

O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA (CAPSi) DE BRUSQUE- UMA ANÁLISE DE DADOS

EL CENTRO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL A NIÑOS Y ADOLESCENTES (CAPSi) DE BRUSQUE- UN ANÁLISIS DE DATOS

Sara Alves Raquel¹

RESUMO: Até a criação do CAPSi, os atendimentos de saúde mental de crianças e adolescentes em Brusque eram feitos pelos CAPS 2 e CAPS ad, serviços pensados para adultos. Este artigo analisou alguns dados obtidos no CAPSi de Brusque desde sua inauguração a fim de contabilizar os atendimentos realizados e a causa do aumento da procura do serviço. Isso foi feito por meio da análise do arquivo com os prontuários físicos dos pacientes registrados no serviço e os dados do sistema G-MUS, utilizado pela Secretaria de Saúde de Brusque. Verificou-se que a inauguração do serviço ocorreu com o início da pandemia de Covid-19 que, de acordo com a Organização Mundial da Saúde, aumentou a incidência de transtornos mentais em todas as idades. Assim, não é possível afirmar que o aumento da demanda de atendimento do CAPSi ocorreu pela sua especificidade ou pela situação pandêmica.

Palavras-chave: saúde mental; infância, adolescência, pandemia.

RESUMEN: Hasta la creación de CAPSi, la atención en salud mental de niños y adolescentes de Brusque era realizada por CAPS 2 y CAPS ad, servicios destinados a adultos. Este artículo analiza algunos datos obtenidos del CAPSi en Brusque desde su apertura para dar cuenta de las atenciones realizadas y la causa del aumento de la demanda del servicio. Esto se hizo a través del análisis del archivo con los registros físicos de los pacientes registrados en el servicio y los datos del sistema G-MUS, utilizado por el Departamento de Salud de Brusque. Se constató que la inauguración del servicio se dio junto con el inicio de la pandemia de la Covid-19, que, según la Organización Mundial de la Salud, aumentó la incidencia de trastornos mentales en todas las edades. Así, no es posible decir que el aumento de la demanda de atención del CAPSi se debió a su especificidad o a la situación de pandemia.

Palabras claves: salud mental, infância, adolescência, pandemia.

1 INTRODUÇÃO

O Movimento da Luta Antimanicomial, iniciado na década de 1980, defende um modelo de tratamento não asilar e segregador, com serviços abertos que garantam a convivência familiar e comunitária, com a garantia da

¹ Assistente social pela Universidade Federal de Santa Catarina; especialista pela Universidade do Sul de Santa Catarina, servidora pública da Prefeitura de Brusque desde 2015 e trabalhadora da saúde mental do SUS desde 2018. E-mail: as.saraquel@gmail.com

participação dos usuários dos serviços e de suas famílias (AMARANTE, 2013). Em consonância com esse movimento, em 1992 a Portaria Ministerial nº 224 instituiu os Centros de Atenção Psicossocial- CAPS, que foram reestruturados por meio da Portaria 336/2002. Os CAPS são serviços municipais que visam garantir o atendimento de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes de forma aberta e comunitária, em conjunto com suas famílias. A Portaria prevê três variedades de serviços de acordo com o número de habitantes do território onde estão, podendo ser modalidade I, II ou III; para os municípios que se enquadram na modalidade II, há o CAPS i II, para atendimento a crianças e adolescentes. Em 2011, a Portaria 3.088 redefiniu a nomenclatura do serviço e deliberou que: “CAPS I: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas [...] indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes. ” (BRASIL, 2011). Fator fundamental para o fortalecimento da rede de atenção psicossocial foi a Lei 10.216/2001, que dispõe sobre os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e traz como um direito dessas pessoas, dentre outros, “ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; ” (BRASIL, 2001).

No município de Brusque existem desde 2002 o CAPSII e desde 2014 o CAPSad, ambos para os atendimentos de adultos, sendo o último para usuários de álcool e outras drogas. Devido à falta de serviço específico, as crianças e adolescentes, que possuísem demanda para atendimento nos CAPS, acabavam sendo encaminhadas para consulta com neuropediatra do Sistema Único de Saúde do município ou com psiquiatra e/ou psicologia em outro município, não tendo sua real necessidade atendida. Assim, em meados de 2018, os atendimentos das crianças e adolescentes foram absorvidos pelos serviços pensados para outro público, ou seja, passaram a ter atendimentos dentro do CAPSII e do CAPSad, mas separadamente dos adultos.

