliveira e Yamamoto (2013) afirmam que são urgentes estudos que abordem experiências locais e caracterizem o lugar do ambulatório nas redes de saúde, visando aprimorar documentos e portarias e discutir recursos públicos para este serviço na rede de saúde mental. No âmbito da infância e juventude, a rede de serviços especializados deve compreender as especificidades dessa faixa etária, as flutuações dos sintomas e a diversidade de trajetórias terapêuticas que os jovens demandam. Assim, um sistema múltiplo, construído por diferentes atores, baseado em experiências mundiais como evidências para construção e oferta de serviços, terá maior efetividade. (MALLA *et al.*, 2016).

O reconhecimento da rede existente e o planejamento de formas de avaliação contínua do processo de trabalho em saúde mental poderão indicar os limites da atual proposta da Reforma Psiquiátrica e orientar investimentos futuros. Desde 2001, ocasião da III Conferência Nacional de Saúde Mental, recomendou-se um mapeamento nacional sobre os serviços existentes nos diferentes setores públicos ligados à assistência de crianças e adolescentes com necessidades de saúde mental, incluindo os filantrópicos e privados conveniados ao SUS. Isto porque o dimensionamento dos recursos instalados possibilitaria o melhor aproveitamento das redes locais e superação da institucionalização (BRASIL, 2001).

Desse modo, este estudo tem como objetivo caracterizar a atenção ambulatorial em saúde mental para infância e adolescência no estado da Bahia, identificando os distintos equipamentos existentes e descrevendo o perfil sociodemográfico e nosológico dos atendimentos realizados entre os anos de 2008 e 2016.

## 2 DIÁLOGO COM A LITERATURA

### 2.1 Políticas internacionais e oferta de cuidado em saúde mental para infância e a adolescência

O cuidado em saúde mental infanto-juvenil tem como aspecto central a necessidade do trabalho intersetorial e articulação de redes, como sugerem as publicações da Organização Mundial de Saúde (OMS), que orientam os países na reforma das políticas e serviços de saúde mental (WORLD PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2005). O objetivo da OMS é ofertar uma consultoria para o desenvolvimento de planos e programas de saúde mental para crianças e adolescentes e evitar que os sistemas de cuidado sejam fragmentados, ineficazes, caros e inacessíveis, garantindo a efetividade da articulação entre diferentes setores como, educação, assistência social e justiça.

Nos EUA, a assistência em saúde mental infantil e adulta transitou, nos últimos 50 anos, dos hospitais psiquiátricos públicos de longa permanência para abordagem de transtornos severos, até uma rede distribuída de profissionais, serviços e organizações. Um marco importante para a saúde mental infanto-juvenil naquele país foi a publicação em 1982 do fundo de defesa da criança dos EUA, intitulado *“The failure of public responsibility to CA in need of mental health service”*, que denunciava a desassistência ao longo do território estadunidense (HERNANDEZ, 2016). Segundo Stelk e Slaton (2010), a rede de saúde mental do país fora composta por diversificados e desarticulados pontos de assistência cuja responsabilidade pela oferta de serviços cabia às entidades federais, estaduais e locais. Os serviços comunitários implantados nas últimas décadas possuem múltiplos financiamentos, através de seguros privados de saúde, pelo sistema de saúde social dos EUA (Medicaid), de fundos locais voltados para pessoas deficientes etc.

A história da psiquiatria infantil na Suécia, foi revista por Nelson, Sandin e Pilgrim (2013), através de um estudo de análise documental de leis e registros do sistema de saúde. Os autores afirmam que a psiquiatria infantil na Europa surge concomitantemente à construção social da infância enquanto um período que merecia investimentos e cuidados porque representava o sucesso futuro da nação. A introdução de serviços de psiquiatria infantil na Suécia se iniciou em 1944, diante da problemática da delinquência juvenil e da percepção da dimensão social desse fenômeno, como uma prova do fracasso da nação em promover proteção

aos jovens. A construção dos primeiros serviços, coincidiu com a formação do estado de bem-estar social no continente, o que confluiu na compreensão de que os problemas de saúde mental infanto-juvenis eram muito mais de origem social, do que biológica ou moral.

Os autores descrevem ainda que, na década de 50, o discurso médico psiquiátrico crescia mundialmente, observando-se a inserção de termos biomédicos como: tratamento por coma insulínico e diversificadas terapêuticas medicamentosas, nos documentos do sistema de saúde da Suécia. A terminologia *mentally ill children* aparece nas publicações científicas e os casos graves de psicose infantil eram indicados para tratamento em instituições asilares. Finalmente iniciou-se na década de 70, um movimento radical contrário aos hospitais psiquiátricos e à abordagem coercitiva de tratamento. A alternativa apresentada foi o cuidado ambulatorial, próximo ao ambiente em que o sujeito vivia. Os serviços de psiquiatria foram reformulados e os objetivos de prevenção, identificação, tratamento e alívio dos distúrbios mentais definidos. Termos como “distúrbio do desenvolvimento”, “nível de desenvolvimento”, foram encontrados nos documentos deste período, mostrando o início da construção de um conhecimento clínico no campo da saúde mental infanto-juvenil. Os autores concluem afirmando que o desenvolvimento da ideologia e as transformações no cuidado psiquiátrico vieram antes da construção de um repertório teórico e de um treinamento profissional que desse conta da complexidade das situações clínicas encontradas pelos profissionais em sua prática no âmbito infanto-juvenil (NELSON; SANDIN; PILGRIM, 2013).

Na Bélgica, a reforma psiquiátrica focou a saúde mental de adultos, que historicamente, também era ofertada em instituições asilares e substituída por um modelo chamado de *balance care*, onde o cuidado se realiza no ambiente mais próximo do sujeito, lançando mão do internamento apenas se houver necessidade. A saúde mental infantil no país possui diversas iniciativas locais de cuidados clínicos, sendo desenvolvidas interessantes tecnologias e estratégias de tratamento, com comprometimento e criatividade por parte dos trabalhadores. Porém, ainda são observadas longas filas e uma demanda crescente por serviços ambulatoriais. Há também ausência de conhecimento da rede existente e de formas de avaliação contínua do processo de trabalho, o que gera ineficiências no cuidado, justificadas pela diversidade ideológica e pela ausência de comunicação entre os serviços e profissionais (VANDENBROECK *et al.*, 2013).

No estado do Quebec no Canadá, departamentos de psiquiatria foram criados nos hospitais gerais nas décadas de 60 e 70 e, na década de 80 os centros comunitários de saúde

para oferta de cuidado primário em saúde mental começaram a ser implantados. O plano de ação em saúde designava estes centros comunitários como porta de entrada para o sistema de saúde mental e reorganizava a assistência através da parceria entre os departamentos de psiquiatria dos hospitais, serviços de saúde, assistência social e de proteção à criança e adolescente. Atualmente, a reforma em saúde mental do Quebec, visa colocar a atenção primária na linha de frente do cuidado (KUTCHER; MCLUCKIE, 2013).

A mudança na concepção de infância e a visão da criança como sujeito de direitos e do estado como portador de deveres fundamentais com relação a este público, influenciaram diretamente a produção de planos de ação e legislações específicas. Na Irlanda, a *Estratégia Nacional da Infância*, utilizada no desenvolvimento das políticas desde os anos 2000, busca trabalhar com a noção de que os jovens são cidadãos com direito a voz e participação e buscase implantar políticas com o objetivo de promover um sistema completo de assistência, com a inclusão da participação da juventude desde a sua construção. (DAMODARAN; SHERLOCK, 2013).

No continente africano Kleintjes, Lund e Lisher (2010), realizaram um estudo visando descrever e analisar a situação de saúde mental infanto-juvenil em quatro países do continente: Gana, Uganda, África do Sul e Zâmbia. Destacam que, entre os 191 países-membros da OMS, apenas 35 possuíam políticas específicas de saúde mental infantil em 2004 e destes, somente 7 eram africanos. Dentre os países estudados, África do Sul e Gana mencionaram a saúde mental infanto-juvenil nas suas políticas públicas, recomendando a criação de serviços específicos para essa faixa etária.

Em estudos desenvolvidos na Índia, China e no México, países com características culturais e geográficas distintas, porém grandes em extensão e população, observam-se aspectos comuns no âmbito da saúde mental. A ausência de uma política específica infanto-juvenil, escassez de profissionais especializados, baixa cobertura de serviços e desigualdade no acesso à saúde ao longo dos territórios marcam o cenário destes países. O desenvolvimento de um modelo de atenção em saúde mental de base comunitária ainda está em fase de implantação e os serviços especializados estão concentrados nas grandes cidades. Ao mesmo tempo a atenção primária não consegue abarcar as demandas de psiquiatria, principalmente, devido a desarticulação e precariedade da rede existente nestes países (SAMSON TSE *et al.*, 2013; ESPINOLA-NADURILLE *et al.*, 2010; RUSSELL *et al.*, 2012).

O acesso das crianças e adolescentes aos serviços de saúde mental encontra barreiras diversas em todo mundo. Os jovens dos países desenvolvidos possuem excelentes níveis de saúde física, o que diminui a procura por profissionais médicos. A dificuldade de reconhecer sintomas de adoecimento psíquico varia conforme a cultura em que estão inseridos e aspectos da estrutura familiar, influenciando a busca de ajuda apenas em estágios avançados da enfermidade (MCGORRY *et al.*, 2014). A cultura do cuidado entre jovens não é muito comum, por isso têm dificuldade de engajamento nos tratamentos e, geralmente, os sintomas de angústia e ansiedade não são suficientes para eles serem aceitos em serviços especializados (HERNANDEZ *et al.*, 2016).

Um outro ponto é a descontinuidade entre serviços para jovens e serviços de adultos, deixando descoberto justamente a faixa etária onde há maior prevalência de primeiro episódio de adoecimento mental. Mesmo que ocorra o encaminhamento correto do serviço infanto-juvenil para o adulto, muitas vezes estes últimos não estão preparados para receber essa clientela, que iniciou os cuidados em saúde mental desde cedo e que possui transtornos do espectro autista, hiperatividade, transtornos de personalidade, ansiedade, etc. A localização e a estrutura dos serviços quanto a acessibilidade, confidencialidade, custo e organização vão também influenciar no engajamento dos jovens no cuidado (MCGORRY *et al.*, 2014).

O estigma é visto também como uma barreira importante no acesso, a responsabilização dos pais e a vergonha sentida por estes, pode levar a uma busca tardia por ajuda. (HERNANDEZ *et al.*, 2016). Além disso, devido ao fato de a maioria dos sintomas de sofrimento psíquico infanto-juvenil, como ansiedade, depressão, automutilação, frequentemente melhorarem com a maturidade, alguns profissionais tendem a normalizar e dar pouca relevância ao adoecimento desta faixa etária. Porém, o risco de uma evolução negativa dos sintomas para um transtorno grave e persistente, aumentam quando não cuidados. Sintomas continuados de tristeza, ideação suicida, prejuízos relativos à ansiedade, indicam a necessidade de cuidado especializado (MCGORRY *et al.*, 2014).

Em alguns países, os centros comunitários especializados, chamados *Child and Adolescent Mental Health Services* (CAMHS), semelhantes aos CAPSi brasileiros, são colocados como centrais no cuidado em saúde mental infantil. Segundo Damordaran e Sherlock (2013), na Irlanda os CAMHS são a principal estratégia no cuidado de crianças e adolescentes com uma variedade de problemas severos e persistentes de saúde mental. Atende um público

de 2 a 18 anos, que não necessariamente precisa ser diagnosticado com o transtorno específico, mas que demande cuidados emocionais, comportamentais e sociais.

Na Itália, os CAMHS operam em todos distritos de saúde do país, e são responsáveis pela saúde mental das crianças da área de cobertura do distrito. Porém, uma especificidade dos CAMHS italianos é que eles são responsáveis pela prevenção, acesso e tratamento tanto de problemas neurológicos, quanto de problemas psiquiátricos. Cada CAMHS referencia diversos serviços comunitários no território, como os centros de neuropsiquiatria da infância e da adolescência e as unidades ambulatoriais, todas instituições públicas. A maioria das unidades funcionam em prédios que abrigam também outros serviços de saúde, com salas dedicadas ao atendimento médico e ao atendimento psicológico, equipadas com jogos e outros materiais para o trabalho com as crianças, além de equipe em tempo integral, tanto de médicos quanto de outras especialidades (PEDRINI *et al.*, 2014).

A atenção primária, por sua vez, é destacada em alguns estudos como o local privilegiado para o cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes. Na Austrália, a rede é gerida pela atenção primária, que realiza o encaminhamento a serviços especializados e faz relações com a escola e outras organizações comunitária (MCGORRY *et al.*, 2014). No Canadá, a atenção primária também é a responsável pelo encaminhamento à assistência especializada e a serviços especiais como o programa de distúrbios alimentares e as unidades de intervenção precoce em psicose. (MALLA *et al.*, 2016)

Damodaran e Sherlock (2013), afirmam que o ideal do modelo de cuidado comunitário, seria que a escola e outras organizações sociais, junto com a atenção primária exercessem o cuidado a situações menos graves, lançando mão de settings não clínicos (comunidade e escola), mas produtores de cuidado, como ferramenta de divulgação de estratégias de autocuidado, treinamento de habilidades pessoais, psicoeducação e outras formas de prevenção do adoecimento mental. Somente encaminhados para os serviços especializados os casos de adoecimento grave, que demandam iniciativas de atendimento domiciliar, residências de cuidado à crise e acompanhamento terapêutico, visto que os serviços especializados ainda são escassos e pressupõem um custo maior, principalmente para os países em desenvolvimento (MCGORRY *et al.*, 2014).

A reforma psiquiátrica encontra o desafio internacional de melhorar constantemente e inovar nas suas tecnologias de cuidado. Investir na intervenção precoce e na atenção aos períodos de desenvolvimento inicial do adoecimento mental das crianças e adolescentes é uma



estratégia promissora para o desenvolvimento saudável das comunidades (MCGORRY *et al.*, 2014).

## **2.2 Reforma Psiquiátrica no âmbito da infância e juventude no Brasil**

No Brasil, as intervenções governamentais até a década de 80, com relação à infância e adolescência, visavam responder aos problemas da pobreza e abandono, compensar os danos da desigualdade social e formar cidadãos aptos a produzir economicamente. A saúde mental infanto-juvenil não compunha as políticas públicas neste cenário, era um tema periférico e destinado à ação de especialistas. Até o começo do século XXI as ações assistenciais se concentraram, principalmente, nos setores da justiça, assistência social e educação, com objetivos mais disciplinares do que clínicos ou psicossociais (COUTO; DELGADO, 2015).

O movimento da higiene mental presente no Brasil no século 20, atuava a partir da prevenção e da educação voltada para famílias e escolas, utilizando o encaminhamento para instituições asilares, nos casos onde a prevenção não era exitosa. A Liga Brasileira de Higiene Mental realizou as primeiras intervenções em saúde mental infantil no país, em sintonia com a concepção de estado tutelar e disciplinador, presente no início do século passado. Mesmo que os problemas de desenvolvimento, retardo e sofrimento psíquico das crianças estivessem muitas vezes relacionados com a pobreza, as soluções propostas eram de natureza individual, encaminhando para especialistas da psiquiatria ou para internação em instituições de abrigo (COUTO; DELGADO, 2015).

Assim, a institucionalização de crianças e adolescentes pobres, abandonados ou infratores não era distinta daqueles que possuíam deficiências ou transtornos mentais (RIZZINI; ALMEIDA; DEUS, 2010). Por este motivo, a Reforma Psiquiátrica Brasileira, para infância e adolescência, não significou apenas a superação do modelo hospitalar psiquiátrico, visto que esta não era a única instituição responsável pelo isolamento social das crianças, mas marcou um período em que o campo da saúde passa a investir e responsabilizar-se pela assistência aos jovens em sofrimento psíquico (COUTO; DELGADO, 2015).

Movimentos internacionais e nacionais de defesa dos direitos das crianças e adolescentes influenciaram na construção de uma nova visão da infância no cenário das políticas públicas. A Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança, realizada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1989, resumiu um novo paradigma para interpretar

a situação da infância na sociedade, ao afirmar a criança como sujeito e cidadão de plenos direitos. Nacionalmente, a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 1990, alterou a condição jurídica anterior de “menores” para a de sujeitos de direitos (COUTO; DELGADO, 2015).

Este cenário possibilitou que questões relevantes para construção de políticas públicas fossem consideradas, pois além de sujeitos de direitos, as crianças passam a ser sujeitos com voz, subjetividade e experiências de vida singulares, com direito à vida em liberdade, à convivência familiar e comunitária e ao desenvolvimento integral. Do mesmo modo, a nova concepção de estado como ente responsável pela proteção e bem-estar, possibilitou que os cuidados comunitários e psicossociais fossem propostos.

Antes e primeiro que tudo, é preciso adotar como princípio as ideias de que a criança ou o adolescente a cuidar é um sujeito. O sujeito criança ou adolescente é responsável por sua demanda, seu sofrimento, seu sintoma. É, por conseguinte, um sujeito de direitos, dentre os quais se situa o direito ao cuidado. Mas a noção de sujeito implica também a de singularidade, que impede que esse cuidado se exerça de forma homogênea, massiva e indiferenciada. (BRASIL, 2005, p. 11).

Assim, com o movimento de redemocratização do país na década de 80, sociedade civil, familiares e trabalhadores iniciaram um período de denúncia e luta contra a institucionalização e o tratamento baseada no enclausuramento dos pacientes em sofrimento mental. A Lei nº 10.216, de 2001, foi o marco legal da Reforma Psiquiátrica Brasileira, dispendo sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental e redirecionando o modelo assistencial (BRASIL, 2001).

A III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, trouxe a recomendação de que a política para infância deveria ser integrada à política geral de saúde mental, ter caráter intersetorial e orientar a construção de uma rede de cuidado, sensível às particularidades das crianças e adolescentes, de acordo com as diferenças entre os municípios. As ações de cuidado deveriam se precaver contra a medicalização e institucionalização do sofrimento mental, de modo que as práticas de atenção fossem opostas à finalidade de controle e ajustamento de conduta no trato com os jovens. Foi decidido nesta conferência que deveriam ser criados dispositivos de atenção psicossocial para crianças e adolescentes, seguindo a lógica do que estava sendo desenvolvido para a saúde mental adulta: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Também foi incluído na pauta da saúde a questão da institucionalização das crianças

em abrigos da assistência social e filantropia, especialmente os destinados aos portadores de deficiência, priorizando a rede de atenção psicossocial para assistência dos casos de maior gravidade e complexidade (BRASIL, 2001).

Em fevereiro de 2002, foi publicada a Portaria 336/2002, contendo um capítulo especificamente destinado à criação de Centros de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes (CAPSi), definidos como “serviços ambulatoriais de atenção diária” que deveriam funcionar segundo a lógica do território (BRASIL, 2002). Assim, a criação dos CAPSi e a articulação intersetorial constituem ações fundamentais para alavancar a montagem da rede pública de atenção em saúde mental infanto-juvenil no Brasil (COUTO; DELGADO, 2015).

Apesar da recomendação de que os CAPSi sejam responsáveis pelo atendimento de situações graves e persistentes, estudos atuais demonstram que o Retardo Mental está entre as causas mais frequentes de utilização desses serviços. Este fato revela a importância da articulação intersetorial, sobretudo com o setor educação, melhorando a gestão e integrando esforços na perspectiva do desenvolvimento de crianças e adolescentes (GARCIA *et al.*, 2015).

A saúde da criança é um dos focos estratégicos da atenção básica no Brasil e, devem ser incluídas neste nível de assistência, intervenções em desenvolvimento e saúde mental. Para as estratégias de intervenção e promoção em saúde mental infantil se faz necessário conhecer os determinantes e as adversidades mais frequentes entre as crianças que apresentam alterações comportamentais, além dos efeitos da violência e da pobreza sobre o psiquismo. A baixa disponibilidade de serviços especializados, torna as barreiras de acesso ao cuidado ainda mais severas para quem ainda não desenvolveu sintomas graves, havendo ausência de integração entre tratamento e ações de prevenção (SANTOS; BUSTAMANTE, 2016).

Em 2004 foi instituído o Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil, que configura como importante marco no caminho da construção de políticas específicas. Constitui um espaço de diálogo, construção de consensos e consolidação das redes assistenciais (BRASIL, 2005). A existência do Fórum não anula os efeitos da ausência de proposição política específica para população infanto-juvenil no Brasil, que resulta ainda em poucos programas e serviços, escassez de profissionais especializados, ausência de integração entre os diversos setores envolvidos com as questões da infância e baixa disponibilidade de recursos. Sem uma política específica, não há institucionalidade e integração entre as ações e também a pouca priorização na agenda política, nos investimentos em pesquisas e capacitação profissional, além de baixa resolutividade dos dispositivos existentes (COUTO *et al.*, 2008).

A oferta de assistência integral em saúde mental para crianças e adolescentes demanda construções políticas, investimentos financeiros, participação social, inovações em pesquisa e tecnologias de cuidado. Diante do contexto econômico e político atual, os planos de ação devem buscar opções de baixo custo em termos de infraestrutura, treinamento e recursos humanos. Por isto, investimentos na atenção primária e no mapeamento de serviços e recursos já existentes para o referenciamento da população infanto-juvenil, podem produzir bons resultados (PAULA *et al.*, 2012).

### **2.3 O lugar do ambulatório na assistência à Saúde Mental**

Desde a década de 90, o Ministério da Saúde construiu diversas portarias, sendo algumas no âmbito hospitalar, com o objetivo de reduzir o tempo das internações psiquiátricas e outras ao nível ambulatorial, criando procedimentos diversificados, os quais iniciaram a atual Política Nacional de Saúde mental (LUZIO; YASUI, 2010).

A Portaria nº 224 de 1992 definiu o atendimento em saúde mental prestado à nível ambulatorial como um conjunto de atividades desenvolvidas nas unidades básicas, centros de saúde e/ou ambulatórios especializados, ligados ou não a policlínicas, unidades mistas ou hospitais, proporcionando a diversificação de modelos no que diz respeito ao espaço físico das unidades. Os critérios de hierarquização e regionalização da rede, e a definição da população referência de cada unidade assistencial deveriam ser estabelecidas pelo órgão gestor local. Além disso, esta portaria afirma que a atenção aos pacientes nos ambulatórios deve incluir atividades desenvolvidas por equipes multiprofissionais, realização de atendimento individual, incluindo consulta, psicoterapia, dentre outros, oferta de atendimento grupal, como grupo operativo, terapêutico, atividades socioterápicas, grupos de orientação, atividades de sala de espera, atividades educativas em saúde, visitas domiciliares por profissional de nível médio ou superior, além de atividades comunitárias (BRASIL, 1992).