Como todo o serviço era pensado para adultos, eram feitos com os menores de idade atendimentos pontuais, não podendo ser ofertados, por exemplo, oficinas terapêuticas e atendimentos em grupo. Somente em março de

2020 foi instituído no município o CAPSi. Entretanto, no mesmo período a Organização Mundial de Saúde caracterizou a COVID-19 como uma pandemia, e os recursos da saúde se voltaram a esse problema, fazendo com que os atendimentos às demandas de saúde mental das crianças e adolescentes continuassem pontuais, mesmo com um serviço voltado exclusivamente para eles. Finalmente em maio de 2021 houve a inauguração oficial do CAPSi do município, e com o tempo, na medida em que a situação sanitária ia se modificando, o atendimento foi sendo ampliado.

Baseado na problemática exposta, surgiu a seguinte pergunta de pesquisa: quais impactos a implementação de um serviço de saúde mental exclusivo para infância e adolescência têm na busca por atendimento de saúde mental por esse público? Desse modo, este trabalho tem como objetivo avaliar como a implementação de um serviço exclusivo para crianças e adolescentes aumentou o acesso desse público a atendimento em saúde mental.

O estudo se revela pertinente para avaliar a efetividade do CAPSi de Brusque por meio do levantamento e análise de dados dos atendimentos a crianças e adolescentes realizados de julho de 2018 até julho de 2022, nos serviços CAPS 2 e CAPSi do município de Brusque. Além de a importância no levantamento de dados, este trabalho busca avaliar a efetividade do CAPSi de Brusque e demonstrar sua relevância no que se refere aos cuidados da saúde mental de crianças e adolescentes.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Hoje é bastante conhecida, porém, a definição de infância e adolescência nem sempre existiu. Depois que a criança não era mais totalmente dependente para sobreviver, destinava-se a elas o mesmo tratamento que aos adultos. De acordo com o historiador francês Philippe Àries, não havia até o século XVIII, uma preocupação para com as crianças como a que se tem atualmente. Foi somente a partir desse período que elas passaram cada vez mais a ocupar um lugar primordial nas famílias. No entanto não se utilizavam as

separações das fases da vida, como crianças, adolescentes, jovens, adultos e idoso, essas diferenciações surgiram ao longo dos séculos XIX e XX. (ÀRIES, 1986)

Como não havia uma preocupação com os sujeitos antes de eles alcançarem a vida adulta, as políticas específicas para esse público tardaram a surgir. As ações voltadas para a infância e adolescência no Brasil, assim como nos demais países ocidentais, eram inicialmente ligadas à religião e à filantropia. O atendimento dispensado a essa parcela da população tinha o viés do controle dos indivíduos e das famílias, especialmente as pobres. Um longo caminho foi percorrido até que crianças e adolescentes fossem vistos como sujeitos de direito, que necessitam de amparo e proteção, mas que também possuem autonomia (RIZZINI, 2021).

Com a falta de diferenciação entre infância e adolescência, no Brasil a legislação penal do século XIX definia como menor todos aqueles com menos de 21 anos de idade, estando o termo *menor* sempre ligado a pobres e delinquentes: “ser menor era carecer de assistência, era sinônimo de pobreza, baixa moralidade e periculosidade” (RIZZINI, 2021, p. 134). O país passou por diversas legislações referentes à infância e à adolescência até a sanção da Lei 8069 de 1990, que dispôs sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente- ECA e definiu crianças como aqueles até 12 anos incompletos e adolescentes os até 18 anos. De acordo com o estatuto:

Art. 4º É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária. (BRASIL, 1990)

Dessa forma, os direitos dos menores de idade passaram a ser prioridade na formulação de políticas públicas, e as crianças e adolescentes foram levados à condição de “pessoas em desenvolvimento” (BRASIL, 1990). A partir do ECA começou a se pensar na proteção e não mais somente no atendimento após os direitos já terem sido violados. Encerrou-se o uso do termo *menor* e “inaugura-se uma nova identidade social categorizada como crianças e adolescentes” (LEMOS, 2008, p. 98).