Para compreender e problematizar o lugar dos ambulatórios na assistência à saúde mental e na atual Rede de Atenção Psicossocial, se faz necessário refazer o percurso histórico da implantação destes dispositivos no Brasil. Nas primeiras décadas do século 20 foram fundados os primeiros ambulatórios de psiquiatria pela Liga Brasileira de Saúde Mental, com o objetivo de cuidar dos egressos dos asilos e também realizar aconselhamentos, à nível da prevenção do adoecimento mental para as crianças e famílias. Até a década de 60 existiam apenas 17 ambulatórios de saúde mental no Brasil, que funcionavam como intermediários entre

a população e os manicômios. Neste período, houve também grande expansão e privatização dos hospitais psiquiátricos, com redução dos investimentos em saúde pública no país, resultado das políticas do período da ditadura militar (SANTOS, 2007) .

Santos (2007) descreve que, a partir da década de 70, as denúncias de violências e superlotação dos hospitais psiquiátricos, e também as teorias importadas do modelo da Psiquiatria Comunitária da Europa e da América do Norte, trazem para o Brasil a ideia do cuidado ao doente mental no ambiente comunitário, além de intervenções no ambiente que produzissem prevenção dos problemas psíquicos e adaptação dos sujeitos na sociedade. Assim, surge a proposta que o ambulatório pudesse progressivamente deixar de ser assessorio ao hospital psiquiátrico, passando a ofertar assistência humanizada, capaz de diminuir o volume das internações.

Nos anos 80, os ambulatórios foram apontados como uma alternativa na assistência e como primeiro passo para a Reforma Psiquiátrica. O Estado passa a priorizar a reforma dos hospitais psiquiátricos e a expansão de uma rede ambulatorial extramuros, na busca de ressignificação do fenômeno do adoecimento mental, além de construção novos modelos de cuidado (SEVERO; DIMENSTEIN, 2011). Tenório (2002) denomina a expansão do número de ambulatórios ocorrido na década de 80 como “ambulatorização” da assistência psiquiátrica e destaca como parte deste processo a incorporação de diferentes categorias profissionais no serviço público, como exemplo de psicólogos e assistentes sociais.

Porém, a proposta idealizada do ambulatório, enquanto espaço alternativo e humanizado de cuidado, somada à falta de diretrizes que orientassem a prática cotidiana, além do funcionamento desvinculado da rede e ausência de capacitação para os profissionais de saúde mental, resultou no fracasso desta iniciativa (TENÓRIO, 2002) .

Goulart (2004) aponta, em estudo feito em Minas Gerais, o aumento da procura da população pelos ambulatórios de saúde mental para adquirir receitas médicas e psicotrópicos, distorção da demanda, psychologização, medicalização, exclusão dos casos graves, problemas de resolutividade e cronificação dos casos. Desse modo, avaliou-se que este dispositivo reforçava o encaminhamento às internações e manutenção do modelo psiquiátrico tradicional. Observa-se que o trabalho dos profissionais nestes espaços se dava de modo isolado, orientado por modelos importados dos consultórios particulares de psiquiatras e psicólogos. Assim não eram produzidas novas modalidades de cuidado, que trouxessem benefícios de reinserção social e autonomia aos sujeitos assistidos.

Neste contexto, outros serviços estavam sendo criados, como os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que apesar de serem também descritos como serviços ambulatoriais (BRASIL, 2002), tinham como essência constitutiva serem dispositivos substitutivos ao hospital psiquiátrico, propondo a redução progressiva dos leitos. Já os ambulatorios, não seriam capazes de romper com o hospital e foram considerados alternativos ao manicômio (TENÓRIO, 2002).

É importante destacar a distinção do modelo hospitalocêntrico e do paradigma da Atenção Psicossocial, para a compreender como os estabelecimentos de saúde mental se relacionam com sua clientela. No modo asilar, os estabelecimentos são locais onde se encaminham todos os que não se adaptam às normas sociais, para que sejam tratados e curados e voltar ao convívio comunitário. Caracteriza-se por pouco levar em consideração a individualidade e a subjetividade, colocando o sintoma como centro do problema. Os profissionais trabalham de forma isolada e o tratamento tem como base a medicalização e o diagnóstico psiquiátrico, com objetivo de controlar a crise e os sintomas (YASUI; COSTA-ROSA, 2008).

Já na atenção psicossocial, os estabelecimentos caracterizam-se por serem espaços de interlocução entre os sujeitos participantes, buscando capacidade de funcionamento para além da tutela, discriminando a dimensão social da demanda e encaminhando-a para outros espaços onde o sujeito possa circular e exercer a cidadania. Busca-se a autonomia do sujeito, a partir da relação entre os profissionais, usuários e familiares, diferentes atores são convidados a compor o cotidiano dos serviços e participarem das decisões acerca do projeto terapêutico (YASUI; COSTA-ROSA, 2008).

O paradigma de cuidado tradicional em psiquiatria, apresenta o risco da medicalização, principalmente no âmbito da assistência à crianças e adolescentes. Compreendida enquanto um fenômeno amplo, onde problemas de diferentes ordens são apresentados como transtornos, a medicalização transforma artificialmente questões sociais, familiares, aspectos culturais e políticos em questões médicas. Não são questionados os impactos do modelo tradicional de educação, as dificuldades na relação dos alunos com seus pares e professores, assim como a individualidade e competitividades dos dias atuais, ansiedade, desmotivação, desigualdades e exclusão de crianças e jovens (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

O cuidado em saúde mental infanto-juvenil deve considerar a complexidade, muitas vezes presente de forma mais acentuada do que para os adultos, pois envolve necessariamente

interação familiar, além da criança ser um sujeito em constante mutação e circular por diferentes instituições sociais, como escola, justiça e assistência social. Esse conjunto de fatores impõe flexibilidade para as intervenções junto à esta população na prática clínica ambulatorial. O contexto em que se dá o atendimento e os recursos individuais e familiares determinam tanto caminho a ser percorrido quanto os resultados dos cuidados de saúde mental de crianças e adolescentes (CADERNOS IPUB, 2011).

Nos últimos anos, os ambulatórios de saúde mental não aparecem na portaria de referência da Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2011) e tampouco na descrição do financiamento desta rede (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). A publicação periódica *Saúde Mental em Dados*, que oferece um quadro geral com dados atualizados da rede pública de atenção à saúde mental no país, citou os ambulatórios especializados pela última vez no volume 7, publicado em 2010, onde contabilizou-se um total de 860 ambulatórios e descreveu que estes serviços têm em geral baixa resolutividade e funcionamento pouco articulado à rede de atenção à saúde mental. Vale destacar que, esta relação de 860 ambulatórios, diz respeito somente aos serviços constituídos por ao menos quatro profissionais de saúde mental, sem incluir centros de saúde, policlínicas ou serviços em hospitais gerais que fornecem atendimento em saúde mental (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Atualmente, a publicação está em seu 15º volume e os ambulatórios não são incluídos na contabilização dos serviços de atendimento em saúde mental no país.

Em 2016, a Secretaria municipal de saúde do Rio de Janeiro, publicou um manual intitulado *Linhas de Ação para Atenção Ambulatorial em Saúde Mental*. Os autores defendem a existência de situações clínicas que se beneficiam do tratamento de saúde mental em nível ambulatorial, por meio de consultas individuais em psiquiatria e psicologia ou de grupos e oficinas terapêuticas. São situações que necessitam de um cuidado especializado em saúde mental que não é ofertado na atenção primária e tão pouco exigem a intensividade da atenção oferecida nos CAPS. Desse modo, a Superintendência de Saúde Mental, diretores de CAPS, supervisores clínicos institucionais e apoiadores de saúde mental da cidade se posicionam favoravelmente em relação à relevância e à necessidade de manutenção da assistência ambulatorial (PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, 2016).

A proposta deste município para atenção especializada em saúde mental coloca que, no lugar de retirar os ambulatórios dos pontos de atenção da RAPS, cabe reafirmar que o ambulatório é um dispositivo potente da atenção, especialmente para os casos que necessitam

de assistência de média complexidade, que exigem profissionais especializados e utilização de recursos tecnológicos para o apoio diagnóstico e tratamento. Porém, para que isto aconteça, o ambulatório de Saúde Mental deve ser qualificado e seguir diretrizes da atenção psicossocial e da atenção primária, trabalhando em rede e integrando-se ao território. Acredita-se que a eliminação destes dispositivos terá como consequência a ambulatorização dos CAPS e dos NASF, trazendo prejuízos para o objetivo institucional destes serviços (PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, 2016).

Uma pesquisa realizada em serviço ambulatorial especializado de saúde mental em município do Nordeste no ano de 2009, observou que este dispositivo era destinado a receber usuários egressos dos CAPS, como porta de saída da rede substitutiva. Neste ambulatório, haviam 214 usuários cadastrados no serviço e todos faziam uso de consultas psiquiátricas, e apenas 26% frequentavam outra atividade além da consulta (grupos terapêuticos, oficinas, etc.). A autora do estudo avalia que o tratamento prestado tem como foco o atendimento médico e a prescrição de psicofármacos, confirmando a força do paradigma racionalista psiquiátrico (SEVERO, 2009).

Outro estudo realizado em quatro dispositivos ambulatoriais (denominados *Referências Ambulatoriais*) da rede de saúde do município de Aracaju SE, descreveu que estes serviços estão instalados em Unidades de Saúde da Família (USF) e funcionam em cogestão com a Rede de Atenção Básica, que cuida dos aspectos administrativos, e a Rede Atenção Psicossocial, que responde à gestão do cuidado. Cada *Referência Ambulatorial* possui dois psicólogos e um psiquiatra, ofertando serviços de média complexidade. O estudo demonstrou que, apesar das equipes de saúde mental dos ambulatórios dividirem espaço com aquelas da Estratégia de Saúde da Família (ESF), poucas são as ações em conjunto. Os atendimentos individuais correspondem à maior parte da agenda dos profissionais e todos os usuários são encaminhados de algum outro serviço, não havendo demanda espontânea. A infraestrutura ambulatorial conta apenas com os consultórios psicológico e psiquiátrico, os profissionais têm carga horária reduzida e faltam especialistas de áreas diversificadas para produzir acompanhamento integralizado aos usuários. Estes achados ajudam na compreensão de porquê os ambulatórios ainda são considerados um desafio na reforma psiquiátrica (GUIMARÃES; OLIVEIRA; YAMAMOTO, 2013).

A dissertação de Santos (2007) retoma o contexto histórico da implantação dos ambulatórios de saúde mental no município de Natal-RN, idealizados para atuar de forma integrada com as unidades básicas, atendendo usuários egressos do CAPS e de internações



psiquiátricas, com cobertura em todos os distritos de saúde. A pesquisa se desenvolveu em um equipamento que funcionava dentro da estrutura de uma Policlínica, sem constituir uma unidade de saúde, mas sim um serviço. Esta configuração organizacional se repete em diversos serviços que prestam assistência especializada a nível ambulatorial em saúde mental no Brasil e, tem como consequência a falta de autonomia administrativa e de financiamento, tendo suas atividades atreladas a um centro de saúde, que não necessariamente compreende as particularidades do trabalho em saúde mental, além da ausência de uma coordenação exclusiva. De todo modo, a autora do estudo afirma que o ambulatório desenvolve grupos, oficinas, atendimentos individuais, à família e ações intersetoriais que configuram práticas alinhadas aos preceitos da atenção psicossocial (SANTOS, 2007).

No que diz respeito ao atendimento ambulatorial de crianças e adolescente, do mesmo modo que no cuidado de adultos, o dispositivo precisa ser avaliado de acordo com a estratégia de atenção psicossocial. As demandas de tratamento ambulatorial especializado ao público infanto-juvenil, em sua maioria, estão relacionadas à esfera dos processos de aprendizagem, problemas de comportamento e os efeitos destes para a pessoa em seu meio familiar, social e escolar. Falta de concentração, agitação motora, uso de substâncias psicoativas, agressividade e dificuldades de aprendizagem, são algumas das questões mais prevalentes. Existem ainda outras demandas relacionadas ao sofrimento, medo e tristeza, fobias, depressão, situações de violência intrafamiliar, abuso sexual e problemas de desenvolvimento (PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, 2016).

A Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, no ano de 2015, abordou o tema da Atenção Especializada em Saúde e afirmou que este nível da assistência no SUS tem a função de promover e ordenar serviços especializados, oferecendo à população acesso qualificado ao diagnóstico e tratamento em tempo oportuno. No entanto, a insuficiência de oferta e a demanda excessiva pelas ações especializadas fazem com que este ponto da atenção se torne um gargalo do sistema. O acesso de forma adequada aos serviços especializados é um dos desafios para que as Redes de Atenção à Saúde (RAS) sejam efetivas (CRUZ, 2015).

Quando se buscam pesquisas relevantes em Atenção Especializada, encontram-se poucos trabalhos, se compararmos com a Atenção Primária à Saúde (APS) e com a Atenção Hospitalar. Assim, pesquisas relativas à esta atenção devem ser estimuladas e os ambulatórios especializados merecem intervenções e pesquisas que ajudem a regulamentar e melhorar a efetividade do atendimento especializado no SUS.

## 2.4 Reforma Psiquiátrica na Bahia

A Reforma Psiquiátrica é um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, que perpassam por territórios diversos, desde instâncias federais, estaduais e municipais de governo, universidades, passando por mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, movimentos sociais, além do imaginário social e opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, presentes no cotidiano da vida das instituições e das relações interpessoais, o processo da Reforma Psiquiátrica ainda em andamento é marcado por impasses e desafios (SANTOS, 2007).

Na Bahia, a reforma das políticas públicas em saúde mental seguem em consonância com as proposições da Reforma Psiquiátrica brasileira, com ações de implantação de serviços substitutivos, investimento em desinstitucionalização de pacientes dos hospitais especializados, apoio institucional, educação permanente e cooperação técnica junto aos municípios, dentre outras ações desenvolvidas pelas Secretaria Estadual de Saúde (FORNAZIER; DELGADO, 2011).

A Bahia é o quinto estado em extensão territorial do Brasil e seu contingente populacional é o quarto maior do país, com uma estimativa de 15.203.934 de pessoas em 2015, representando 7,4% do total de habitantes do país e com densidade demográfica de 26,9 habitantes por km<sup>2</sup>. Observa-se declínio nas taxas populacionais do estado, entre 1980 e 2012 houve redução de 42% dos indivíduos menores de 15 anos de idade e aumento de 68,8% da população com 60 anos ou mais. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que resume a renda per capita, educação e esperança de vida ao nascer, teve valor de 0,660 em 2010, colocando a Bahia na 22<sup>a</sup> posição no ranking nacional (SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA, 2016)

O estado é composto por 417 municípios e cerca de 60% dos municípios tem menos de 20.000 habitantes (BRASIL, 2011; IBGE, 2010). Diante das características populacionais das cidades baianas, Fornazier e Delgado (2011) destacam a necessidade de priorizar a Atenção Básica para oferta de cuidados em saúde mental. Porém, ações estruturadas de atenção psicossocial nas unidades de saúde da família ainda são incipientes e, a quantidade de municípios que incluem ações e programas de saúde mental nos seus Planos de Saúde é pequena.

Estudo que analisou as instâncias de participação social (conselhos e conferências estaduais de saúde) com relação às políticas de saúde mental na Bahia verificou nos planos estaduais de saúde de 2008, 2011, 2012 e 2015, a persistência dos problemas relacionados ao alto número de leitos em hospitais psiquiátricos onde se internam pessoas com transtornos mentais ou moradores de rua, quantidade insuficiente de serviços substitutivos e precarização dos vínculos de trabalho na área. Como alternativas para esses problemas, a secretaria estadual planejou a implantação de leitos em hospitais gerais, cursos de qualificação para profissionais de saúde e a preparação dos profissionais dos CAPS, medidas ainda em andamento (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 2015).

Diante da escassez de estudos que retratem o desenvolvimento da atenção especializada em saúde mental no Estado, com destaque para a assistência ambulatorial, o trabalho aqui proposto buscou caracterizar o atendimento realizado pelos ambulatórios de saúde mental, inseridos em serviços como Policlínicas, Centros de Saúde, Unidades Básicas, Hospitais Gerais e Especializados, que atuam no cuidado de crianças e jovens com demandas de sofrimento psíquico na Bahia, a partir da descrição dos serviços e do perfil dos atendimentos registrados entre os anos de 2008 e 2016. Acredita-se que a produção de informações sobre a assistência ambulatorial em saúde mental, seja um ponto crítico e pouco explorado da rede, e o conhecimento sobre este equipamento pode contribuir na construção de novas diretrizes para atenção psicossocial no Estado.

## **2.5 Sistemas de Informação em Saúde e a construção de pesquisas epidemiológicas em saúde mental**

Os processos de gestão e tomada de decisão em saúde estão diretamente relacionados com a produção de informações sobre a situação de saúde, monitoramento e avaliação de ações. A informação é fundamental para estabelecer prioridades e planejar recursos de forma a melhorar as condições de vida e saúde. Apesar do progresso dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS), muitos problemas ainda existem no que diz respeito a qualidade dos dados, além disso, no SUS não há uma padronização e monitoramento regular dos registros, existindo iniciativas pontuais de avaliação.

Tratando-se especificamente do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), que foi implantado em 1991, a lógica predominante para seu funcionamento é de caráter contábil, de controle de gastos com a assistência ambulatorial. O procedimento ambulatorial realizado é a unidade de registro e está relacionada com a categoria profissional responsável. O SIA/SUS

permite a análise quantitativa da descentralização das ações em saúde, acompanhamento da produção ambulatorial e orientação sobre os investimentos nos municípios (NERI, 2016).

Uma das limitações da utilização do SIA/SUS e dos Arquivos da Produção Ambulatorial nele contidos é que a frequência de registros de atendimentos não significa número de pessoas assistidas, pois alguns procedimentos feitos podem não ter sido registrados, além do fato de diferentes instrumentos de coleta de dados ambulatoriais adotarem procedimentos distintos de apreensão das informações. O Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPA-C) considera um registro a combinação do par: Código do Procedimento mais Código Brasileiro de Ocupações CBO do profissional que o realizou. O Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I) gera um registro para cada procedimento, podendo haver um ou mais procedimentos para o mesmo paciente, feitos pelo mesmo ou por diferentes profissionais. Já as Autorizações de procedimentos de Alta Complexidade (APAC), assim como o BPA-I, gera um registro por cada código de procedimento, porém considera tanto o procedimento principal quanto o secundário, se existir (BRASIL, 2012).

Um outro ponto são as mudanças periódicas na nomenclatura das variáveis e das categorias contidas nos bancos de dados do SIA/SUS, que variam de acordo com o momento histórico e político. Por exemplo, as “Clínicas/Ambulatórios Especializados” tiveram sua nomenclatura alterada em 2012 e atualmente são denominados “Centros de Especialidades” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Do mesmo modo, a variável que identificava se o serviço de saúde pertencia a administração pública ou seria um serviço privado contratado, antes denominada “Tipo de Prestador”, foi redefinida para adequação às normas da Receita Federal do Brasil e agora recebe a denominação de “Natureza Jurídica”, adotada por este estudo (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Porém, apesar das falhas evidenciadas, ressalta-se o potencial dos Sistemas de Informações em Saúde do Brasil, pois permitem a produção de conhecimento com rapidez e baixo custo.

No campo da saúde mental, a maioria dos estudos epidemiológicos que utilizaram os Sistemas de Informação em Saúde e as bases do DATASUS, tomaram os CAPS como objeto de investigação. Hoffmann, Santos e Mota (2008) buscaram identificar o perfil epidemiológico da clientela atendida nos CAPSi e descrever algumas características dos serviços, com o intuito de verificar se os CAPSi implantados até aquele momento atendiam aos problemas mentais severos para os quais foram planejados. Garcia *et al.* (2015) realizou um estudo a partir de dados procedentes das APACS, em associação com informações do Cadastro Nacional de

Estabelecimentos de Saúde (CNES), também visando caracterizar a distribuição nacional dos CAPSi e descrever o perfil nosológico dos atendimentos infanto-juvenis. E Conceição (2016) realizou uma investigação para descrever o perfil dos atendimentos a crianças e adolescentes com transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas em todos os tipos de CAPS do Brasil.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Caracterizar a atenção ambulatorial em saúde mental para infância e adolescência no estado da Bahia, descrevendo o perfil sociodemográfico e nosológico dos atendimentos realizados entre os anos de 2008 e 2016.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- a) identificar e caracterizar as unidades saúde que registraram atendimento ambulatorial especializado à crianças e jovens com diagnóstico de Transtorno Mental no estado da Bahia, entre 2008 e 2016.
- b) descrever a distribuição geográfica dos serviços ambulatoriais que registraram atendimento infanto-juvenil em saúde mental, de acordo com as macroregiões de saúde do estado.
- c) descrever o perfil nosológico e sociodemográfico dos atendimentos ambulatoriais em saúde mental infanto-juvenil registrados, segundo as regiões do estado, entre 2008 e 2016.
- d) estimar as taxas de atendimentos ambulatoriais às pessoas com até 19 anos, com transtornos mentais e comportamentais, no período de janeiro de 2008 a 2016, no estado da Bahia.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Desenho de estudo

Trata-se de um estudo ecológico de série histórica, utilizando registros de atenção ambulatorial em saúde mental de crianças e adolescentes, no período de 2008 a 2016 na Bahia. Os dados coletados corresponderam às características das unidades de saúde e dos atendimentos realizados para indivíduos com idade igual ou inferior a 19 anos e diagnóstico de transtorno mental (CID: de F00 a F99), entre janeiro de 2008 e dezembro de 2016.

### 4.2 Fonte de Dados

Foram utilizadas neste estudo os Sistemas de Informação em Saúde (SIS), do Ministério da Saúde, disponibilizados no site do Departamento de Informática do SUS-DATASUS ([www.dadasus.saude.gov.br](http://www.dadasus.saude.gov.br)); especificamente o Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS, além de dados sociodemográficos e econômicos das regiões de saúde do estado da Bahia, disponibilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, tais como estimativas populacionais por faixa etária.

Os dados do SIA/SUS foram obtidos através dos Arquivos da Produção Ambulatorial (PA), disponíveis no site do DATASUS, na sessão “*Acesso à Informação de Serviços*”, dentro da aba de “*Transferência/Download de Arquivos*” (<http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/servicos2/transferencia-de-arquivos>).

Os arquivos da Produção Ambulatorial armazenam informações de diferentes instrumentos da assistência ambulatorial, como a Autorização de Procedimento Ambulatorial (APAC), Boletins de Produção Ambulatorial Consolidado e Individualizado (BPA-C e BPA-I), Registros das Ações Ambulatoriais de Saúde Domiciliar e Psicossocial (RAAS-AD e RAAS-PSI). Estes instrumentos permitem o processamento de dados individualizados por atendimento feito, procedimento realizado, diagnóstico através Classificação Internacional de Doenças – CID, idade, sexo, raça e endereço do usuário (BRASIL, 2012).

Além do SIA/SUS, foi consultado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), acessado através do site [www.cnes.datasus.gov.br](http://www.cnes.datasus.gov.br), para obtenção das informações sobre os serviços. O CNES é a base para os Sistemas de Informações em Saúde, instituído pela

Portaria MS/SAS nº 376, de 03 de outubro de 2000. Disponibiliza informações relacionadas aos tipos de estabelecimentos, profissionais de saúde e fontes mantenedoras. O CNES é fundamental no planejamento, controle e avaliação em saúde, abrangendo todos os estabelecimentos de saúde, vinculados ou não ao SUS.

### **4.3 Coleta e seleção de dados**

O presente estudo utilizou informações a partir de janeiro de 2008 até dezembro de 2016, pois análises preliminares dos bancos de dados, indicaram deficiências no preenchimento de características demográficas e diagnósticas dos atendimentos realizados. A partir de 2008, as informações advindas dos instrumentos de registro passam a ser disponibilizadas com mais detalhes, contendo informações sobre o perfil dos usuários, causa do atendimento e procedimentos realizados. Neste mesmo ano, foi implantada a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do SUS (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007), que permitiu a unificação de procedimentos, diagnósticos e aprimorou o preenchimento dos registros.

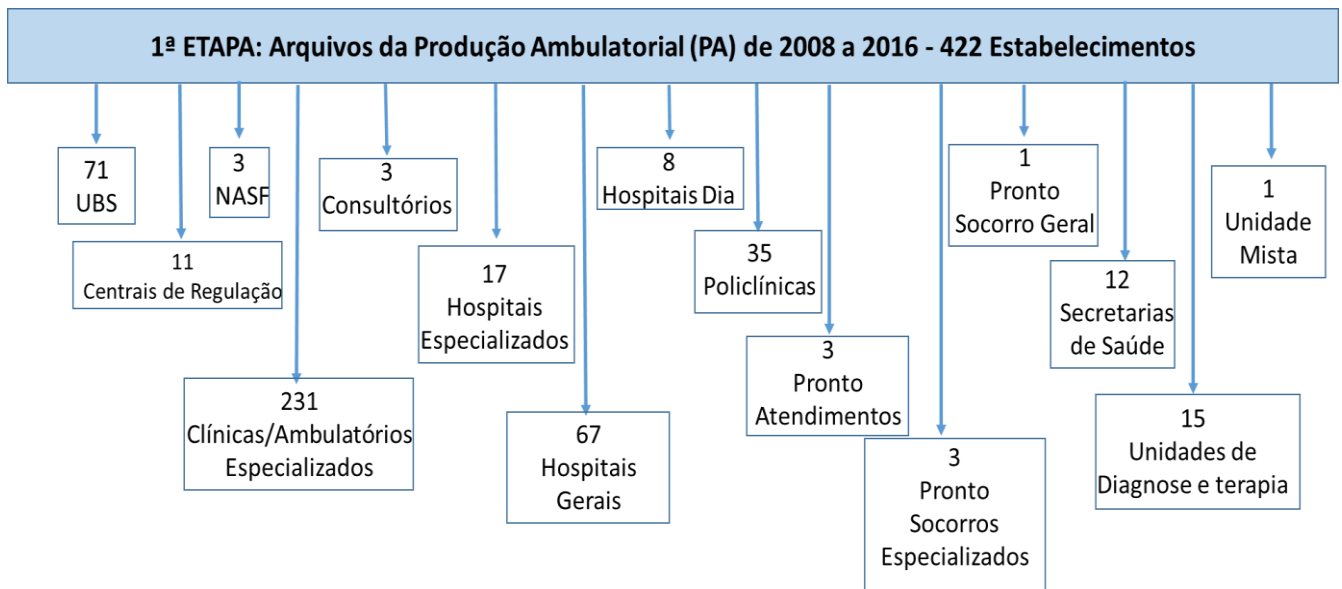
A seleção dos serviços ambulatoriais que compuseram este estudo foi feita em três etapas, assim descritas:

1ª ETAPA: Os Arquivos da Produção Ambulatorial foram baixados do site do DATASUS e descompactados no programa TabWin versão 10, software desenvolvido com a finalidade de permitir a tabulação rápida de dados dos SIS. Neste software foi feita a seleção inicial dos estabelecimentos que fariam parte do estudo, a partir dos seguintes critérios de inclusão e exclusão (Figura 1):

- Incluídos estabelecimentos ambulatoriais que registraram atendimentos à menores de 19 anos.
- Incluídos apenas atendimentos nos quais o diagnóstico principal era de Transtornos Mentais e Comportamentais (F00 a F99), segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, versão 10 (CID10).
- Excluídos os serviços tipo CAPS, visto que os CAPS utilizaram o registro em APAC até 2012 e ainda hoje registram algumas modalidades de atendimento nos arquivos da Produção Ambulatorial (PA), que precisaram ser filtrados para este estudo.



**Figura 1-** Estabelecimentos que registraram atendimentos à menores de 19 anos com diagnóstico em saúde mental, extraídos dos Arquivos da Produção Ambulatorial (SIA/SUS).



**Fonte:** Arquivos da Produção Ambulatorial PA, de 2008 a 2016.

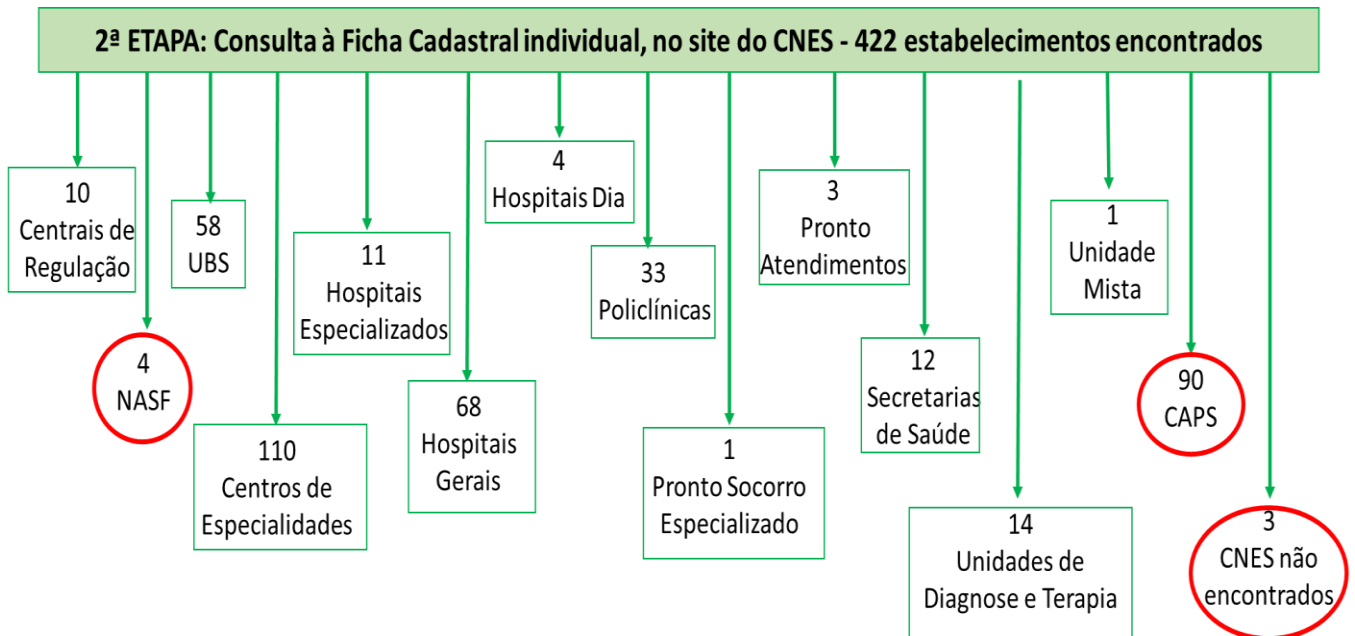
Foram encontradas um total de 422 unidades entre os anos de 2008 e 2016. A observação destes estabelecimentos permitiu constatar que, mesmo após a aplicação do filtro para exclusão dos CAPS, alguns desses serviços ainda apareciam na listagem, classificados como ambulatórios especializados. Além disso, o Arquivo da Produção Ambulatorial (PA) tabulado no TabWin, classificou muitos estabelecimentos com duas tipologias diferentes. Por estes motivos, foi necessário realizar a consulta individual ao CNES de cada serviço e coletar dados na ficha cadastral das unidades, com o objetivo de garantir que a caracterização dos serviços fosse feita com informações atualizadas.

2ª ETAPA: Foram consultados todos os 422 serviços no CNES, e corrigidas possíveis incompatibilidades com o Arquivo da Produção Ambulatorial (PA). Construiu-se um banco de dados, no qual foram identificadas as seguintes informações (Figura 2):

- 90 CAPS estavam classificados erroneamente como Centro/Ambulatório Especializado.
- 3 Unidades Básicas de Saúde (UBS) não tiveram suas fichas cadastrais encontradas (não existem no CNES).
- 12 estabelecimentos estavam erroneamente classificados como UBSs e foram corrigidos.

- A nomenclatura dos Estabelecimentos do tipo *Clínica/Ambulatório Especializado* foi alterada e atualmente são denominados *Centros de Especialidades*, terminologia adotada para este estudo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012)..

**Figura 2-** Estabelecimentos que registraram atendimentos à menores de 19 anos com diagnóstico em saúde mental, extraídos dos Arquivos da Produção Ambulatorial (SIA/SUS) e corrigidos a partir de consulta à ficha cadastral no site do CNES.



**Fonte:** Arquivos da Produção Ambulatorial PA, de 2008 a 2016 e o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde CNES, consultados em Novembro de 2017.

3ª ETAPA: O banco construído a partir da consulta ao CNES, foi importado para o STATA, versão 12, e o banco de dados final organizado de forma que:

a) Foram excluídos:

- 90 CAPS (que estavam classificados como Ambulatórios)
- 4 NASFs, por serem dispositivos da atenção primária, com oferta de ações distintas da atenção especializada.
- 3 estabelecimentos não encontrados no CNES
- 1 Unidade Mista, pelo fato de ter apresentado apenas 2 registros de atendimento ao longo dos nove anos estudados

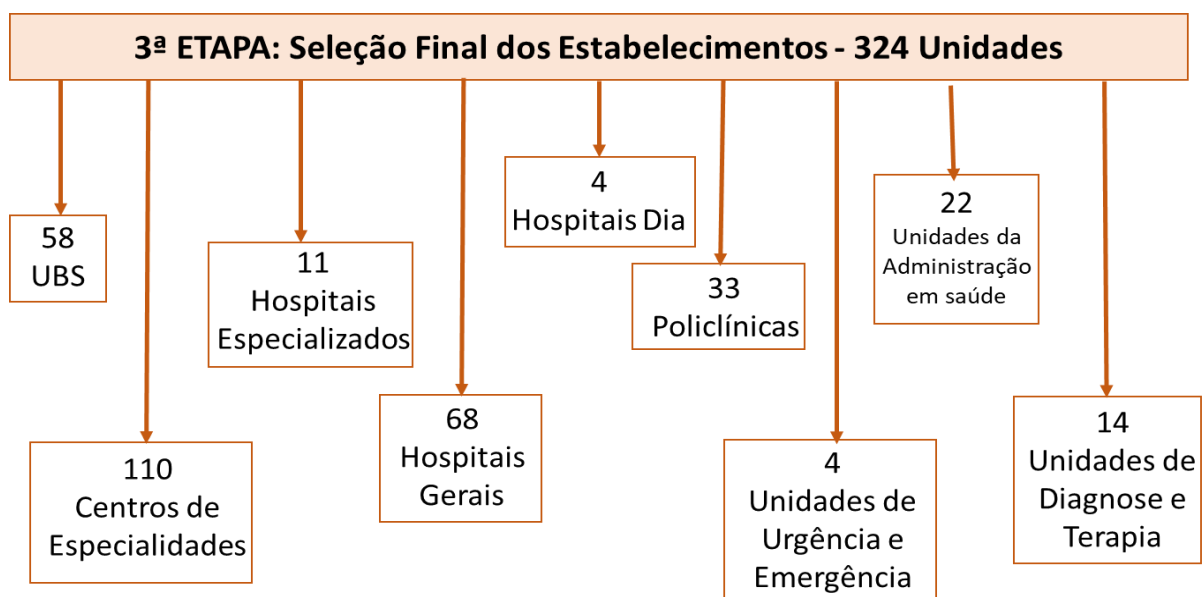
b) Foram agrupados e categorizados:

- 1 Pronto Socorro Geral e 3 Prontos Atendimentos, compondo a variável: **Unidades de Urgência e Emergência**. Esta escolha foi feita diante da similaridade na definição dos dois tipos de serviço, ambos voltados para situações que demandam cuidado imediato.

- 10 Centrais de Regulação e 12 Secretarias de Saúde, compondo a variável: **Unidades da Administração em Saúde**. Esta escolha metodológica foi feita devido ao fato dos dois equipamentos terem registros apenas de procedimentos denominados “Ações Complementares em Saúde: Regulação e Autorização de pacientes”.

Por fim, restaram 324 unidades, que compuseram o universo das observações caracterizadas neste estudo (Figura 3).

**Figura 3-** Estabelecimentos incluídos no Estudo.



**Fonte:** Arquivos da Produção Ambulatorial PA, de 2008 a 2016 e o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde CNES

#### 4.4 Variáveis de estudo

##### BLOCO 1: Descrição dos Serviços

###### a) Tipos de estabelecimentos de Saúde:

- **Centro/Unidade Básica de saúde:** Unidade para realização de atendimentos de atenção básica e integral a uma população, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior. A assistência deve ser permanente e prestada por médico generalista ou especialista nestas áreas.

- **Policlínica:** Unidade de saúde para prestação de atendimento ambulatorial em várias especialidades, incluindo ou não as especialidades básicas, podendo ainda ofertar outras especialidades não médicas.
- **Hospital Geral:** Hospital destinado à prestação de atendimento nas especialidades básicas, por especialistas e/ou outras especialidades médicas. Pode dispor de serviço de Urgência/Emergência.
- **Hospital especializado:** Hospital destinado à prestação de assistência à saúde em uma única especialidade/área. Geralmente de referência regional, macrorregional ou estadual.
- **Unidade de Urgência e Emergência:** Composta pelos serviços de *Pronto Socorro Geral*: destinado à prestação de assistência a pacientes com ou sem risco de vida, cujos agravos necessitam de atendimento imediato, podendo ter ou não internação. E *Pronto Socorro Especializado*: destinado à prestação de assistência em uma ou mais especialidades, a pacientes com ou sem risco de vida, cujos agravos necessitam de atendimento imediato.
- **Clínica/Centro de Especialidades:** destinada à assistência ambulatorial em apenas uma especialidade/área da assistência – atual nomenclatura das Clínicas/Ambulatórios Especializados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).
- **Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia:** Unidades isoladas onde são realizadas atividades que auxiliam a determinação de diagnóstico e/ou complementam o tratamento e a reabilitação do paciente.
- **Hospital Dia Isolado:** Unidades especializadas no atendimento de curta duração com caráter intermediário entre a assistência ambulatorial e a internação.
- **Unidade da Administração em saúde:** Composta pelas *Centrais de Regulação de Serviços de Saúde*: responsáveis pela avaliação, processamento e agendamento das solicitações de atendimento, garantindo o acesso dos usuários do SUS, mediante um planejamento de referência e contra referência. E pelas *Secretarias de Saúde*: unidade gerencial/administrativa e/ ou que dispõe de serviços como vigilância em Saúde (Vigilância epidemiológica e ambiental; vigilância sanitária), Regulação de Serviços de Saúde

b) Natureza Jurídica<sup>1</sup>:

- **Administração Pública:** Pessoas jurídicas de direito público
- **Entidades Sem Fins Lucrativos:** Pessoas jurídicas de direito privado
- **Entidades Privadas:** Pessoas jurídicas de direito privado

d) Macrorregiões de Saúde:

**Quadro 01-** Descrição das Macrorregiões de Saúde do Estado da Bahia.

| Macrorregião | Quantidade de Municípios | Município Referência | População Total | População menor de 19 anos |
|--------------|--------------------------|----------------------|-----------------|----------------------------|
| Leste        | 48                       | Salvador             | 4.431.966       | 1.378.612                  |
| Centro Leste | 73                       | Feira de Santana     | 2.119.433       | 770.227                    |
| Sudoeste     | 73                       | Vitória da Conquista | 1.713.082       | 598.421                    |
| Sul          | 67                       | Ilhéus               | 1.618.519       | 588.003                    |
| Norte        | 27                       | Juazeiro             | 1.028.480       | 392.691                    |
| Oeste        | 37                       | Barreiras            | 892.285         | 348.198                    |
| Nordeste     | 33                       | Alagoinhas           | 820.834         | 305.781                    |
| Extremo Sul  | 21                       | Teixeira de Freitas  | 774.614         | 295.712                    |
| Centro Norte | 38                       | Jacobina             | 776.128         | 294.391                    |

**Fonte:** Revista Baiana de Saúde Pública, 2016.

e) Tipo de Gestão:

Identifica a qual gestor o estabelecimento tem contrato/convênio, sendo este o responsável pelo cadastro, programação, autorização e pagamento dos serviços prestados:

- **Gestão Estadual**
- **Gestão Municipal**
- **Gestão Dupla** (Estado e município)

f) Ano de Cadastro no CNES:

Ano em que o estabelecimento foi incluído no sistema de informação do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Não necessariamente é o ano em que o estabelecimento foi implantado.

<sup>1</sup> A variável *Tipo de Prestador*, identificada nos Arquivos da Produção Ambulatorial (PA), foi redefinida para adequação às normas da Receita Federal do Brasil (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014) e agora recebe a denominação de *Natureza Jurídica*, que foi adotada por este estudo.

## BLOCO 2: Características dos Atendimentos

a) Faixa Etária:

- **Menor de 1 ano, 1-4; 5-9; 10 -14; 15-19**

b) Sexo:

- **Masculino e Feminino**

c) Raça/Cor (IBGE):

- **Branca, Preta, Parda, Amarela e Sem Informação**

d) Grupos de Diagnósticos:

- **Classificação Internacional de Doenças, versão 10, capítulo V**

c) Tipos de procedimentos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007b)

- **Ações de Prevenção e Promoção em Saúde:** Ações Coletivas/Individuais de educação em saúde.
- **Procedimentos com finalidade diagnóstica:** Diagnóstico em laboratório Clínico, por anatomia patológica ou Citologia Clínica, Radiologia, ultrassonográfica, Tomografia, ressonância magnética.
- **Procedimentos clínicos:** Consultas, Atendimentos, Acompanhamentos, Fisioterapia e Tratamentos Clínicos de outras especialidades
- **Procedimentos Cirúrgicos:** Pequenas Cirurgias, Anestesiologia
- **Medicamentos:** Medicamentos de Dispensação Excepcional e Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
- **Órtese, prótese, materiais especiais:** Órteses, prótese e material especial não relacionadas ao ato cirúrgico.
- **Ações complementares da Atenção à Saúde:** Regulação e Autorização

### **4.5 Análise dos dados**

No *TABWIN* foi feita a caracterização dos serviços e os mapas de distribuição espacial dos atendimentos. As tabulações realizadas neste software foram exportadas e organizadas no *Microsoft Office Excel 2013*, compondo um banco de dados no qual os estabelecimentos de saúde eram as unidades de análise.

Os Arquivos da Produção Ambulatorial, inicialmente organizados no *Excel 2013* foram exportados para o *Stata* versão 12, onde foram feitas as tabulações das variáveis de interesse além do cálculo das taxas de atendimento por região e ano.

As taxas anuais de atendimentos para cada 100.00 habitantes foram calculadas dividindo-se o número de registros de cada ano pela população menor de 19 anos, segundo estimativas do IBGE, consultada no site DATASUS ([www.datasus.com.br](http://www.datasus.com.br)). Cabe salientar que os registros de atendimento não necessariamente correspondem a quantidade de crianças/jovens atendidas, pois o mesmo indivíduo pode ter sido atendido mais de uma vez ao longo dos meses, e no caso das APACS, cada procedimento realizado gera um registro diferente, podendo assim o mesmo sujeito ter sido atendido, por exemplo, na consulta clínica e também na dispensação de medicamentos, gerando assim dois registros diferentes.

#### **4.6 Aspectos éticos**

A pesquisa não apresenta riscos aos seres humanos, pois não permite a identificação dos indivíduos. Trata-se de uma investigação em dados secundários, disponíveis para consulta pública, não havendo violação de confidencialidade.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 Descrição dos serviços

Foram encontrados um total de 324 estabelecimentos com registros de ações ambulatoriais em saúde mental, destinadas à crianças e adolescentes com diagnóstico principal de Transtornos Mentais e Comportamentais (CID 10). As unidades denominadas Centros de Especialidades foram maioria, contando com 110 serviços, os quais se referem às Clínicas/Ambulatórios Especializados, que tiveram nomenclatura alterada em 2012 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Já os Hospitais Gerais habilitados para realizar atenção ambulatorial estiveram em segundo lugar em número de equipamentos, totalizando 68, seguidos dos Centros/Unidades Básicas de *Saúde (UBS)*, com 58 unidades (Tabela 1).

**Tabela 1-** Descrição da quantidade de estabelecimentos e frequência de atendimentos ambulatoriais em saúde mental infanto-juvenil, de 2008 a 2016 na Bahia.

| Variável                                      | Nº de Estabelecimentos |       | Atendimentos  |       |
|---|------------------------|-------|---------------|-------|
|   | n(=324)                | %     | n(=2.002.458) | %     |
| <b>Tipo de Estabelecimento</b>                |                        |       |               |       |
| Centros de Especialidades                     | 110                    | 33,95 | 1.504.801     | 75,15 |
| Policlínicas                                  | 33                     | 10,19 | 250.991       | 12,53 |
| Hospitais Especializados                      | 11                     | 3,40  | 226.924       | 11,33 |
| Hospitais Gerais                              | 68                     | 20,99 | 9.983         | 0,50  |
| Unidades de Diagnose e Terapia                | 14                     | 4,33  | 4.219         | 0,21  |
| Clínicas/Unidades Básica de Saúde             | 58                     | 17,9  | 3.561         | 0,18  |
| Hospitais Dia                                 | 4                      | 1,23  | 879           | 0,04  |
| Unidades da Administração <sup>1</sup>        | 22                     | 6,79  | 688           | 0,03  |
| Unidade de Urgência e Emergência <sup>2</sup> | 4                      | 1,23  | 412           | 0,02  |
| <b>Natureza Jurídica</b>                      |                        |       |               |       |
| Entidades sem fins lucrativos                 | 38                     | 11,73 | 1.339.987     | 66,92 |
| Entidades Empresariais                        | 83                     | 25,62 | 374.057       | 18,68 |
| Administração Pública                         | 203                    | 62,65 | 288.416       | 14,40 |
| <b>Macrorregiões de Saúde</b>                 |                        |       |               |       |
| Leste   | 93                     | 29,06 | 1.786.189     | 89,20 |
| Sudoeste                                      | 44                     | 13,47 | 69.215        | 3,01  |
| Centro Leste                                  | 30                     | 9,38  | 61.670        | 3,08  |
| Oeste   | 24                     | 7,5   | 59.607        | 2,98  |
| Sul   | 56                     | 17,5  | 18.228        | 0,91  |



|   |     |       |           |       |
|---|-----|-------|-----------|-------|
| Extremo-sul                                 | 25  | 7,81  | 8.138     | 0,41  |
| Nordeste                                    | 15  | 4,69  | 5.233     | 0,26  |
| Centro-norte                                | 17  | 5,31  | 1.892     | 0,09  |
| Norte                                       | 16  | 5,00  | 1.288     | 0,06  |
| <b>Procedimentos Realizados<sup>3</sup></b> |     |       |           |       |
| Procedimentos Clínicos                      | 214 | 66,25 | 1.961.061 | 97,93 |
| Dispensação de Medicamentos                 | 4   | 1,24  | 34.436    | 1,72  |
| Procedimentos com finalidade diagnóstica    | 55  | 17,03 | 3.836     | 0,19  |
| Ações Complementares                        | 69  | 21,36 | 2.091     | 0,10  |
| Órtese, prótese, materiais especiais        | 9   | 2,79  | 550       | 0,03  |
| Procedimentos Cirúrgicos                    | 9   | 2,79  | 273       | 0,01  |
| Ações de Prevenção e Promoção               | 2   | 0,62  | 218       | 0,01  |

<sup>1</sup> Secretarias de Saúde e centrais de regulação em saúde

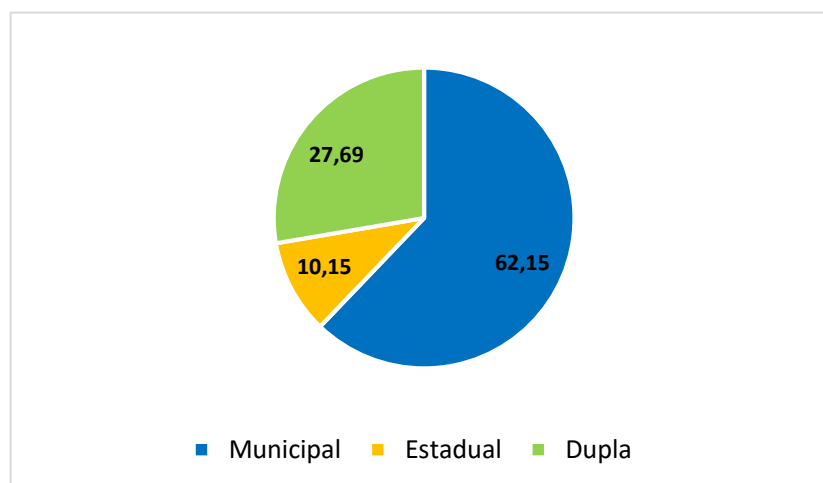
<sup>2</sup> Pronto Socorro Geral e Especializado e Pronto Atendimento

<sup>3</sup> Um mesmo estabelecimento pode ter registrado múltiplos procedimentos.

**Fonte:** Arquivo da produção ambulatorial SIA/SUS (2017).

Com relação a Natureza Jurídica, 62,8% são da Administração Pública, porém as Entidades Empresariais (unidades privadas) representam um número significativo de dispositivos com 25,5% e em último lugar estão as Entidades sem Fins Lucrativos com 11,3%. A Gestão é municipal em 62,2% das unidades, estadual em 10,2% e em 27,7% a responsabilidade é dupla, estado e município (Gráfico 1).

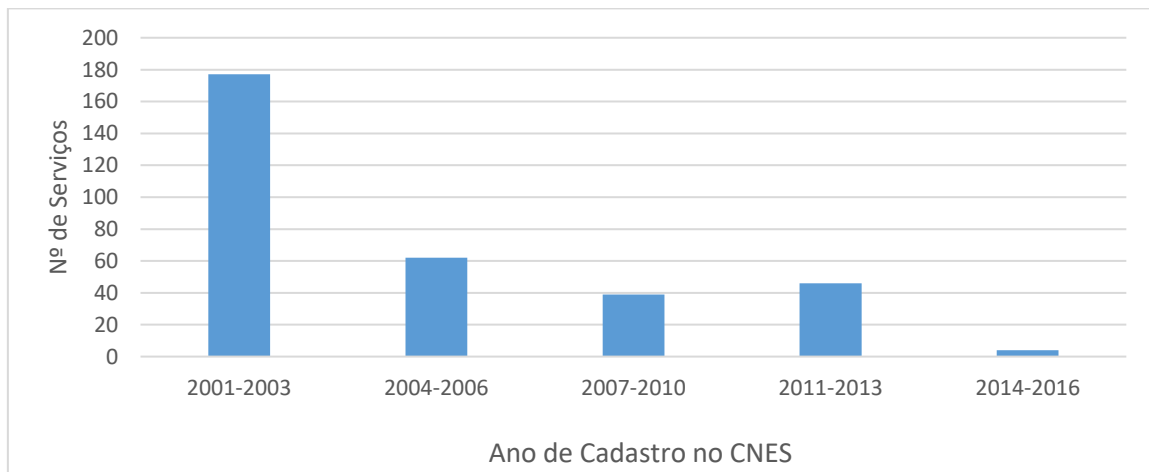
**Gráfico 1-** Percentual de equipamentos ambulatoriais com registro de atendimentos em saúde mental infanto-juvenil, na Bahia entre 2008 e 2016, segundo os Tipos de Gestão.



**Fonte:** Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (2017).

A variável Ano de Cadastro no CNES demonstra diminuição significativa de novos estabelecimentos ao longo dos anos, sendo 178 unidades (54,1%) até o ano de 2003, e após 2010 apenas 50 novos cadastros foram identificados. Porém, pode haver erro de interpretação deste resultado, pois o ano do cadastramento não representa necessariamente o ano de implantação do serviço, significa apenas o momento em que seu registro passou a compor o sistema de informações do CNES. O CNES foi criado em 1999 (BRASIL. MINISTÉRIO SAÚDE, 2015) e nos primeiros anos da sua implantação, os serviços já existentes foram incluídos, havendo uma natural diminuição de cadastros nos anos seguintes (Gráfico 2).

**Gráfico 2-** Período de cadastro no CNES dos equipamentos ambulatoriais que registraram atendimento em saúde mental infanto-juvenil na Bahia.



**Fonte:** Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (2017).

Com relação aos Procedimentos realizados, 214 serviços registraram atendimentos Clínicos, envolvendo consultas, acompanhamento, tratamento por diferentes categorias profissionais. As Ações Complementares em Saúde, que incluem as atividades de regulação e autorização, estiveram em segundo lugar, tendo sido realizadas por 69 unidades. As Ações de Prevenção e Promoção em Saúde, que constituem ações coletivas e individuais de educação em saúde, foram identificados em apenas 2 estabelecimentos (Tabela 1).

A Macrorregião de saúde Leste abriga 93 (29,6%) serviços ambulatoriais com registro de atenção em saúde mental para crianças e jovens. A capital baiana e região metropolitana estão nesta macrorregião, marcada pela industrialização e alta densidade demográfica. Em segundo lugar em número de equipamentos está a região Sudoeste, com 44 (13,8%) unidades. Já a região Nordeste possui o menor número de serviços, com apenas 16 (4,8%) (Tabela 1).

## 5.2 Caracterização dos atendimentos

Observou-se 2.002.458 registros de atenção ambulatorial para menores de 19 anos, com diagnóstico principal de Transtornos Mentais e Comportamentais, na série histórica estudada (CID10).

Os Centros de Especialidades foram responsáveis por 75,2% destes registros, seguidos pelas Policlínicas, com 12,5%, e Hospitais Especializados, com 11,3%. As Clínicas/Unidades Básicas (UBS) contribuíram com menos de 0,2% dos atendimentos, apesar de estarem em terceiro lugar em número de serviços. Já os registros segundo Natureza Jurídica, demonstraram que Entidades sem Fins Lucrativos, apesar de não serem maioria, foram responsáveis por 66,9%, e as Entidades Empresariais por 18,7%. Já a Administração Pública, maioria em quantidade de serviços, representou 14,4% dos atendimentos registrados nos nove anos estudados (Tabela 1).

A macrorregião Leste, com sede em Salvador, concentrou 89,2% dos registros, seguida pela Centro-Leste, com 3,8% e Sudoeste com 3%. A macrorregião Norte, que contém o menor número de unidades, registrou também a menor frequência de atendimentos, com 0,06%. A respeito dos procedimentos realizados, os atendimentos Clínicos, tiveram destaque, representando 97,8% do total. Em segundo lugar esteve a Dispensação de Medicamentos, com 1,7%, apesar de apenas 4 serviços terem registrados este tipo de procedimento. Já as Ações de Prevenção e Promoção, relacionadas à educação em saúde, ocuparam a última posição, com a frequência absoluta de 218 registros entre os anos de 2008 a 2016 (Tabela 1).

Com relação ao perfil nosológico, a causa principal do atendimento esteve concentrada em dois grupos diagnósticos: Transtornos do Desenvolvimento Psicológico (F80-89) com 55,4%, seguido do Retardo Mental (F90-98), com 36,6%. Em terceiro lugar ficaram os Transtornos Mentais e do Comportamento que aparecem habitualmente na infância e adolescência (F90-98), com 3,5%. Já os Transtornos devido ao uso de SPA (F10-F19) foram os de menor número, totalizando apenas 270 (0,01%) registros. O maior volume de atendimentos correspondeu ao sexo masculino, com 64,2%, e a faixa etária de 10 a 14 anos, com 39,8%, seguida das crianças de 5 a 9 anos com 29,1% (Tabela 2).

**Tabela 2-** Distribuição dos registros de atendimentos ambulatoriais em saúde mental para infância e adolescência, de acordo com grupos de diagnóstico e variáveis de interesse, entre os anos de 2008 a 2016 na Bahia.

| Variável   | n=2.002.458 | %     |
|--|-------------|-------|
| <b>Diagnósticos (CID 10)</b>   |             |       |
| Transtorno do Desenvolvimento Psicológico (F80-89)   | 1.108.669   | 55,37 |
| Retardo mental (F70-79)  | 732.435     | 36,58 |
| Transtornos do Comportamento que aparecem habitualmente na infância ou adolescência (F90-98) | 69.112      | 3,45  |
| Síndromes comportamentais associadas à disfunções fisiológicas (F50-59)                      | 45.482      | 2,27  |
| Esquizofrenia, Transtornos esquizotípicos e delirantes (F20-29)                              | 34.679      | 1,73  |
| Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos (F00-09)                            | 7.313       | 0,37  |
| Transtorno Mental não especificado (F99)   | 1.763       | 0,09  |
| Transtornos Neuróticos, relacionados ao stress e somatoformes (F40-49)                       | 1.611       | 0,08  |
| Transtornos do humor (F30-39)  | 785         | 0,04  |
| Transtornos da personalidade e do comportamento adulto (F60-69)                              | 346         | 0,02  |
| Transtornos devido ao uso de SPA (F10-19)  | 270         | 0,01  |
| <b>Sexo</b>  |             |       |
| Feminino   | 716.593     | 35,79 |
| Masculino  | 1.285.872   | 64,21 |
| <b>Faixa Etária</b>  |             |       |
| Menor de 1 ano   | 112.156     | 5,6   |
| 1 a 4 anos   | 132.636     | 6,62  |
| 5 a 9 anos   | 585.006     | 29,21 |
| 10 a 14 anos   | 796.724     | 39,79 |
| 15 a 19 anos   | 375.943     | 18,77 |
| <b>Raça/cor</b>  |             |       |
| Branca   | 58.522      | 2,92  |
| Preta  | 211.859     | 10,58 |
| Parda  | 153.819     | 7,68  |
| Amarela  | 581.159     | 29,02 |
| Indígena   | 1.142       | 0,06  |
| Sem Informação   | 995.964     | 49,74 |

**Fonte:** Arquivo da produção ambulatorial SIA/SUS (2017).

Com relação à Raça/Cor, 49,7% dos registros não possuíam informações sobre esta variável, e inesperadamente a segunda maior porcentagem ficou para a raça/cor Amarela, com 29%, o que sugere incoerência nesta variável, tornando-a inapta para análise (Tabela 2).

Entre as Categorias Profissionais responsáveis pelos atendimentos, Pedagogos representaram 21,1%, seguidos de Psicólogos (17,9%), Fonoaudiólogos (15,2%), Serviço Social (12,7%), Terapeutas Ocupacionais (12,5%) e Fisioterapeutas (10,2%). Os Médicos Psiquiatras foram a especialidade médica mais frequente, porém representaram apenas 3,6% do total de registros. A segunda especialidade da medicina mais registrada foi a Neurologia, responsável por 1,6% e a terceira a Ortopedia, com 0,6%. Os pediatras registraram apenas 0,13% dos atendimentos (Tabela 3).

**Tabela 3-** Distribuição dos registros de atendimento ambulatorial em saúde mental infanto-juvenil por Categoria Profissional<sup>1</sup>, registrados de 2008 a 2016 na Bahia.

| <b>Variável</b>               | <b>n(= 2.002.458)</b> | <b>%</b> |
|-------------------------------|-----------------------|----------|
| <b>Categoria Profissional</b> |                       |          |
| Pedagogo                      | 442.901               | 22,12    |
| Psicólogo                     | 357.589               | 17,86    |
| Fonoaudiólogo                 | 304.117               | 15,19    |
| Serviço Social                | 253.478               | 12,66    |
| Terapeuta Ocupacional         | 250.498               | 12,51    |
| Fisioterapeuta                | 203.303               | 10,15    |
| Médico Psiquiatra             | 72.710                | 3,63     |
| Farmacêutico                  | 34.440                | 1,72     |
| Médico Neurologista           | 31.696                | 1,58     |
| Psicopedagogo                 | 20.467                | 1,02     |
| Médico Ortopedista            | 10.796                | 0,54     |
| Médico Fisiatra               | 8.721                 | 0,44     |
| Médico Pediatra               | 2.674                 | 0,13     |
| Enfermeiro                    | 1.141                 | 0,06     |
| Musicoterapeuta               | 935                   | 0,05     |
| Médico outras especialidades  | 748                   | 0,04     |
| Nutricionista                 | 266                   | 0,01     |

|                                |     |      |
|--------------------------------|-----|------|
| Professor da Educação Infantil | 85  | 0,00 |
| Profissionais de Nível Técnico | 9   | 0,00 |
| Odontologista                  | 6   | 0,00 |
| Sem Informação                 | 576 | 0,03 |

<sup>1</sup> Segundo o Código Brasileiro de Ocupações-CBO consultado no site do Ministério do Trabalho, disponível em: <www.mtecbo.gov.br>, acesso em 21 dez 2017.

**Fonte:** Arquivo da produção ambulatorial SIA/SUS (2017).

### 5.2.1 Descrição dos atendimentos para os diferentes tipos de estabelecimentos ambulatoriais

Classificando-se cada tipo de estabelecimento segundo a natureza jurídica, foi possível identificar que 60% dos atendimentos realizados nos Centros de Especialidades foram feitos por unidades classificadas como Entidades sem Fins Lucrativos (filantrópicas). O mesmo aconteceu para 98,5% dos atendimentos nas Policlínicas e 78% dos que se deram em Hospitais Especializados. Destaca-se que para os Centros de Especialidades e Policlínicas, a Administração Pública foi a responsável pelo menor número de registros, representando 14,6% e 1% respectivamente (Tabela 4, Gráfico 3).

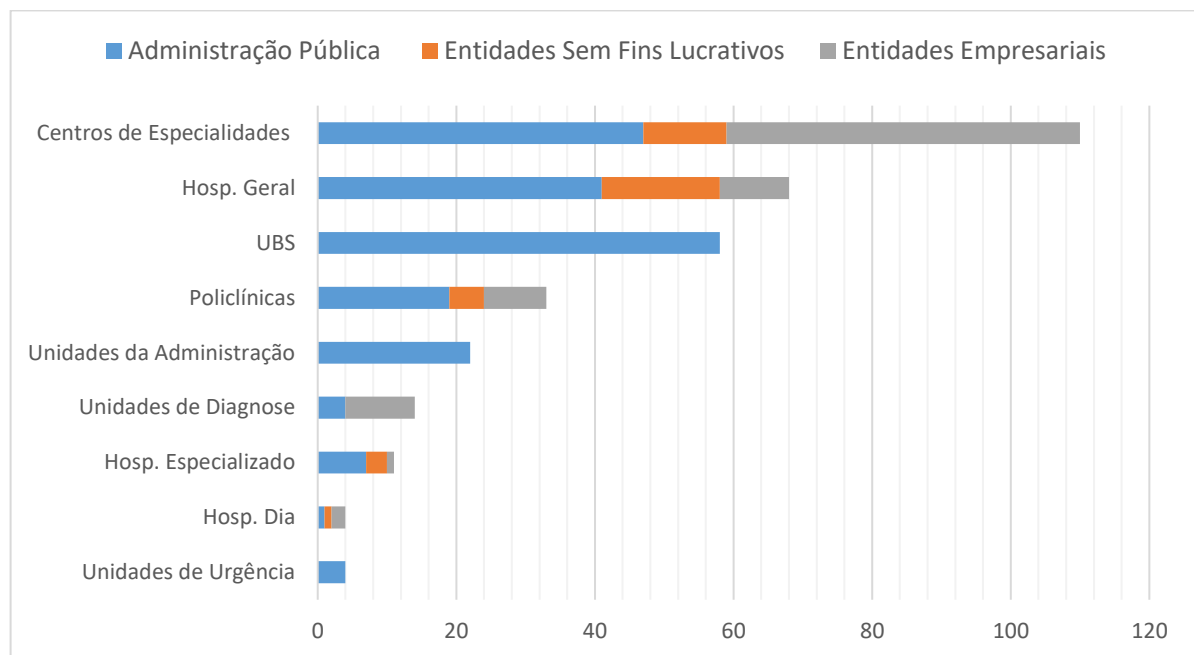
**Tabela 4-** Frequência e Percentual de Atendimentos por Natureza Jurídica, de acordo com os Tipos de Estabelecimentos, de 2008 a 2016 na Bahia

| Tipo de Estabelecimento           | Natureza Jurídica     |                               |                        | Total              |
|-----------------------------------|-----------------------|-------------------------------|------------------------|--------------------|
|                                   | Administração Pública | Entidades sem Fins Lucrativos | Entidades Empresariais |                    |
| Centros de Especialidades         | 219.895<br>(14,61)    | 912.694<br>(60,65)            | 372.212<br>(24,73)     | 1.504.801<br>(100) |
| Policlínicas                      | 2.523<br>(1,01)       | 247.331<br>(98,54)            | 1.137<br>(0,45)        | 250.991<br>(100)   |
| Hospitais Especializados          | 49.749<br>(21,92)     | 177.147<br>(78,06)            | 28<br>(0,01)           | 226.924<br>(100)   |
| Hospitais Gerais                  | 6.681<br>(66,92)      | 2.812<br>(28,17)              | 490<br>(4,91)          | 9.983              |
| Unidades de Diagnose e Terapia    | 4.036<br>(95,66)      | 0                             | 183<br>(4,34)          | 4.219<br>(100)     |
| Clínicas/Unidades Básica de Saúde | 3.561<br>(100)        | 0                             | 0                      | 3.561<br>(100)     |
| Hospitais Dia                     | 869<br>(98,86)        | 3<br>(0,34)                   | 7<br>(0,80)            | 879<br>(100)       |

|   |                    |                      |                    |                    |
|---|--------------------|----------------------|--------------------|--------------------|
| Unidades da Administração em saúde <sup>2</sup> | 688<br>(100)       | 0                    | 0                  | 688<br>(100)       |
| Unidades de Urgência e Emergência <sup>3</sup>  | 412<br>(100)       | 0                    | 0                  | 412<br>(100)       |
| Total   | 288.416<br>(14,40) | 1.339.987<br>(66,92) | 374.057<br>(18,68) | 2.002.460<br>(100) |

**Fonte:** Arquivo da produção ambulatorial SIA/SUS (2017).

**Gráfico 3- Tipos de Estabelecimentos com registro de atenção em saúde mental infanto-juvenil, classificados por Natureza Jurídica, na Bahia de 2008 a 2016**



**Fonte:** Arquivo da produção ambulatorial SIA/SUS (2017).

Os Hospitais Gerais tiveram seus registros de atendimentos divididos 66,9% na Administração Pública, 28,2% na Entidades sem Fins Lucrativos e 4,9% nas Entidades Empresariais. Já para as Unidades de Diagnose e Terapia, UBSs, Hospitais Dia, Unidades de Urgência e Emergência, a Administração Pública foi a responsável por quase a totalidade da assistência ambulatorial em saúde mental infanto-juvenil (Tabela 4).

Com relação a frequência anual de atendimentos, destaca-se o crescimento abrupto dos registros entre o ano de 2012 e 2013 para os Centros de Especialidades e Policlínica. Os primeiros, no ano de 2012 registraram 54,8% do total de atendimentos ambulatoriais em saúde mental infanto-juvenil, já em 2013 este número cresce para 79%, mantendo-se esta média até 2016. Já as Policlínicas, em 2012 foram responsáveis por 4,7% dos atendimentos e em 2013 cresceram para 21,5%, mantendo-se valores parecidos até 2016 (Tabela 5).

**Tabela 5-** Frequência e Percentual de atendimentos conforme ano, de acordo com os Tipos de Estabelecimentos que realizaram atendimento em saúde mental infanto-juvenil no estado da Bahia, 2008 – 2016.

| Tipo de Estabelecimento         | Ano               |                   |                   |                   |                   |                    |                    |                    |                    |                      |
|---------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|----------------------|
|                                 | 2008              | 2009              | 2010              | 2011              | 2012              | 2013               | 2014               | 2015               | 2016               | Total                |
| Centro de Especialidades        | 24.610<br>(70,28) | 43.167<br>(65,92) | 49.760<br>(64,27) | 54.080<br>(56,88) | 52.767<br>(54,84) | 325.311<br>(79,04) | 316.632<br>(78,48) | 304.375<br>(78,33) | 334.099<br>(77,76) | 1.504.801<br>(75,15) |
| Policlínica                     | 2.596<br>(7,41)   | 3.227<br>(4,93)   | 3.994<br>(5,16)   | 4.504<br>(4,74)   | 4.519<br>(4,70)   | 53.944<br>(13,11)  | 54.771<br>(13,58)  | 56.792<br>(14,61)  | 66.644<br>(15,51)  | 250.991<br>(12,53)   |
| Hospital Especializado          | 6.532<br>(18,65)  | 17.720<br>(27,06) | 20.680<br>(26,71) | 33.345<br>(35,07) | 36.204<br>(37,63) | 30.188<br>(7,33)   | 29.871<br>(7,40)   | 25.467<br>(6,55)   | 26.917<br>(6,27)   | 226.924<br>(11,33)   |
| Hospital Geral                  | 848<br>(2,42)     | 581<br>(0,89)     | 973<br>(1,26)     | 1.377<br>(1,45)   | 1.686<br>(1,75)   | 1.443<br>(0,35)    | 1.331<br>(0,33)    | 850<br>(0,21)      | 939<br>(0,22)      | 9.983<br>(0,50)      |
| Unidade de Diagnose e Terapia   | 338<br>(0,97)     | 591<br>(0,90)     | 1.392<br>(1,80)   | 1.139<br>(1,20)   | 474<br>(0,49)     | 135<br>(0,03)      | 57<br>(0,01)       | 65<br>(0,02)       | 28<br>(0,01)       | 4.219<br>(100)       |
| Clínica/Unidade Básica de Saúde | 68<br>(0,19)      | 158<br>(0,24)     | 421<br>(0,54)     | 425<br>(0,45)     | 410<br>(0,42)     | 414<br>(0,10)      | 659<br>(0,16)      | 688<br>(0,18)      | 318<br>(0,07)      | 3.561<br>(0,18)      |
| Outros                          | 24<br>(0,08)      | 39<br>(0,06)      | 200<br>(0,26)     | 210<br>(0,21)     | 163<br>(0,16)     | 128<br>(0,04)      | 127<br>(0,04)      | 355<br>(0,10)      | 688<br>(0,16)      | 1.979<br>(0,10)      |
| Total                           | 35.016<br>(100)   | 65.483<br>(100)   | 77.420<br>(100)   | 95.082<br>(100)   | 96.223<br>(100)   | 411.563<br>(100)   | 403.448<br>(100)   | 388.592<br>(100)   | 429.633<br>(100)   | 2.002.460<br>(100)   |

**Fonte:** Arquivo da produção ambulatorial SIA/SUS (2017).



Diante do aumento no percentual de atendimentos nestas duas modalidades de equipamentos, observa-se o processo inverso para os valores relativos encontrados para os Hospitais Especializados. Em 2012 estas unidades representavam 32,6% e já em 2013 este número é reduzido para 7,3%. O Hospital Geral também apresenta redução dos registros ao longo dos nove anos, inicialmente, em 2008, representava 2,4% e em 2016 apenas 0,2%. Os demais tipos de equipamentos mantiveram seus percentuais baixos e relativamente constantes ao longo dos nove anos. (Tabela 5).

O Centros de Especialidades foram as unidades responsáveis pela maioria dos registros das macrorregiões Leste (73,4%) Centro Leste (91%), Sudoeste (96,5%), Oeste (98,9%), Extremo Sul (81,1%) e Nordeste (86,6%). E as Policlínicas estiveram na segunda posição na macro Leste com 13,7%, Sul com 26,8% e Extremo-sul com 14,4% (Tabela 6).

Os Hospitais Especializados, registraram atendimentos apenas nas macrorregiões Leste, com 13,7%, Centro-Leste, com 5,4% e Sul, com 0,7%. Já os Hospitais Gerais realizaram atendimentos ambulatoriais em saúde mental infanto-juvenil em todas as macrorregiões do estado, com percentuais baixos, exceto para o Centro-Norte, onde representou 65% (Tabela 6).

A macrorregião Norte apresentou o menor número de registros de modo geral, porém, nesta região as Clínicas/Unidades Básicas (UBS) concentraram 92,6% dos atendimentos. Nesta macro os Centros de Especialidades foram responsáveis por apenas 5,4% e não foram registrados atendimentos feitos por Policlínicas e Hospitais Especializados (Tabela 6).

Constatou-se que os Centros de Especialidades, Policlínicas e Hospitais Gerais, concentraram 99% dos registros de atenção ambulatorial em saúde mental à criança e adolescente, entre 2008 e 2016 na Bahia. Desse modo, a descrição destes serviços será aprofundada levando-se em consideração a análise temporal em conjunto com as demais variáveis.

**Tabela 6-** Distribuição de Atendimentos por Macrorregião de Saúde, de acordo com os Tipos de estabelecimentos, de 2008 a 2016 na Bahia.

| Tipo de Estabelecimento          | Macrorregião de Saúde |                   |                   |                   |                  |                  |                  |                  |                  | Total                |
|----------------------------------|-----------------------|-------------------|-------------------|-------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|----------------------|
|                                  | Leste                 | Centro Leste      | Sudoeste          | Oeste             | Sul              | Extremo Sul      | Nordeste         | Centro Norte     | Norte            |                      |
| Centro de Especialidades         | 1.311.935<br>(73,45)  | 56.162<br>(91,07) | 58.098<br>(96,48) | 58.999<br>(98,98) | 7.834<br>(45,98) | 6.600<br>(81,10) | 4.532<br>(86,60) | 571<br>(30,21)   | 70<br>(5,43)     | 1.504.801<br>(75,15) |
| Policlínica                      | 244.362<br>(13,68)    | 40<br>(0,06)      | 243<br>(0,40)     | 270<br>(0,45)     | 4.887<br>(26,81) | 1.172<br>(14,40) | 0                | 17<br>(0,90)     | 0                | 250.991<br>(12,53)   |
| Hospital Especializado           | 223.485<br>(12,51)    | 3.314<br>(5,37)   | 0                 | 0                 | 125<br>(0,69)    | 0                | 0                | 0                | 0                | 226.924<br>(11,33)   |
| Hospital Geral                   | 5.203<br>(0,29)       | 857<br>(1,39)     | 1.197<br>(1,99)   | 105<br>(0,18)     | 1.053<br>(5,78)  | 234<br>(2,88)    | 77<br>(1,47)     | 1.236<br>(65,40) | 21<br>(1,63)     | 9.983<br>(0,50)      |
| Unidade de Diagnose e Terapia    | 32<br>(0,00)          | 0                 | 2<br>(0,00)       | 49<br>(0,08)      | 4.092<br>(22,45) | 38<br>(0,47)     | 2<br>(0,04)      | 0                | 4<br>(0,31)      | 4.219<br>(0,21)      |
| Clínica/Unidade Básica de Saúde  | 241<br>(0,01)         | 1.289<br>(2,09)   | 228<br>(0,38)     | 42<br>(0,07)      | 218<br>(1,20)    | 22<br>(0,27)     | 313<br>(5,98)    | 15<br>(0,79)     | 1.193<br>(92,62) | 3.561<br>(0,18)      |
| Hospital Dia                     | 872<br>(0,05)         | 0                 | 6<br>(0,01)       | 0                 | 0                | 0                | 0                | 1<br>(0,05)      | 0                | 879<br>(0,04)        |
| Unidade da Administração         | 59<br>(0,00)          | 8<br>(0,01)       | 280<br>(0,47)     | 142<br>(0,24)     | 19<br>(0,10)     | 27<br>(0,33)     | 103<br>(1,97)    | 50<br>(2,65)     | 0                | 688<br>(0,03)        |
| Unidade de Urgência e Emergência | 0                     | 0                 | 161<br>(0,27)     | 0                 | 0                | 45<br>(0,55)     | 206<br>(3,94)    | 0                | 0                | 412<br>(0,02)        |
| Total                            | 1.786.189<br>(100)    | 61.670<br>(100)   | 60.215<br>(100)   | 59.607<br>(100)   | 18.228<br>(100)  | 8.138<br>(100)   | 5.233<br>(100)   | 1.892<br>(100)   | 1.288<br>(100)   | 2.002.460<br>(100)   |

**Fonte:** Arquivo da produção ambulatorial SIA/SUS (2017).

*Centros de Especialidades:*

O perfil nosológico dos atendimentos nestas unidades manteve percentuais equilibrados ao longo do período estudado, tendo os Transtornos do Desenvolvimento Psicológico representado 50,2% do total de registros, seguidos do Retardo Mental, com 45,8% e dos Transtornos que aparecem habitualmente na Infância ou Adolescência, com 3,8% (Tabela 7).

**Tabela 07-** Descrição dos atendimentos em saúde mental infanto-juvenil, registrados pelos serviços ambulatoriais do tipo **Centros de Especialidades (n= 1.504.801)**, de 2008 a 2016 na Bahia.

| <b>Variável</b>   | <b>2008-2010</b>   | <b>2011-2014</b>   | <b>2014-2016</b>   | <b>Total</b>         |
|---|--------------------|--------------------|--------------------|----------------------|
| <b>CID</b>  |                    |                    |                    |                      |
| Transtorno do Desenvolvimento Psicológico (F80-89)            | 62.218<br>(52,93)  | 221.936<br>(51,36) | 417.405<br>(49,37) | 755.694<br>(50,22)   |
| Retardo mental (F70-79)                                       | 50.713<br>(43,15)  | 195.331<br>(45,20) | 444.405<br>(46,53) | 690.449<br>(45,88)   |
| Transtornos que aparecem na infância ou adolescência (F90-98) | 3.839<br>(3,27)    | 14.513<br>(3,36)   | 39.005<br>(4,08)   | 57.357<br>(3,81)     |
| Outros  | 767<br>(0,65)      | 378<br>(0,08)      | 156<br>(0,02)      | 1.301<br>(0,09)      |
| <b>Procedimentos Realizados</b>                               |                    |                    |                    |                      |
| Procedimentos Clínicos  | 117.368<br>(99,86) | 432.042<br>(99,97) | 954.680<br>(99,96) | 1.504.090<br>(99,95) |
| Outros  | 169<br>(0,14)      | 116<br>(0,03)      | 426<br>(0,04)      | 711<br>(0,05)        |
| <b>Categorias Profissionais</b>                               |                    |                    |                    |                      |
| Pedagogo  | 14.193<br>(12,08)  | 116.431<br>(26,94) | 231.955<br>(24,29) | 362.579<br>(24,09)   |
| Psicólogo   | 17.209<br>(14,64)  | 66.126<br>(15,30)  | 172.359<br>(18,05) | 255.694<br>(16,99)   |
| Fonoaudiólogo   | 15.321<br>(13,04)  | 54.885<br>(12,70)  | 163.336<br>(17,10) | 233.542<br>(15,52)   |
| Assistente Social   | 5.297<br>(4,51)    | 49.028<br>(11,34)  | 154.202<br>(16,15) | 208.527<br>(13,86)   |
| Terapeuta Ocupacional   | 8.563<br>(7,29)    | 52.704<br>(12,20)  | 129.427<br>(13,55) | 190.694<br>(12,67)   |
| Fisioterapeuta  | 10.651<br>(9,06)   | 48.042<br>(11,12)  | 60.337<br>(6,32)   | 119.382<br>(7,91)    |

|                     |                   |                  |                  |                  |
|---------------------|-------------------|------------------|------------------|------------------|
| Médico Psiquiatra   | 37.508<br>(31,91) | 26.797<br>(6,20) | 7.772<br>(0,81)  | 72.007<br>(4,79) |
| Outros <sup>1</sup> | 8.796<br>(7,54)   | 18.145<br>(4,20) | 35.718<br>(3,73) | 62.367<br>(4,17) |

<sup>1</sup> Farmacêutico; médico neurologista, ortopedista, fisiatra, radiologista, pediatra, clínico; odontólogo; psicopedagogo; enfermeiro; nutricionista; músico terapeuta.

**Fonte:** Arquivo da produção ambulatorial SIA/SUS (2017).

Os procedimentos clínicos compuseram quase a totalidade da atenção registrada, com 99,9%. Porém, esse tipo de estabelecimento foi o único a possuir também registros de Ações de Prevenção e Promoção da Saúde, relacionadas a atividades de educação individuais e coletivas em saúde, contando com o total de 218 procedimentos ao longo da série histórica.

Os atendimentos registrados foram realizados por diferentes categorias profissionais, estando os Pedagogos em primeiro lugar, com 24,1%, seguindo-se dos Psicólogos, com 17%. Porém, nos três primeiros anos, entre 2008 e 2010, a Psiquiatria liderava a frequência de atendimentos, com 31,9% dos registros. Já entre 2014 e 2016 estes profissionais apareceram na 7ª posição, representando apenas 0,81% dos atendimentos feitos (Tabela 7).

#### *Policlínicas:*

O grupo diagnóstico Transtornos do Desenvolvimento Psicológico foi também o mais atendido nas Policlínicas, mantendo percentuais constantes em torno de 83%. O Retardo Mental foi o segundo diagnóstico mais frequente, porém com percentuais mais baixos do que nos Centros de Especialidades, apresentando crescimento de 1,4% entre 2008 e 2010 para 12,5% entre 2014 e 2016. Os procedimentos Clínicos foram igualmente maioria, compondo 99,9% do total.

Analisando-se as categorias profissionais responsáveis pelos atendimentos, constatou-se que os neurologistas foram responsáveis por 67,5% dos registros entre 2008 e 2010. Porém este valor caiu nos anos seguintes, chegando a 0,1% entre 2014 e 2016. O inverso se deu com as categorias multiprofissionais, como a Psicologia, que inicialmente representava 0,08% dos atendimentos, nos últimos anos atingiu 17%; Fonoaudiologia, que dobrou o percentual de registros de 9,3% para 18,8%; Assistência Social que teve crescimento de quase 17% durante o período estudado e Terapia Ocupacional, que não tinha registro nos três primeiros anos de estudo, mas em 2016 representou 17,5% (Tabela 8).

**Tabela 08-** Descrição dos atendimentos em saúde mental infanto-juvenil, registrados pelos serviços ambulatoriais do tipo **Policlínicas (n= 250.991)**, de 2008 a 2016 na Bahia.

| Variável  | 2008-2010        | 2011-2014         | 2014-2016          | Total              |
|---|------------------|-------------------|--------------------|--------------------|
| <b>CID</b>  |                  |                   |                    |                    |
| Transtorno do Desenvolvimento Psicológico (F80-89)            | 8.117<br>(82,68) | 53.375<br>(84,77) | 150.746<br>(84,59) | 212.238<br>(84,56) |
| Retardo mental (F70-79)                                       | 136<br>(1,39)    | 6.311<br>(10,02)  | 22.307<br>(12,52)  | 28.754<br>(11,45)  |
| Transtornos que aparecem na infância ou adolescência (F90-98) | 875<br>(8,91)    | 2.377<br>(3,77)   | 1.804<br>(1,01)    | 5.056<br>(2,01)    |
| Outros  | 689<br>(7,02)    | 904<br>(1,44)     | 3.350<br>(1,88)    | 250.689<br>(99,88) |
| <b>Procedimentos Realizados</b>                               |                  |                   |                    |                    |
| Procedimentos Clínicos  | 9.772<br>(99,54) | 62.925<br>(99,93) | 177.992<br>(99,88) | 250.689<br>(99,88) |
| Outros  | 45<br>(0,46)     | 42<br>(0,07)      | 215<br>(0,12)      | 302<br>(0,12)      |
| <b>Categorias Profissionais</b>                               |                  |                   |                    |                    |
| Psicólogo   | 8<br>(0,08)      | 14.556<br>(23,12) | 30.290<br>(17,00)  | 44.854<br>(17,87)  |
| Fonoaudiólogo   | 908<br>(9,25)    | 10.214<br>(16,22) | 33.565<br>(18,83)  | 44.687<br>(17,80)  |
| Assistente Social   | 2<br>(0,02)      | 10.891<br>(17,30) | 29.656<br>(16,64)  | 40.549<br>(16,16)  |
| Terapeuta Ocupacional   | 0                | 7.873<br>(12,50)  | 31.095<br>(17,45)  | 38.968<br>(15,53)  |
| Fisioterapeuta  | 2.230<br>(22,72) | 10.688<br>(16,97) | 20.832<br>(11,69)  | 33.750<br>(13,44)  |
| Pedagogo  | 0                | 2.640<br>(4,19)   | 28.178<br>(15,81)  | 30.819<br>(6,73)   |
| Médico Neurologista   | 6.626<br>(67,50) | 6.063<br>(9,63)   | 1.726<br>(0,97)    | 14.415<br>(5,42)   |
| Outros <sup>1</sup>   | 43<br>(0,43)     | 42<br>(0,07)      | 2.865<br>(1,61)    | 2.949<br>(7,05)    |

<sup>1</sup>Médico psiquiatra, ortopedista, fisiatra, radiologista, pediatra, clínico; farmacêutico; psicopedagogo; enfermeiro; nutricionista; músico terapeuta.

**Fonte:** Arquivo da produção ambulatorial SIA/SUS (2017).

### Hospitais Especializados:

Novamente os Transtornos do Desenvolvimento Psicológico foram os diagnósticos mais atendidos, representando 59,9% dos casos. Porém, diferentemente dos Centros de Especialidades e Policlínicas, a segunda posição entre os diagnósticos mais frequentes foram as Síndromes Comportamentais, totalizando 20%, seguidas da Esquizofrenia e Transtornos Esquizotípicos, com 15,2%. Com relação aos procedimentos realizados, apesar dos atendimentos Clínicos também prevalecerem, com 83,7%, a Dispensação de Medicamentos representou uma parcela significativa da assistência registrada, totalizando 15,2% (Tabela 9).

Para as categorias profissionais responsáveis pelos registros, destaca-se a ausência dos médicos entre as posições mais frequentes, prevalecendo a Psicologia com 24,8% dos atendimentos, Pedagogia com 21,6% e Fisioterapia com 18,2%. Os Farmacêuticos contribuíram com 14,2%, coadunando com a modalidade de procedimentos de dispensação de medicamentos identificada neste tipo de estabelecimento (Tabela 9).

**Tabela 9-** Descrição dos atendimentos em saúde mental infanto-juvenil, registrados pelos serviços do tipo **Hospital Especializado (n= 226.924)**, de 2008 a 2016 na Bahia.

| Variável   | 2008-2010         | 2011-2014         | 2014-2016         | Total              |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|--------------------|
| <b>CID</b>   |                   |                   |                   |                    |
| Transtorno do Desenvolvimento Psicológico (F80-89) | 31.357<br>(69,79) | 57.593<br>(57,74) | 47.016<br>(57,16) | 135.966<br>(59,92) |
| Síndromes comportamentais (F50-59)                 | 1.597<br>(3,55)   | 21.086<br>(21,14) | 22.771<br>(27,68) | 45.454<br>(20,03)  |
| <b>CID</b>   |                   |                   |                   |                    |
| Esquizofrenia, Transtornos esquizotípicos (F20-29) | 9.501<br>(21,15)  | 15.942<br>(15,98) | 8.997<br>(10,94)  | 34.440<br>(15,18)  |
| Outros   | 2.477<br>(5,51)   | 5.116<br>(5,14)   | 3.471<br>(4,22)   | 2.477<br>(4,25)    |
| <b>Procedimentos Realizados</b>                    |                   |                   |                   |                    |
| Procedimentos Clínicos                             | 34.949<br>(77,78) | 83.091<br>(83,31) | 72.292<br>(87,89) | 190.332<br>(83,87) |
| Dispensação de Medicamentos                        | 9.498<br>(21,14)  | 15.940<br>(15,98) | 8.998<br>(10,94)  | 34.436<br>(15,18)  |
| Outros   | 485<br>(1,08)     | 706<br>(0,71)     | 965<br>(1,17)     | 2.117<br>(0,95)    |
| <b>Categorias Profissionais</b>                    |                   |                   |                   |                    |

|                       |                   |                   |                   |                   |
|-----------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Psicólogo             | 9.623<br>(21,24)  | 30.483<br>(30,56) | 16.196<br>(19,69) | 56.302<br>(24,81) |
| Pedagogo              | 17.038<br>(37,92) | 20.987<br>(21,04) | 11.051<br>(13,44) | 49.076<br>(21,63) |
| Fisioterapeuta        | 2.484<br>(5,53)   | 21.343<br>(21,40) | 17.552<br>(21,34) | 41.379<br>(18,23) |
| Farmacêutico          | 9.498<br>(21,14)  | 15.941<br>(15,98) | 6.784<br>(8,25)   | 32.223<br>(14,20) |
| Fonoaudiólogo         | 5.943<br>(13,23)  | 6.686<br>(6,70)   | 7.981<br>(9,70)   | 20.610<br>(9,08)  |
| Terapeuta Ocupacional | 0                 | 3.611<br>(3,62)   | 16.885<br>(20,53) | 20.496<br>(9,03)  |
| Assistente Social     | 0                 | 0                 | 4.050<br>(4,93)   | 4.050<br>(1,79)   |
| Outros <sup>1</sup>   | 346<br>(0,94)     | 686<br>(0,07)     | 1.756<br>(2,12)   | 2.788<br>(1,23)   |

<sup>1</sup> Médico psiquiatra, neurologista, ortopedista, fisiatra, radiologista, pediatra, clínico; odontólogo; psicopedagogo; enfermeiro; nutricionista; músico terapeuta.

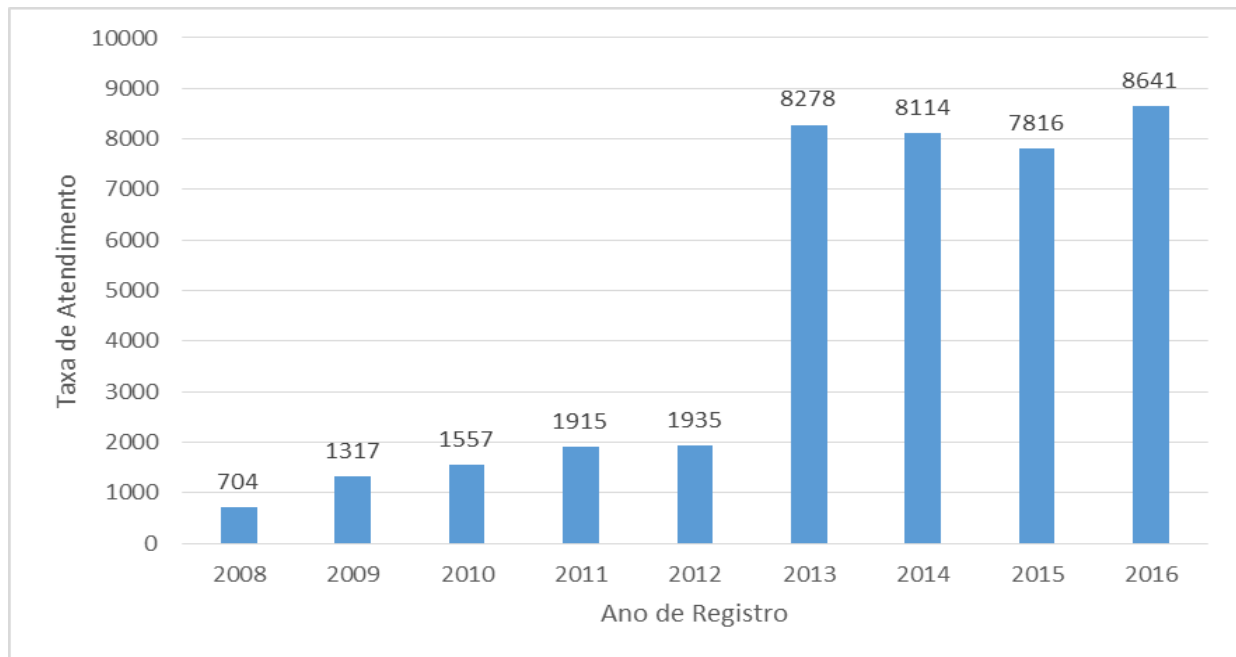
**Fonte:** Arquivo da produção ambulatorial SIA/SUS (2017).

### 5.3 Caracterização das taxas de atendimento

#### *Taxas de Atendimento por Ano de Registro:*

Observa-se uma taxa média de 4.475 atendimentos ambulatoriais em saúde mental infanto-juvenil a cada 100.00 habitantes, com desvio padrão de 3.365. Este valor elevado do desvio padrão se deve a variação e aumento das taxas anuais. Em 2008, foram identificados 704 registros a cada 100.00 habitantes, com crescimento moderado até 2012, ano que atinge 1.935 registros a cada 100.000 habitantes. Porém, em 2013, de forma abrupta, esta taxa é aumentada em aproximadamente 4 vezes, totalizando 8.278 atendimentos por 100.000 habitantes, mantendo-se valores próximos a este até 2016 (Gráfico 4).

**Gráfico 4:** Taxa<sup>1</sup> de Atendimento ambulatorial à criança e adolescente por Transtorno Mental e Comportamental (CID 10), entre 2008 e 2016 no estado da Bahia



<sup>1</sup> Quantidade de registros de atendimentos à menores de 19 anos cujo diagnóstico principal eram Transtornos mentais e comportamentais em cada ano estudado, dividido pela população menor de 19 anos do Estado Bahia, segundo o IBGE (Estimativas populacionais, estratificadas por idade pelo MS/SGEP/Datasus).

**Fonte:** Arquivo da produção ambulatorial SIA/SUS e IBGE (2017).

#### *Taxas de Atendimento por Ano de Registro e Macrorregiões de Saúde:*

A macrorregião Leste concentrou as maiores taxas anuais de atendimento. Destaca-se o aumento de quase cinco vezes nesta macrorregião entre o ano de 2012 e 2013, quando há crescimento de 4.840 para 28.302 atendimentos a cada 100.000 habitantes, mantendo-se valores semelhantes até 2016.

A macrorregião Oeste, com sede em Barreiras, possui a segunda maior taxa média de atendimentos, porém observa-se grande oscilação e discrepâncias, em 2008 são 28, em 2015 são 65 e 2016 apenas 31 atendimentos a cada 100.000 habitantes. Nos demais anos a taxa oscila entre 1.414 e 4.152 atendimentos a cada 100.000 habitantes. Não sendo possível observar um padrão temporal nesta região.

Em terceiro lugar está a macro Sudoeste, com sede em Vitória da Conquista, que apresenta crescimento progressivo, registrando em 2016 1.362 atendimentos a cada 100.000 habitantes. A macro Sul, sediada por Ilhéus, possui população parecida de menores de 19 anos com relação a Sudoeste, porém apresentou taxas significativamente mais baixas do que a sudoeste, com apenas 432 atendimentos cada 100.000 habitantes.

O Centro-leste, sediada Feira de Santana, apesar de ter a segunda maior população de



crianças e adolescentes do estado, está na quarta posição com relação às taxas de atendimentos. Apresenta crescimento moderado e nos últimos anos um aumento mais significativo das taxas, em 2014 com 830 atendimentos a cada 100.000 habitantes, chegando a 1.981 em 2016. O Extremo-Sul, com sede em Teixeira de Freitas, também apresenta crescimento maior nos dois últimos anos, aumentando cerca de 50% sua taxa entre 2015 e 2016. A região Norte mantém valores baixos ao longo da série histórica. Por fim, as demais macrorregiões, Centro Norte, Nordeste e Sul, apresentam valores com oscilações significativas, porém sem tenência de crescimento ou redução (Tabela 10).

**Tabela 10:** Taxa<sup>1</sup> de Atendimento por 100.000 habitantes, segundo a macrorregião de saúde, na Bahia, 2008 - 2016

| Macrorregião        | 2008  | 2009  | 2010  | 2011  | 2012  | 2013   | 2014   | 2015   | 2016   |
|---------------------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|
| <b>Leste</b>        | 1.970 | 3.169 | 3.711 | 4.721 | 4.840 | 28.302 | 27.587 | 26.252 | 29.011 |
| <b>Sudoeste</b>     | 710   | 838   | 990   | 1.102 | 1.021 | 1.338  | 1.377  | 1.324  | 1.362  |
| <b>Centro Leste</b> | 237   | 553   | 553   | 583   | 710   | 660    | 830    | 1.899  | 1.981  |
| <b>Sul</b>          | 108   | 407   | 500   | 474   | 460   | 254    | 255    | 211    | 432    |
| <b>Nordeste</b>     | 164   | 177   | 248   | 230   | 226   | 225    | 153    | 160    | 129    |
| <b>Extremo Sul</b>  | 167   | 26    | 76    | 165   | 159   | 150    | 389    | 589    | 1.030  |
| <b>Oeste</b>        | 28    | 2.642 | 3.313 | 4.152 | 3.913 | 1.562  | 1.414  | 65     | 31     |
| <b>Norte</b>        | 9     | 46    | 81    | 75    | 52    | 41     | 7      | 10     | 7      |
| <b>Centro Norte</b> | 7     | 42    | 102   | 61    | 74    | 22     | 147    | 131    | 55     |

<sup>1</sup> Total de atendimentos na macrorregião em cada ano, dividido pela população menor de 19 anos da macrorregião, segundo o IBGE (Estimativas populacionais, estratificadas por idade pelo MS/SGEP/Datasus).

**Fonte:** Arquivo da produção ambulatorial SIA/SUS e IBGE (2017).

#### 5.4 Perfil Nosológico

Os grupos diagnósticos mais registrados, Transtornos do Desenvolvimento Psicológico (F00-09), Retardo Mental (F70-79) e Transtornos do Comportamento que aparecem na Infância ou Adolescência (F90-98), foram mais frequentes na faixa etária de 10 a 14 anos, que concentrou 35,7%, 48,6% e 42,6% dos atendimentos para estes três grupos diagnósticos respectivamente (Tabela 11).

**Tabela 11-** Distribuição<sup>1</sup> dos diagnósticos identificados nos atendimentos ambulatoriais para população infanto-juvenil, segundo Faixa Etária, na Bahia de 2008 a 2016.

| CID   | FAIXA ETÁRIA      |                   |                    |                    |                    | Total              |
|---|-------------------|-------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
|   | Menor de 1 ano    | 1-4               | 5-9                | 10-14              | 15-19              |                    |
| Transtorno do Desenvolvimento Psicológico (F80-89)                | 69.699<br>(6,29)  | 88.405<br>(7,97)  | 318.525<br>(28,73) | 395.365<br>(35,66) | 236.675<br>(21,35) | 1.108.669<br>(100) |
| Retardo Mental (F70-79)   | 6.530<br>(0,89)   | 27.299<br>(3,73)  | 226.684<br>(30,95) | 355.772<br>(48,57) | 116.150<br>(15,86) | 732.435<br>(100)   |
| Transtornos que aparecem na Infância ou Adolescência (F90-98)     | 1.817<br>(2,63)   | 6.570<br>(9,51)   | 26.592<br>(38,48)  | 29.456<br>(42,62)  | 4.677<br>(6,77)    | 69.112<br>(100)    |
| Síndromes comportamentais (F50-59)                                | 30.005<br>(65,97) | 6.383<br>(14,03)  | 5.125<br>(11,27)   | 3.859<br>(9,48)    | 110<br>(0,24)      | 45.482<br>(100)    |
| Esquizofrenia, Transtornos Esquizotípicos (F20-29)                | 1.321<br>(3,81)   | 1.381<br>(3,98)   | 5.241<br>(15,11)   | 9.961<br>(28,72)   | 16.775<br>(48,37)  | 34.679<br>(100)    |
| Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos (F00-09) | 1.696<br>(23,19)  | 1.734<br>(23,71)  | 1.768<br>(24,18)   | 1.413<br>(19,32)   | 702<br>(9,60)      | 7.313<br>(100)     |
| Transtorno Mental não especificado (F99)                          | 327<br>(18,55)    | 347<br>(19,68)    | 381<br>(21,61)     | 267<br>(15,14)     | 441<br>(25,01)     | 1.763<br>(100)     |
| Transtornos Neuróticos, somatoformes (F40-49)                     | 419<br>(26,01)    | 227<br>(14,09)    | 367<br>(22,78)     | 364<br>(22,59)     | 234<br>(14,53)     | 1.611<br>(100)     |
| Transtornos do humor (F30-39)                                     | 257<br>(32,54)    | 93<br>(11,85)     | 157<br>(20,00)     | 134<br>(17,07)     | 144<br>(18,34)     | 785<br>(100)       |
| Transtornos da personalidade (F60-69)                             | 33<br>(9,54)      | 144<br>(41,62)    | 90<br>(26,01)      | 72<br>(20,81)      | 7<br>(2,02)        | 346<br>(100)       |
| Transtornos devido ao uso de SPA (F10-19)                         | 52<br>(19,26)     | 53<br>(19,63)     | 76<br>(28,15)      | 61<br>(22,59)      | 28<br>(10,37)      | 270<br>(100)       |
| <b>TOTAL</b>  | 112.156<br>(5,60) | 132.636<br>(6,62) | 585.006<br>(29,21) | 796.724<br>(39,79) | 375.943<br>(18,77) | 2.002.465<br>(100) |

<sup>1</sup> Percentuais entre parênteses.

**Fonte:** Arquivo da produção ambulatorial SIA/SUS (2017).

Já Esquizofrenia e os Transtornos Esquizotípicos (F20-29) foram mais observados nos jovens de 15 a 19 anos, que representaram 48,4% destes diagnósticos. Destacam-se os percentuais elevados de atendimentos à menores de 1 ano, para os Transtornos Orgânicos (23,1%), Transtornos por uso de SPA (19,3%), Transtornos do Humor (32,5%), Transtornos Neuróticos, relacionados com “stress” e Transtornos Somáticos (26%), Síndromes Comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e fatores físicos (66%), além da presença de Transtornos da Personalidade Adulta para esta faixa etária, com 9,5% (Tabela 11).

O sexo masculino representou 71,4% dos diagnósticos de Transtornos Comportamentais que aparecem na Infância e Juventude, 73% dos casos de Esquizofrenia e Transtornos Esquizotípicos, 66% do Retardo Mental e 62,8% dos Transtornos do Desenvolvimento Psicológico. O sexo feminino foi maioria apenas para os Transtornos do Humor, com 50,1% e para os Transtornos não Especificados, com 52,7% (Tabela 12).

**Tabela 12-** Distribuição<sup>1</sup> dos diagnósticos identificados nos atendimentos ambulatoriais para população infanto-juvenil, conforme sexo, Bahia 2008 – 2016.

| CID   | SEXO               |                    | Total              |
|---|--------------------|--------------------|--------------------|
|   | Feminino           | Masculino          |                    |
| Transtorno do Desenvolvimento Psicológico (F80-89)                            | 412.862<br>(37,24) | 695.807<br>(62,76) | 1.108.669<br>(100) |
| Retardo mental (F70-79)   | 249.021<br>(34,00) | 483.414<br>(66,00) | 732.435<br>(100)   |
| Transtornos do Comportamento que aparecem na infância ou adolescência(F90-98) | 19.742<br>(28,57)  | 49.370<br>(71,43)  | 69.112<br>(100)    |
| Síndromes comportamentais (F50-59)  | 20.154<br>(44,31)  | 25.328<br>(55,69)  | 45.482<br>(100)    |
| Esquizofrenia, Transtornos esquizotípicos (F20-29)                            | 9.376<br>(27,04)   | 25.303<br>(72,96)  | 34.679<br>(100)    |
| Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos (F00-09)             | 3.029<br>(41,42)   | 4.284<br>(58,58)   | 7.313<br>(100)     |
| Transtorno Mental não especificado (F99)                                      | 930<br>(52,75)     | 833<br>(47,25)     | 1.763<br>(100)     |
| Transtornos Neuróticos, somatoformes (F40-49)                                 | 801<br>(49,72)     | 810<br>(50,28)     | 1.611<br>(110)     |

|  |                    |                      |                    |
|--|--------------------|----------------------|--------------------|
| Transtornos do humor (F30-39)                | 393<br>(50,06)     | 392<br>(49,94)       | 785<br>(100)       |
| Transtornos da personalidade<br>(F60-69)     | 172<br>(49,71)     | 174<br>(50,29)       | 346<br>(100)       |
| Transtornos devido ao uso de SPA<br>(F10-19) | 113<br>(41,85)     | 157<br>(58,15)       | 270<br>(100)       |
| <b>TOTAL</b>                                 | 716.593<br>(35,79) | 1.285.872<br>(64,21) | 2.002.465<br>(100) |

<sup>1</sup> Percentual entre parênteses

**Fonte:** Arquivos da Produção Ambulatorial SIA/SUS (2017).

Com relação à raça/cor, a maior parte dos registros esteve sem informação sobre esta variável, por exemplo, em 99,4% dos casos de esquizofrenia e Transtornos Esquizotípicos o campo raça/cor não foi preenchido, o mesmo se deu para 90,2% das Síndromes Comportamentais.

Os Transtornos do Desenvolvimento Psicológico representaram a principal causa de atendimento em saúde mental infanto-juvenil para quase todas as regiões, sendo que nas macrorregiões Oeste e Nordeste estes diagnósticos representaram os percentuais mais elevados, 85,8% e 85,7% respectivamente.

A região Centro-Norte dividiu seus registros entre os Transtornos Mentais Orgânicos, com 35,6% e os Transtornos que Aparecem Habitualmente na Infância ou Adolescência, com 33,8%. No Norte, este último diagnóstico representou 79,6% das causas de atendimento. O Retardo Mental, apesar de ser a segunda maior causa de atendimento na Bahia, nas regiões Oeste e Nordeste teve percentuais mínimos, com 0,2% na primeira e 1,2% na segunda (Tabela 13).

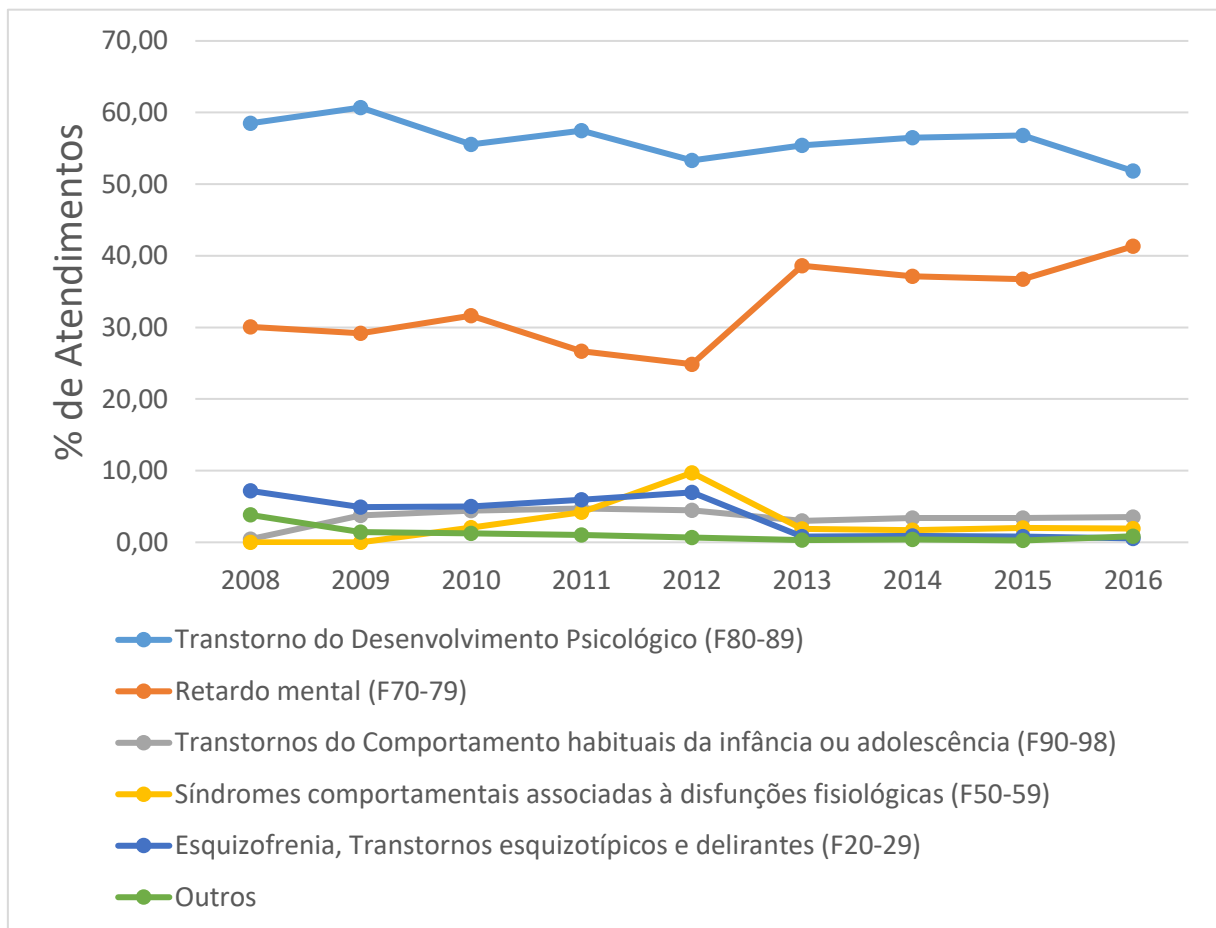
**Tabela 13-** Distribuição dos diagnósticos identificados nos atendimentos ambulatoriais para população infanto-juvenil segundo a Macrorregião de Saúde, Bahia 2008 – 2016.

| CID   | MACRORREGIÃO DE SAÚDE            |                               |                               |                               |                               |                              |                              |                              |                              | Total                            |
|---|----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|----------------------------------|
|   | Leste                            | Centro Leste                  | Sudoeste                      | Oeste                         | Sul                           | Extremo Sul                  | Nordeste                     | Centro Norte                 | Norte                        |                                  |
| Transtorno do Desenvolvimento Psicológico (F80-89)                | 977.217<br>(54,71)               | 31.228<br>(50,64)             | 31.305<br>(51,99)             | 51.115<br>(85,75)             | 8.611<br>(47,24)              | 4.413<br>(54,23)             | 4.486<br>(85,73)             | 255<br>(13,48)               | 36<br>(2,80)                 | 1.108.666<br>(55,37)             |
| Retardo mental (F70-79)   | 679.382<br>(38,04)               | 22.484<br>(36,46)             | 26.503<br>(44,01)             | 91<br>(0,15)                  | 2.447<br>(13,42)              | 1.256<br>(15,43)             | 64<br>(1,22)                 | 133<br>(7,03)                | 75<br>(5,82)                 | 732.435<br>(36,58)               |
| Transtornos que aparecem na infância ou adolescência (F90-98)     | 46.689<br>(2,61)                 | 4.051<br>(6,57)               | 2.026<br>(3,36)               | 8.241<br>(13,83)              | 3.729<br>(20,46)              | 2.113<br>(25,96)             | 599<br>(11,45)               | 639<br>(33,77)               | 1.025<br>(79,58)             | 69.112<br>(3,34)                 |
| Síndromes comportamentais (F50-59)                                | 45.464<br>(2,55)                 | 0                             | 10<br>(0,02)                  | 0                             | 2<br>(0,01)                   | 2<br>(0,02)                  | 0                            | 1<br>(0,05)                  | 1<br>(0,08)                  | 45.480<br>(2,27)                 |
| Esquizofrenia, Transtornos esquizotípicos (F20-29)                | 31.271<br>(1,75)                 | 3.263<br>(5,29)               | 21<br>(0,03)                  | 47<br>(0,08)                  | 51<br>(0,28)                  | 0                            | 16<br>(0,31)                 | 8<br>(0,42)                  | 2<br>(0,16)                  | 34.679<br>(1,73)                 |
| Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos (F00-09) | 4.974<br>(0,28)                  | 78<br>(0,13)                  | 248<br>(0,41)                 | 65<br>(0,11)                  | 952<br>(5,22)                 | 184<br>(2,26)                | 68<br>(1,30)                 | 673<br>(35,57)               | 71<br>(5,51)                 | 7.313<br>(0,37)                  |
| Outros  | 1192<br>(0,07)                   | 566<br>(0,91)                 | 102<br>(0,16)                 | 48<br>(0,09)                  | 2.436<br>(13,65)              | 170<br>(2,09)                | 0                            | 183<br>(9,67)                | 78<br>(6,05)                 | 4.775<br>(0,34)                  |
| <b>TOTAL</b>  | <b>1.786.189</b><br><b>(100)</b> | <b>61.670</b><br><b>(100)</b> | <b>60.215</b><br><b>(100)</b> | <b>59.607</b><br><b>(100)</b> | <b>18.228</b><br><b>(100)</b> | <b>8.138</b><br><b>(100)</b> | <b>5.233</b><br><b>(100)</b> | <b>1.892</b><br><b>(100)</b> | <b>1.288</b><br><b>(100)</b> | <b>2.002,460</b><br><b>(100)</b> |

**Fonte:** Arquivo da produção ambulatorial SIA/SUS (2017).

Observa-se um aumento no número absoluto de registros de 2012 para 2013, dos três grupos diagnósticos mais frequentes, os Transtornos do Desenvolvimento Psicológico passaram de 51.300 atendimentos em 2012, para 228.047 em 2013, o Retardo mental subiu de 23.935 para 158.868 e os Transtornos do Comportamento que aparecem na infância ou adolescências passaram de 4.284 para 12.333. Porém, os percentuais demonstram que, proporcionalmente, os Transtornos do Desenvolvimento Psicológico se mantiveram na liderança das causas de atendimento, com mais de 50% do volume total durante os 9 anos. Já o Retardo mental, teve crescimento significativo de 2012, quando representava 24,9%, para 2013, alcançando 38,6% e mantendo valores aproximados até 2016 (Gráfico 5).

**Gráfico 5-** Percentual de Atendimentos por Grupo Diagnóstico e Ano de estudo.



**Fonte:** Arquivo da produção ambulatorial SIA/SUS (2017).

Os atendimentos ambulatoriais cuja causa estava Esquizofrenia e Transtornos Esquizotípicos se mantiveram em torno de 6% até o ano de 2012, tendo sido observado progressiva diminuição a partir deste ponto até 2016, quando representou apenas 0,6% (Gráfico

5).

Os Transtornos por uso de SPA foram os menos atendidos, porém concentraram, no ano de 2016, 150 do total de 270 registros contabilizados na série histórica estudada. Nos demais períodos, este diagnóstico não ultrapassou 30 atendimentos anuais.

## 6 DISCUSSÃO

Foram identificadas 324 unidades com registros de atendimento ambulatorial em saúde mental infanto-juvenil no período estudado. Destas, 62,8% pertenciam a Administração Pública, 25,5% eram Entidades Empresariais e 11,3% Entidades sem Fins Lucrativos. Estas unidades registraram 2.002.458 atendimentos, dos quais os Centros de Especialidades foram responsáveis por 75,2%, as Policlínicas por 12,5% e Hospitais Especializados 11,3%. Os Procedimentos Clínicos, consultas, acompanhamentos e tratamentos representaram 97,9% das ações. Entre as categorias profissionais responsáveis, destaca-se o Pedagogo com 22,1% dos atendimentos e um baixo percentual para a categoria médica, com apenas 3,6% dos registros atribuídos ao Psiquiatra.

O perfil nosológico, revelou que 55,3% dos registros tiveram como causa principal os Transtornos do Desenvolvimento Psicológico, 36,6% Retardo Mental e em terceiro lugar estiveram os Transtornos Mentais e Comportamentais que Aparecem Habitualmente na Infância ou Adolescência, com 3,4%. A Faixa Etária mais frequente foi de 10 a 14 anos com 39,8% e o sexo masculino maioria em todos os grupos diagnósticos, exceto para os Transtornos de Humor e os não especificados.

A macrorregião Leste, onde situa-se a capital, foi responsável por 89% dos registros, seguida do Sudoeste com 13,5%. A taxa média de atendimentos no estado para a série histórica estudada foi de 4.475 por 100.00 habitantes, observando-se aumento significativo entre 2012 e 2013 e mantendo-se valores semelhantes até 2016. Esta elevação esteve relacionada ao aumento de registros dos Centros de Especialidades e Policlínicas da macrorregião Leste, que em 2012 registravam 54,8% e 4,7% dos atendimentos respectivamente e no ano seguinte atingiram 79% e 13,1% do volume total.

Comparando-se a quantidade de serviços com a frequência de atendimentos registrados, apesar de 62,6% pertencerem a Administração Pública, esta foi responsável pela menor frequência de registros, apenas 14,4%, já as Entidades sem fins Lucrativos e Empresariais, somaram 85,6%.

Um estudo feito a nível nacional indica que 74,6% dos estabelecimentos ambulatoriais no Brasil são de natureza privada, incluindo-se filantrópicos, sindicais e empresas privadas (SOUZA; GUIMARÃES; TRAVASSOS, 2014). Historicamente, o financiamento da assistência ambulatorial especializada esteve baseado na oferta de procedimentos e na relação custo/efetividade, influenciando no crescimento da demanda por determinado atendimento ou



serviço. Os efeitos dessa configuração resultam em uma concentração de equipamentos em locais de alta densidade populacional, baixo grau de integração dos níveis de complexidade da assistência e descontinuidade no cuidado (SOLLA; CHIORO, 2012).

A relação entre número de equipamentos e volume de atendimentos registrados, envolve fatores como mecanismos de regulação, referência e contra referência, além da organização da assistência e dos processos de trabalho em saúde. Segundo Solla e Chioro (2012), existem municípios que criaram sistemas informatizados de marcação de consultas, controle, avaliação e auditoria de procedimentos especializados e reorganizaram suas redes de média e alta complexidade de modo regionalizado e hierarquizado. Porém, a presença do setor privado contratado na assistência ambulatorial faz com que exista a oferta de serviços e procedimentos sem análise da necessidade epidemiológica da população, tendo as unidades especializadas portas de entrada próprias, que produzem uma demanda desvinculada das linhas de cuidado propostas pelo SUS.

Os procedimentos realizados demonstram que os atendimentos Clínicos, consultas, acompanhamentos e tratamentos representaram quase a totalidade das ações ambulatoriais. O modelo de atenção à saúde fundamentado na clínica tem origem na tradição médico-assistencial hospitalocêntrica e privatista, a partir da qual se desenvolveu a “medicina liberal” organizada pelo setor empresarial, os seguros de saúde e posteriormente os sistemas de seguridade social financiados pelo governo. Baseado na produção de atendimentos e serviços, as críticas ao modelo referem-se aos custos elevados e baixa efetividade diante das mudanças do perfil epidemiológico da população (TEIXEIRA; VILASBOAS, 2014). Porém, tratando-se da atenção especializada em saúde mental infanto-juvenil, procedimentos clínicos desenvolvidos por diferentes profissionais, como atendimentos individuais, espaços de escuta qualificada, terapias de reabilitação e desenvolvimento de habilidades, possuem ainda um lugar central para o cuidado.

A dispensação de Medicamentos, apesar do percentual de apenas 1,7%, foi o segundo procedimento mais registrado, inserindo no espaço ambulatorial insumos e tecnologias “duras” da atenção em saúde (MERHY, 1997). Já as Ações Complementares em Saúde, que são procedimentos de Regulação de pacientes, Autorizações e Liberação de ajuda de custo para alimentação/pernoite de acompanhante, durante o período de deslocamento em que acompanha o indivíduo para tratamento, representaram apenas 0,1% dos registros. Porém, estes procedimentos, apesar de não constituírem atendimentos propriamente ditos, constituem atividade importante no que diz respeito ao cuidado de crianças e adolescentes, para os quais a

presença dos responsáveis em muitas etapas do cuidado se faz indispensável (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Destaca-se nesta pesquisa a variedade de categorias profissionais responsáveis pelos registros, sendo as principais Pedagogia, Psicologia Fonoaudiologia, Assistência Social, Terapia Ocupacional e Fisioterapia. Este achado retoma a importância da interdisciplinaridade para as práticas de cuidado em saúde mental infanto-juvenil, diante da complexidade desta faixa etária, que impõe trabalho conjunto com a família e outras instituições como escola, justiça, assistência social (CADERNOS IPUB, 2011).

Discutindo-se modelos de atenção à saúde, no que diz respeito a dimensão prática dos processos de trabalho, as categorias multiprofissionais representam intervenções voltadas a assistência e reabilitação dos indivíduos, ou seja, medidas de recuperação de funções vitais como memória, fala, locomoção e medidas destinadas a reinserção social, como fortalecimento de vínculos familiares e sociais. A inserção de diferentes categorias profissionais no cuidado em saúde indica o reconhecimento do indivíduo em suas diferentes dimensões, para além do corpo físico, relacionando o processo saúde-doença a múltiplos fatores sociais, físicos, psíquicos, culturais e econômicos (TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014).

Um estudo no Rio de Janeiro descreveu que a falta de concentração, agitação motora, uso de substâncias psicoativas, agressividade e dificuldades de aprendizagem, são algumas das questões mais prevalentes para o encaminhamento de crianças e adolescentes aos serviços especializados (PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, 2016). Desse modo, as possibilidades da atuação multiprofissional no âmbito da saúde mental infanto-juvenil vão desde atividades que visem o desenvolvimento do sistema funcional da linguagem, funções cognitivas e habilidades numéricas, favorecendo a reintegração às atividades cotidianas do paciente, além da possibilidade de produção da educação como instrumento de formação para autonomia, participação cidadã, emancipação e a promoção plena dos indivíduos (AQUINO; SARAIVA; BARAÚNA, 2012).

Por outro lado, merece destaque também o baixo percentual de registros feitos por categorias médicas, tendo o Psiquiatra apenas 3,6%. Cabe salientar que quando observados especificamente os serviços do tipo Centros de Especialidades, identificou-se significativa diminuição da participação destes profissionais, que entre 2008 e 2010 representaram 31,9% do volume de atendimentos e entre 2014 e 2016 apenas 0,8%. Nas policlínicas este padrão é também evidente, porém com a categoria dos Neurologistas, que decresce em frequência de registros cerca de 86% ao longo dos anos estudados.

Uma hipótese que pode ser levantada para discussão desse resultado seria que, o acesso ao médico generalista na atenção primária pode estar reduzindo os atendimentos médicos na atenção especializados. Assim, as referências feitas para atenção secundária em saúde mental infanto-juvenil estariam mais direcionadas a profissionais de outras categorias, não incluídas nas equipes básicas. Um outro fato é que o aprazamento entre as consultas psiquiátricas geralmente é maior do que entre os demais profissionais, podendo gerar menos registros médicos em comparação com as consultas de psicólogos, fonoaudiólogos, pedagogos e etc., que acontecem, normalmente, com frequência semanal ou quinzenal

A identificação da Pedagogia enquanto categoria com a maior frequência de registros de atendimento ambulatorial, configurou-se como um achado de relevância para este estudo. Até o começo do século XXI as ações assistenciais à infância e juventude se concentraram, principalmente, nos setores da justiça, assistência social e educação, com objetivos mais disciplinares do que clínicos. A saúde não era a principal responsável pelo cuidado a esta faixa etária e as instituições privadas, especializadas no atendimento às pessoas com deficiência, em convênio com o governo, realizavam assistência e concomitantemente escolarização para crianças com os mais diversos diagnósticos (COUTO; DELGADO, 2015).

Diante dos achados deste estudo, que indicaram os estabelecimentos ambulatoriais de natureza privada e filantrópica como os que mais registraram atendimentos, o grande volume de registros feitos por Pedagogos, pode estar relacionado ao número significativo de antigas instituições de educação especial, hoje conveniadas ao SUS, que prestam assistência ambulatorial a uma clientela expandida às mais diversas questões de saúde mental na Bahia.

### **6.1 Distribuição dos registros de atendimentos nas macrorregiões de saúde e caracterização da série temporal**

A gestão da saúde no estado da Bahia é feita a partir do Plano Diretor de Regionalização (PDR), que divide o espaço geográfico em 9 macrorregiões com uma subdivisão interna destas em 28 Regiões de Saúde. De acordo com o Plano Estadual de Saúde 2016-2019, existe uma distribuição irregular de serviços nas macrorregiões, a macrorregião Leste é a que apresenta maior concentração de serviços em saúde. Por outro lado, observa-se que as macrorregiões Centro-Norte, Extremo Sul, Nordeste, Norte e Oeste são as que apresentam menor concentração (SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA, 2016).

Com relação à distribuição dos registros de atendimentos identificadas neste estudo, a macrorregião Leste, que contém a maior população de menores de 19 anos, foi onde identificou-

se o maior número de estabelecimentos ambulatoriais com registros de atenção em saúde mental infanto-juvenil, e também onde se concentraram a grande maioria dos atendimentos, com 89,2%. E na macrorregião Norte, com sede em Juazeiro, observou-se o menor número de serviços, 16 unidades, que foram responsáveis por 0,06% dos registros do estado na série histórica estudada. Destes, as Clínicas/Unidades Básicas de Saúde (UBS) realizaram 92,6% dos registros, apesar de, contraditoriamente, à nível estadual este tipo de serviço haver representado apenas 0,2% dos atendimentos.

Segundo Colla e Chioro (2003), os limites entre atenção primária e especializada são estreitos e relacionam-se com o financiamento e alocação de recursos no SUS. Assim, as UBS, representam a estreiteza deste limite, pois são equipamentos da atenção básica, 100% pertencente à administração pública, com uma lógica de financiamento global, sendo referência para atendimento e tratamento de casos da atenção primária, porém realizam atendimento especializado em áreas específicas e por este motivo foram mantidas neste estudo. Os mecanismos de referência e ordenação dos atendimentos nas UBS costuma seguir o que Almeida et. al. (2013) descrevem como percurso mais comum do usuário para acesso à atenção especializada, que se dá por meio de encaminhamento do médico das equipes de saúde da família, com o pedido inserido nas centrais informatizadas de regulação do Sistema Nacional de Regulação – SISREG. Assim, a data e o serviço especializado a ser realizado são posteriormente informados pelo telefone, pelo Agente Comunitário de Saúde, ou o próprio usuário retorna à unidade de saúde para obter a informação.

Para a atenção ambulatorial especializada funcionar de modo territorializado, ofertando serviços de acordo com o perfil local da população e levando em consideração a articulação inter e intra setorial, existe a necessidade da oferta organizada de serviços e ações, visto que os ambulatorios especializados muitas vezes são referências regionais, abrangendo mais de um território de saúde e podendo em alguns casos receber demandas de diferentes municípios. Para isto, a Estratégia de Saúde da Família conjuntamente com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, tem papel fundamental, na medida em que podem atuar como organizadores da atenção de média e alta complexidade (TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014)

Foi observado aumento significativo as taxas de atendimento a cada 100.000 habitantes entre os anos de 2012 e 2013 e ao se detalhar estas taxas em cada macrorregião de saúde, observou-se no Leste aumento de quase cinco vezes nestes anos, quando passa de 4.840 em 2012 para 28.302 atendimentos a cada 100.000 habitantes em 2013, mantendo-se valores semelhantes e altos até 2016. E, os estabelecimentos do tipo Centros de Especialidade e

Policlínicas foram os principais responsáveis pelo crescimento intenso dos registros de atendimento. É importante destacar que os achados deste estudo demonstraram que a maior parte destes tipos de serviços são de natureza privada (empresarial ou filantrópica), voltadas para a produção de procedimentos e consultas. Assim, é possível questionar se o crescimento abrupto das taxas de registros estaria representando, de fato, ampliação da assistência ou reprodução de um modelo de cuidado desconectado com as propostas de territorialização, integralidade e promoção de autonomia para os sujeitos da Reforma Psiquiátrica.

Observa-se o processo inverso para os Hospitais Especializados, que em 2012 representavam 32,6% e em 2013 este número é reduzido para 7,3%. Estes achados caminham na direção das propostas construídas através da Reforma Psiquiátrica Brasileira, com a redução do funcionamento das instituições hospitalares de longa permanência, conjuntamente com os ambulatorios especializados que por ventura funcionem dentro do espaço hospitalar. Assim, a clientela destes locais deveria poder acessar uma rede distribuída de pontos de atenção para o seu cuidado. Porém, com o número ainda insuficiente de serviços públicos de saúde mental, indaga-se sobre o papel dos ambulatorios privados contratados como locais de encaminhamento da clientela dos hospitais especializados no estado da Bahia.

Dos Santos e Assis (2017) colocam entre os desafios postos na Bahia, a concentração de tecnologias no município de Salvador, que resulta na atração de usuários de todas as regiões do estado em busca de procedimentos especializados e apoio diagnóstico e terapêutico. Somado a isso, há predominância nas demais regiões de estabelecimentos de atenção primária e de unidades com internação hospitalar de pequeno porte, produzindo o desafio da construção de uma rede de serviços que busque superar vazios assistenciais, que priorize a qualidade e integralidade da assistência (DOS SANTOS; ASSIS, 2017).

## **6.2 Caracterização do perfil nosológico e sujeitos atendidos**

Com relação ao perfil nosológico, os diagnósticos distribuíram-se em dois grupos principais, 55,3% Transtornos do Desenvolvimento Psicológico e 36,6% Retardo mental. Em terceiro lugar estiveram os Transtornos que Aparecem Habitualmente na Infância ou Adolescência, com 3,4%.

Os Transtornos do Desenvolvimento Psicológico têm em comum o início na primeira ou segunda infância, com comprometimento do desenvolvimento de funções ligadas a linguagem, habilidades espaço-visuais e coordenação motora, sendo que alguns déficits podem

persistir na idade adulta. Entre os diagnósticos contidos neste grupo diagnóstico estão, por exemplo, Transtornos Específicos do Desenvolvimento de Habilidades Escolares (leitura, soletração, etc.) e os Transtornos Globais do Desenvolvimento, como Autismos, Síndrome de Asperge, etc. (OMS, 1997).

Desse modo, o grupo diagnóstico, apenas, não permite afirmar a maior ou menor gravidade do quadro psíquico do sujeito para que seja possível direcionar a modalidade de cuidado a ser ofertada, ou o tipo de serviço no qual deva ser atendido. Para isto, se faz necessário acessar o subgrupo diagnóstico, além de ser indispensável considerar aspectos familiares e sociais do sujeito. Assim, os transtornos comportamentais entre as crianças e adolescentes devem ser considerados cuidadosamente para um tratamento adequado, e mesmo havendo a recomendação dos CAPS enquanto equipamentos desenhados para tratamento de transtornos mentais graves (BRASIL, 2002), estando os ambulatórios e a atenção básica orientados para problemas intermediários e leves, cada caso possui particularidades que devem ser consideradas na construção do cuidado.

Os Transtornos do Comportamento e Transtornos Emocionais que Aparecem Habitualmente Durante a Infância ou a Adolescência, são caracterizados por início normalmente durante os cinco primeiros anos de vida, falta de perseverança nas atividades que exigem envolvimento cognitivo, e uma tendência a passar de uma atividade a outra sem acabar nenhuma, associadas a atividade global desorganizada, podendo acompanhar déficit cognitivo e retardo do desenvolvimento. Entre os diagnósticos estão os Transtornos de Déficit de Atenção e Hiperatividade, Tiques (movimentos involuntários), entre outros (OMS, 1997). Estudos têm demonstrado que estes transtornos tendem a persistir na adolescência e idade adulta e estão associados à delinquência, comportamento antissocial, problemas conjugais, laborais e até deficiência na saúde física. Um estudo com adolescentes com problemas com a justiça, no Rio de Janeiro, apresenta prevalências de 77% para Transtornos de Conduta e de 54% para Transtornos de Déficit de Atenção e Hiperatividade, e constatou-se que 93% dos jovens incluídos na pesquisa nunca receberam tratamento (ANDRADE, SILVA, ASSUMPÇÃO, 2004).

Já o Retardo Mental relaciona-se com incompletude no desenvolvimento do funcionamento intelectual, com comprometimento do nível global de inteligência, funções cognitivas, linguagem, motricidade e comportamento social (OMS, 1997). Estudos abordam que o Retardo Mental e problemas de habilidade escolar poderiam ser tratados com investimentos em programas educacionais, que favorecessem a integração e a adaptação social,

além de ações intersetoriais que evitassem o encaminhamento à serviços especializados (SANTOS et al., 2005; HOFFMANN; SANTOS; MOTA, 2008).

Uma pesquisa realizada na periferia de São Paulo apontou que, do total de encaminhamentos realizados pelas escolas a um CAPSi, apenas 14% deles foram aceitos e 86% encaminhados para outros serviços por não se tratar de crianças com sofrimento psíquico grave ou elevados níveis de danos. Os encaminhamentos incorretos, geraram transtornos para as famílias e para as crianças e adolescentes que percorrem um longo caminho até a efetivação do atendimento, prejudicando ainda outros que precisam dos serviços de alta complexidade e não encontram vagas, além de desperdiçarem tempo, energia e recursos públicos (BORDINI, GADELHA, BRESSAN, 2012).

Em um estudo utilizando dados secundários de atendimentos para menores de 19 anos nos CAPS de todo Brasil, os mesmos grupos diagnósticos foram identificados como prevalentes, alterando-se apenas a ordem das frequências: os Transtornos do Comportamento e Transtornos Emocionais que Aparecem Habitualmente Durante a Infância ou Adolescência representaram 29,7%, Transtornos do Desenvolvimento Psicológico 23,6% e o Retardo Mental 12,5%. Este estudo encontrou ainda que, especificamente na Bahia, a maior parte dos atendimentos em CAPS tinham como causa principal o Retardo Mental (GARCIA, 2014).

Identificou-se que a faixa etária mais frequente dos atendimentos foi de 10 a 14 anos, com 39,8%. Porém, destacam-se os percentuais elevados de diagnósticos para menores de 1 ano, indicando possíveis erros no preenchimento desta variável. O sexo masculino foi maioria em todos os grupos diagnósticos exceto para os Transtornos de Humor e os não especificados. Outros estudos utilizando dados secundários, porém para equipamentos do tipo CAPS, identificaram a prevalência da mesma faixa etária e o sexo masculino também em maior número (HOFFMANN; SANTOS; MOTA, 2008; GARCIA et al., 2015).

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa lança uma primeira luz sobre a caracterização dos dispositivos ambulatoriais que realizam atenção em saúde mental infanto-juvenil no estado da Bahia. Entre os achados, destaca-se a frequência alta de registros de atendimentos na macrorregião Leste, onde estão a capital e região metropolitana, indicando concentração da oferta em locais de maior densidade demográfica, além de desigualdades territoriais importantes. O volume de atendimentos apresenta crescimento, principalmente, nesta macrorregião durante a série histórica analisada, o que pode indicar que a oferta de serviços produz uma demanda crescente de atendimentos especializados. Os ambulatórios com registros de atendimento em saúde mental infanto-juvenil no estado foram na maioria de natureza privada contratada, o que implica na organização dos processos de trabalho e no funcionamento territorializado e hierarquizado dos serviços. Os procedimentos clínicos representaram o principal atendimento registrado nos ambulatórios, destacando-se o percentual alto de registros feitos por categorias profissionais não médicas, sobretudo os Pedagogos. Por fim, o perfil nosológico e sociodemográfico dos atendimentos registrados se assemelha ao encontrado em estudos feitos em CAPS (GARCIA et al., 2015; HOFFMANN; SANTOS; MOTA, 2008).

Um dos desafios deste estudo foi delimitar o universo das unidades de saúde que fariam parte do estudo, diante da necessidade fundamental de definir o escopo da atenção ambulatorial especializada e da diversidade de nomenclaturas disponíveis para os equipamentos ambulatoriais disponíveis. A assistência voltada para realização de atendimentos especializados, na sua maioria de natureza individual, que caracterizam o atendimento ambulatorial tradicional, pode se dar também em dispositivos da atenção básica, como nas UBS, em equipamentos hospitalares e da urgência e emergência habilitados.

A utilização do Sistema de Informações Ambulatoriais SIA/SUS também representou um desafio para produção de conhecimentos sobre os serviços de saúde, diante do emaranhado de categorias e mudanças periódicas das variáveis que compõem os bancos de dados, o que dificulta especialmente estudos longitudinais. Porém, apesar das falhas evidenciadas, ressalta-se o potencial dos Sistemas de Informações em Saúde do Brasil, pois permitem a produção de conhecimento com rapidez e baixo custo.

Até o momento, esta é a primeira pesquisa que utiliza os Sistemas Públicos de Informação em Saúde para estudar serviços ambulatoriais especializados que prestam atenção em saúde mental às crianças e adolescentes, incluindo prestadores privados conveniados.



Os dados deste estudo não permitiriam o cálculo da totalidade de crianças e adolescentes assistidas em ambulatórios com questões de saúde mental no estado, em razão da Bahia possuir cobertura de planos de saúde de 30% na capital, 6,8% no interior, com uma média do estado de 11%, possibilitando a uma parcela da população acesso a atendimento privado, que não foi considerado nesta pesquisa (BRASIL, 2017).

Outro aspecto desafiante em ter os ambulatórios como objeto de estudo é o fato deste dispositivo elucidar questões polêmicas no campo da Saúde Coletiva e da Saúde Mental, relacionadas aos modelos de atenção, às políticas e a própria clínica. Os ambulatórios tradicionais representam historicamente o modelo hegemônico de assistência, centrado na clínica médica privatista, modelo criticado nos processos das Reformas Sanitária e Psiquiátrica, principalmente, por trabalhar a partir do enfoque biomédico, ser pouco eficiente, não tomar o indivíduo em sua integralidade e por funcionar de forma desarticulada da rede de saúde e de outros setores fundamentais para promoção da saúde.

No campo da saúde mental, os ambulatórios são relacionados ainda com o modelo hospitalocêntrico de assistência, caracterizado por pouco levar em consideração a individualidade e a subjetividade, colocar o sintoma como centro do problema, ter profissionais trabalhando de forma isolada, tendo como bases do tratamento a medicalização e o diagnóstico psiquiátrico, com objetivo de controlar a crise e remitir os sintomas. Os serviços substitutivos implantados e pensados a partir da Reforma Psiquiátrica, como os CAPS, as residências terapêuticas, unidades de acolhimento e outros equipamentos regulamentados pelas diretrizes políticas construídas com a reforma, estariam dentro do modelo de atenção psicossocial que se caracteriza pela produção de espaços de interlocução e cuidado para além da tutela, observando a dimensão social da demanda e incentivando a cidadania e a autonomia do sujeito (YASUI; COSTA-ROSA, 2008).

Assim, os ambulatórios estiveram ausentes das principais portarias nacionais que regulamentam a Rede de Atenção Psicossocial nos últimos anos, porém, os atendimentos especializados em espaços ambulatoriais continuaram acontecendo, com ampliação da participação do setor privado e expansão da oferta, como demonstram os números deste estudo.

Durante o andamento desta pesquisa, de modo inesperado, o Ministério da Saúde lançou a Portaria MS nº 3.588 de 21 de dezembro de 2017, que entre outros temas define e regulamenta as Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental/Unidades Ambulatoriais, definindo-as com objetivo de “prestar atenção multiprofissional em saúde mental, respondendo à necessidade de atendimento especializado identificado pela atenção

básica, integrando-se aos demais serviços das redes de atenção à saúde” (BRASIL, 2017, p. 8) A portaria inclui na equipe mínima apenas Psiquiatras, Psicólogos e Assistentes Sociais, podendo existir outro profissional de nível superior apenas das categorias dos Terapeutas Ocupacionais e Fonoaudiólogos. Traz também o Psiquiatra com carga horária reduzida de trabalho com relação aos demais profissionais, além de poucos direcionamentos com relação às diretrizes de funcionamento e a organização dos processos de trabalho destas equipes.

Em um momento político de retrocessos no âmbito da saúde pública brasileira, a referida Portaria foi lançada sem haver debate significativo com a sociedade civil, movimentos sociais e com as categorias profissionais fundamentais para a política nacional de saúde mental. O modelo de ambulatório que o Ministério da Saúde propõe que seja retomado nesta Portaria não encontra consonância com as diretrizes da Atenção Psicossocial. Assim, apesar da defesa de um lugar possível para o dispositivo ambulatorial no cuidado das pessoas em sofrimento psíquico, esta legislação apresenta-se como um desmonte de conquistas importantes para Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Diante do lugar contraditório e polêmico do dispositivo ambulatorial em saúde mental, considera-se fundamental que este tipo de serviço funcione de acordo com as construções políticas e clínicas da atenção psicossocial. Além disso, as ações ambulatoriais em saúde mental devam ser orientadas a partir de demandas ordenadas na Atenção Básica, tendo como foco garantir a integralidade, equidade e acesso da população a essas ofertas. Para isso, deve-se investir em mecanismos de controle e organização, como a implantação de centrais informatizadas de regulação e marcação de procedimentos especializados nas Unidades de Saúde da Família. Os sistemas informatizados, somados ao conhecimento de dados epidemiológicos permitiriam aos gestores definir prioridades clínicas, redimensionar a oferta e diminuir lacunas e assistenciais.

Recomenda-se a realização de novos estudos utilizando a base de dados do Sistema de Informação Ambulatorial a nível Brasil, para que sejam identificadas as diferenças e similaridades regionais na distribuição e caracterização dos atendimentos. Mostram-se necessárias também pesquisas que aprofundem a caracterização dos atendimentos em saúde mental infanto-juvenil realizados nos equipamentos ambulatoriais, de modo a reconhecer o itinerário terapêutico dos sujeitos atendidos, a inserção da família e de outras instituições fundamentais para a construção do cuidado, a utilização ou não de princípios da atenção psicossocial, entre outros fatores, que poderiam ser abordados em estudos de natureza qualitativa. Por fim, investigações que abordem como funcionam os mecanismos de regulação,

referência e contra referência e as relações dos ambulatórios com a atenção básica também são indicados para que se possa avaliar o papel destes serviços na Rede de Atenção Psicossocial.

Especificamente, quando se trata da atenção à crianças e adolescentes com demandas de saúde mental, observa-se a reprodução do modelo assistencial pensado prioritariamente para adultos, criando os CAPSia para o cuidado aos transtornos graves e persistentes e apostando na Atenção Básica como centro estratégico para a organização da Rede de Atenção e das demandas de situações de saúde mental moderadas e leves. Toda via, a apropriação pelo campo da saúde das problemáticas da infância é recente e diretrizes específicas ainda estão em construção. Além disso, as políticas de inclusão da pessoa com deficiência na educação vêm produzindo mudanças nas necessidades assistenciais e na interlocução entre saúde, educação, assistência social e direitos humanos. A expansão das escolas em turno integral e a circulação da criança e do jovem em diferentes espaços produzem particularidades que devem ser levadas em consideração no planejamento de políticas, serviços e práticas de cuidado em saúde voltadas para este público.

O mapeamento dos serviços ambulatoriais especializados constitui o primeiro passo no debate sobre este nível de atenção e a continuidade das pesquisas poderão indicar os limites e orientar investimentos futuros na Rede de Atenção Psicossocial para os gestores municipais e regionais. A atenção secundária e os ambulatórios precisam ser problematizados diante do modelo de atenção psicossocial e do princípio da integralidade da saúde para que possamos estabelecer e qualificar as linhas de cuidado integral ao desenvolvimento das crianças e jovens. Para isso, é necessário um diagnóstico também da vulnerabilidade dos sujeitos atendidos, “entendida como resultado da interação do conjunto de variáveis que determina a maior ou a menor capacidade dos indivíduos se protegerem de um agravo ou situação de risco” (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2010b, p. 15). Assim, a reflexão sobre o lugar do ambulatório precisa levar em consideração seu papel junto aos jovens privados de condições básicas de sobrevivência, que refletem nas sintomatologias trazidas e que envolvem questões sociais concomitantemente ao adoecimento mental.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGENCIA NACIONAL DE SAUDE SUPLEMENTAR. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar**: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro: ANS, ano 11, n. 1, jun. 2017. Disponível em:

<[http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Perfil\\_setor/Caderno\\_informacao\\_saude\\_suplementar/2014\\_mes09\\_caderno\\_informacao.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Caderno_informacao_saude_suplementar/2014_mes09_caderno_informacao.pdf)>. Acesso em: 13 dez. 2017.

ALMEIDA, Patty Fidelis de et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p.256-298, fev. 2010.

ANDRADE, R.C.; SILVA, V.A.; ASSUMPCÃO, F.B. Preliminary data on the prevalence of psychiatric disorders in Brazilian male and female juvenile delinquents. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, Ribeirão Preto, v. 37, n. 8, p. 1155-1160, ago. 2004.

AQUINO, Soraia Lourenço; SARAIVA, Ana Claudia; BARAÚNA, Rita de Cássia. Representações sociais da atuação do pedagogo na saúde: saberes envolvidos e experiências compartilhadas. **Interfaces da Educação**, [s. l.], v. 3, p. 128–145, 2012.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Plano estadual de Saúde 2016-2019. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 40, supl. 3, out./dez. 2016.

BORDINI, Daniela; GADELHA, Ary; Paula, Cristiane S; BRESSAN, Rodrigo Affonseca. Encaminhamento escolar de crianças e adolescentes para o CAPSi: o peso dos encaminhamentos incorretos. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 34, n. 4, p. 493-494, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.319**, de 24 de novembro de 2014. Estabelece regras no cadastro nacional de estabelecimentos de Saúde (CNES) para adequação às normas da Receita Federal do Brasil (RFB) de inscrição no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ). 2014. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt1319\\_24\\_11\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt1319_24_11_2014.html)>. Acesso em: 29 jan. 2018.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Portaria nº 321**, de 8 de Fevereiro de 2007. Institui a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais - OPM do Sistema Único de Saúde - SUS. 2007a. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0321\\_08\\_02\\_2007\\_comp.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0321_08_02_2007_comp.html)>. Acesso em: 27 jan. 2018.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Portaria GM/MS nº. 2.848**, de 06 de novembro de 2007. Publica a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Ministério da Saúde Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM do Sistema Único de Saúde. 2007b. p. 11–13.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Portaria nº 706**, de 20 de julho de 2012. Nova nomenclatura para as Clínicas/Ambulatórios Especializados. 2012. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0706\\_20\\_07\\_2012\\_atual.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0706_20_07_2012_atual.html)>. Acesso em: 28 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.646**, de 2 de outubro de 2015. Institui o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Considerando a Portaria nº 2.073/GM/MS, de 31 de agosto de 2011, que regulamenta o uso de padrões de interoperabilidade e informação em saúde para sistemas de informação em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, nos níveis Municipal, Distrital, Estadual e Federal, e para os sistemas privados e do setor de saúde suplementar, resolve: 2015. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1646\\_02\\_10\\_2015.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1646_02_10_2015.html)>. Acesso em: 29 jan. 2018.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. 2. ed. rev. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Portaria SNAS/MS nº 224**, de 29 de janeiro de 1992. Disponível em: <[http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com\\_gmg&controller=document&id=836](http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=836)>. Acesso em: 20 dez. 2017.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Portaria/GM nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Disponível em: <[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Portaria\\_3088\\_Rede\\_de\\_Atencao\\_Psicossocial.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Portaria_3088_Rede_de_Atencao_Psicossocial.pdf)>. Acesso em: 10 dez. 2017.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Portaria/GM nº 3.089**, de 23 de dezembro de 2011. Disponível em: <[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Portaria\\_3089\\_Recurso\\_financeiro\\_CAPS.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Portaria_3089_Recurso_financeiro_CAPS.pdf)>. Acesso: 10 dez. 2017.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **III Conferência Nacional de Saúde Mental: cuidar, sim. Excluir, não**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0210IIIcnsm.pdf>>. Acesso em : 1 dez. 2017.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Portaria nº 336/GM**, de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: <[http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria\\_336.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_336.pdf)>. Acesso em: 1 dez. 2017.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Saúde Mental em Dados – 7**, ano 5., n. 7. Informativo eletrônico. Brasília, DF, jun. 2010. Disponível em: <[www.saude.gov.br/bvs/saudemental](http://www.saude.gov.br/bvs/saudemental)>. Acesso em: 10 jan. 2018.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde. 1o ed. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem, 2010.b.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **APAC: Autorização de Procedimento Ambulatorial: manual de operação do sistema**. Brasília, DF, 23 p., mar. 2013.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Portaria Nº 3.588**, de 21 De Dezembro de 2017. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/images/portarias/dezembro2017/dia22/portaria3588.pdf>> Acesso em 21 de jan. 2018.

CADERNOS IPUB. **Da clínica à reabilitação psicossocial**: manual de saúde mental de crianças e adolescentes. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, v. 1, semestral, 2011. Disponível em: <[http://www.ipub.ufrj.br/portal/caderno/01/cadernos\\_ipub1\\_rosto.pdf](http://www.ipub.ufrj.br/portal/caderno/01/cadernos_ipub1_rosto.pdf)>. Acesso em: 20 dez. 2017.

COUTO, Cristina Ventura et al. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira : situação atual e desafios. **Rev. Bras. Psiquiatr**, [s. l.], v. 30, n. 4, p. 390–398, 2008.

COUTO, Maria Cristina Ventura; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. **Psicologia Clínica**, [s. l.], v. 27, n. 1, p. 17–40, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-56652015000100017&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652015000100017&lng=pt&nrm=iso&tlng=en)>. Acesso em: 25 jul. 2016.

CRUZ, Adriane. Inovação na Atenção Especializada no Brasil. **Consensus**: Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Brasília, DF, ano 5., n. 16, p15-22, jul./set. 2015.

DAMODARAN, J.; SHERLOCK, C. Child rights and Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS) in Ireland. **Irish Journal of Medical Science**, [s. l.], p. 1–5, 2013.

ESPINOLA-NADURILLE, Mariana et al. Child and adolescent mental health services in Mexico. **Psychiatric Services**, [s. l.], v. 61, n. 5, p. 443–445, 2010. Disponível em: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2010-25784-012&lang=sl&scope=site%5Cnhttp://stan.kutcher@dal.ca>>

FORNAZIER, Monica Lorencetti; DELGADO, Rosimeira das Chagas. Reforma Psiquiátrica na Bahia: Desafios e (Des)Caminhos. **Revista Baiana de Saúde Pública**, [s. l.], v. 35, n. 2, p. 412–431, 2011. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2011/v35n2/a2461.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2017.

GARCIA, Grey et al. Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil no Brasil : distribuição geográfica e perfil dos usuários Psychosocial Care Centers for Children and Adolescents in Brazil : geographic distribution and user profile Centros de Atención Psicossocial Infanto-Ju. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, [s. l.], v. 31, n. 12, p. 2649–2654, 2015.

GOULART, M. S. B. Os descaminhos da política de saúde mental: um estudo sobre os serviços ambulatoriais nos anos 80. In: FERRARI, I. F., ARAUJO, J. N. G. (Orgs). **Psicologia e ciência na PUC MINAS**. Belo Horizonte: PUC Minas, 2004. p. 291-312.

GUIMARÃES, Shyrley Bispo; OLIVEIRA, Isabel Fernandes de; YAMAMOTO, Oswaldo Hajime. As práticas dos psicólogos em ambulatórios de saúde mental. **Psicologia &**

**Sociedade**, [s. l.], v. 25, n. 3, p. 664–673, 2013.

HERNANDEZ, Mario et al. National survey of state children's mental health directors: Current status and future directions. **The Journal of Behavioral Health Services & Research**, [s. l.], p. 3–24, 2016. Disponível em:

<[http://search.proquest.com/docview/1824556289?accountid=14774%5Cnhttp://sfx.nelliporta.ali.fi/nelli30b?url\\_ver=Z39.88-2004&rft\\_val\\_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:journal&genre=article&sid=ProQ:ProQ%3Apsycinfo&atitle=National+survey+of+state+children's+menta](http://search.proquest.com/docview/1824556289?accountid=14774%5Cnhttp://sfx.nelliporta.ali.fi/nelli30b?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:journal&genre=article&sid=ProQ:ProQ%3Apsycinfo&atitle=National+survey+of+state+children's+menta)>. Acesso em: 22 jul. 2017.

HOFFMANN, Maria Cristina; SANTOS, Darci Neves; MOTA, Eduardo. Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centros de Atenção Psicossocial. **Cad. Saúde Pública [online]**, v. 24, n. 3, p. 633–642, 2008. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2008000300017&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2008000300017&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 20 ago. 2017.

KLEINTJES, S.; LUND, C.; FLISHER, A. J. A situational analysis of child and adolescent mental health services in Ghana, Uganda, South Africa and Zambia. **African Psychiatry**, [s. l.], v. 13, p. 132–139, maio 2010.

LUZIO, Cristina Amélia; YASUI, Silvio. Além das portarias: desafios da política de saúde mental. **Psicologia em Estudo**, Universidade Estadual de Maringá Maringá, v. 15, p. 17–26, 2010.

MALLA, Ashok et al. From early intervention in psychosis to youth mental health reform: a review of the evolution and transformation of mental health services for young people. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, [s. l.], v. 51, n. 3, p. 319–326, 2016.

MCGORRY, Patrick. Early intervention, youth mental health: the value of translational research for reform and investment in mental health. **Australasian Psychiatry**, [s. l.], v. 22, n. 3, p. 225–227, 2014. Disponível em:

<<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc11&NEWS=N&AN=2014-23387-001>>. Acesso em: 10 ago 2017.

MCGORRY, Patrick D. et al. Cultures for mental health care of young people: an Australian blueprint for reform. **The Lancet Psychiatry**, [s. l.], v. 1, n. 7, p. 559–568, 2014. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)00082-0](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00082-0)>. Acesso em: 22 set. 2017

MERHY, Emerson. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.; ONOCKO, R.. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

NELSON, K. Z.; SANDIN, B.; PILGRIM, David. Psychodynamics in child psychiatry in Sweden, 1945-85: from political vision to treatment ideology. **History of Psychiatry**, [s. l.], v. 24, n. 3, p. 308–325, 2013. Disponível em:

<<http://hpy.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/0957154X13483044>>. Acesso em: 20 ago. 2017.

NERI, Suzana Costa Carvalho. **A qualidade dos dados dos sistemas de informação em saúde aplicados na atenção informação em saúde aplicados em atenção à saúde materno-infantil**. 2016. 182 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública)- Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Bahia, 2016.

OLIVEIRA, Tarcio Almeida; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Participação das instâncias de controle social na política de saúde mental da Bahia, 2001-2013. **Saúde em Debate**, [online], v. 39, n. spe, p. 132–144, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042015000500132&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042015000500132&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 18 nov. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10. ed. rev. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1997. vol.1.

PATTERSON, G.R.; DEBARYSHE, B.D.; RAMSEY, E.. A developmental perspective on antisocial behavior. **Am Psychol**, Estados Unidos, v. 44, n. 2, p.329-335.

PEDRINI, L. et al. The characteristics and activities of child and adolescent mental health services in Italy: a regional survey. **BMC Psychiatry**, [s. l.], v. 12, n. 1, p. 7–12, 2014. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-244X-72-7.pdf%5Cnhttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed12&NEWS=N&AN=2014925967>>. Acesso em: 5 jan. 2018.

RECOMENDAÇÕES do Ministério da Saúde para adoção de práticas não medicalizantes e para publicação de protocolos municipais e estaduais de dispensação de metilfenidato para prevenir excessiva medicalização de crianças e adolescentes. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/01/Recomenda---es-para-Prevenir-excessiva-Medicaliza---o-de-Crian--a-e-Adolescentes.pdf>>. Acesso em 10 dez. 2017.

RIO DE JANEIRO. Prefeitura do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Superintendência de Saúde Mental e Superintendência de Atenção Primária. **Linhas de Ação para Atenção Ambulatorial em Saúde Mental**. [s.n.]: Rio de Janeiro, 2016.

RIZZINI, Irene; ALMEIDA, Neli M. C. De; DEUS, Aline. **Do confinamento ao acolhimento institucionalização de crianças e adolescentes com deficiência: desafios e caminhos**. Rio de Janeiro: CNPQ/Ministério da Saúde, 2010.

RUSSELL, P. S. et al. Priority mental health disorders of children and adolescents in primary-care pediatric setting in india 1: developing a child and adolescent mental health policy, program, and service model. **Indian Journal of Pediatrics**, [s. l.], v. 79, supl. 1, 2012.

SAMSON TSE et al. **The urgency of now: building a recovery-oriented, community mental health service in china**. **PSYCHIATRIC SERVICES** [s.l.], v. 64, n. 7, p. 613-616, jul. 2013.

SANTOS, Darci Neves et al. Atendimento em psiquiatria da infância e adolescência em serviços públicos de Salvador. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 29, p. 35–42,



2005.

SANTOS, Darci Neves; BUSTAMANTE, Vania; SANTOS, Letícia Marques. A saúde mental da infância e adolescência na atenção básica. In: NUNES, Mônica; LANDIM, Fátima Luna Pinheiro (Org.). **Saúde Mental na Atenção Básica: Política e Cotidiano**. Salvador: EDUFBA, 2016. p. 248–298.

SANTOS, Adriano Maia; ASSIS, Marluce Maria. Processo de regionalização da saúde na Bahia : aspectos políticos-institucionais e modelagem dos territórios sanitários. **Revista Brasileira de Gestão de Desenvolvimento Regional**, São Paulo, v. 13, p. 400–422, 2017.

SANTOS, Yalle Fernandes et al. O ambulatório de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica em Natal/RN. **Psicol. Argum.**, Curitiba, v. 27, n. 59, p. 313-322, out./dez. 2009.

SANTOS, Yalle Fernandes et al. **O ambulatório de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica em Natal/RN**. 2007. 168 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)- Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, 2007

SEVERO, Ana Kalliny de Sousa. **A cronificação nos serviços substitutivos na rede de saúde mental de Natal/RN**. 2009. 148 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia, Sociedade e Qualidade de Vida) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, 2009.

\_\_\_\_\_; DIMENSTEIN, Magda. Rede e intersetorialidade na atenção psicossocial: contextualizando o papel do ambulatório de saúde mental. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, DF, v. 31, n. 3, p. 640–655, 2011.

SOLLA, Jorge; CHIORO, Arthur. Atenção Ambulatorial Especializada. In: GIOVANELLA, Lígia (Org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2. ed. rev. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

SOUZA, Luis Eugênio Portela Fernandes; GUIMARÃES, Reinaldo; TRAVASSOS, Cláudia. Infraestrutura Tecnológica do SUS: rede de estabelecimentos, equipamentos, desenvolvimento científico-tecnológico e inovação. In: PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA-FILHO, Naomar (Org.). **Saúde Coletiva Teoria e Prática**. 1. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 720.

TEIXEIRA, Carmem Fontes; VILASBÔAS, Ana Luiza Queiroz. Modelos de atenção à saúde no SUS: transformação, mudança ou conservação? In: PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA-FILHO, Naomar De (Org.). **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 720.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25–59, 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010459702002000100003&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010459702002000100003&lng=pt&tlng=pt)>. Acesso em: 14 nov. 2017.

VANDENBROECK, Philippe et al. Soliciting stakeholders' views on the organization of child and adolescent mental health services: a system in trouble. **Child and adolescent psychiatry and mental health**, [s. l.], v. 7, n. 1, p. 42, 2013. Disponível em: <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3942294&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>>. Acesso em: 10 dez. 2017.

\_\_\_\_\_. Recommendations for the organization of mental health services for children and adolescents in Belgium: use of the soft systems methodology. **Health Policy**, [s. l.], v. 114, n. 2–3, p. 263–268, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.07.009>>. Acesso em: 14 dez. 2017.

WORLD PSYCHIATRIC ASSOCIATION; WORLD HEALTH ORGANIZATION; INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY AND ALLIED PROFESSIONS. Atlas: child and adolescent mental resources. **Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift**, [s. l.], v. 29, n. 5, p. 403–406, 2005. a. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/08039487509097356>>. Acesso em: 20 nov. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Child and adolescent mental health policies and plans**. Disponível em: <<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed11&NEWS=N&AN=71240109>>. Acesso em: 5 jan. 2018.

YASUI, Silvio; COSTA-ROSA, Abilio. A estratégia atenção psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/80, p. 27–37, 2008. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=LILACS&exprSearch=514309&indexSearch=ID&lang=p>>. Acesso em 14 jan. 2018.

ZAVANELLI, Adriana Cristina et al. Caracterização dos usuários do atendimento psicológico do Ambulatório de Saúde Mental de Birigui. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 31, n. 1, p. 107-113, jan./mar. 2014