2.2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE- SUS

A Constituição Federal de 1988 definiu a saúde como direito social e determinou que ela é “direito de todos e dever do estado” (BRASIL, 1988). A Lei 8080 de 1990 instituiu o Sistema Único de Saúde- SUS e reforçou a saúde como um direito fundamental do ser humano e que deve ser garantida pelo Estado. Anteriormente à constituição do SUS, a saúde no Brasil era fragmentada, havia algumas poucas iniciativas do governo que ocorriam de maneira pontual e o acesso à saúde estava relacionado ao trabalho; e os trabalhadores vinculados à previdência, a partir de 1923, passaram a ter acesso a alguns serviços de saúde (PAIM, 2009). Somente após a criação do SUS, o acesso à saúde passou a ser universal:

O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 1990)

Portanto, após a criação do SUS, houve a garantia por parte do Estado de acesso à saúde pública em todos os seus níveis, sem a necessidade de qualquer tipo de comprovação, seja ela trabalhista ou financeira.

2.3 SAÚDE MENTAL

Na lei de criação do SUS a saúde mental é abordada somente uma vez, no Art. 3º: “Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social” (BRASIL, 1990). Porém, nem a carta magna, nem a Lei 8.080 definiram o que seria saúde, quanto mais saúde mental. A Organização Mundial da Saúde- OMS, por sua vez, já havia, em 1946, definido saúde como "estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente ausência de doença ou incapacidade". (OMS, *apud* ALMEIDA FILHO, 2011, p. 8). Uma definição que amplia o conceito para além da dicotomia saúde doença e abre caminho para diversas interpretações e abordagens. De

fato, não há uma unanimidade na definição de saúde, fazendo com que a definição mude de acordo com a perspectiva pela qual ela é analisada:

A perspectiva da saúde como ausência-de-doença, apesar de conceitualmente confortável e metodologicamente viável, de fato não dá conta dos processos e fenômenos referidos a vida, saúde, doença, sofrimento e morte. Do mesmo modo que o todo é sempre mais que a soma das partes, a saúde é muito mais do que a ausência ou o inverso da doença. (ALMEIDA FILHO, 2011, p. 125.):

A saúde mental também não pode ser facilmente definida. Não se trata somente da ausência de doenças da mente, ou da área de atuação da psiquiatria, mas sim um campo plural e intersetorial:

saúde mental é um campo bastante polissêmico e plural na medida em que diz respeito ao estado mental dos sujeitos e das coletividades que, do mesmo modo, são condições altamente complexas. Qualquer espécie de categorização é acompanhada do risco de um reducionismo e de um achatamento das possibilidades da existência humana e social. (AMARANTE, 2013, p.18).

A OMS também definiu saúde mental de uma maneira ampla, como “um estado de bem-estar em que o indivíduo é capaz de perceber suas habilidades, sendo também capaz de lidar com o estresse normal da vida, além de conseguir trabalhar produtivamente e contribuir com sua comunidade” (BRASÍLIA, 2022, p. 12). A dificuldade na delimitação da saúde mental ocorre então porque há diversos fatores que influenciam para que ela seja alcançada; a prevenção de transtornos mentais perpassa vários aspectos da vida do indivíduo e inclui o desenvolvimento em uma comunidade sem violência, acesso à educação de qualidade, suporte familiar e social, redução da pobreza, acesso a serviços de saúde mental, dentre outros. (BRASÍLIA, 2022)

Em 2001 foi sancionada a Lei 10.216/2001, que “dispõe sobre os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.” (BRASIL, 2001) e foi considerada a legislação marco da Reforma Psiquiátrica Brasileira. (AMARANTE,2013); definiu a internação como medida excepcional, dando prioridade para o tratamento extra hospitalar e a reinserção social (BRASIL, 2001), bandeiras de luta do Movimento Antimanicomial, que havia se iniciado nos anos 1980.

2.4 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL- RAPS

A Rede de Atenção Psicossocial - RAPS foi instituída pela Portaria 3.088 de 2011, compreende diversos componentes e amplia o atendimento em saúde mental dentro do Sistema Único de Saúde. Dessa forma, não somente os serviços especializados ficam responsáveis pelo atendimento da população em sofrimento mental. Assim, são objetivos gerais da Rede de Atenção Psicossocial:

- I - ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;
- II - promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e
- III - garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.” (BRASIL, 2011).

São objetivos específicos da Rede de Atenção Psicossocial:

- I - promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas);
- II - prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas;
- III - reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas;
- IV - promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária;
- V - promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde;
- VI - desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil;
- VII - produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede;
- VIII - regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial; e
- IX - monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção. “(BRASIL, 2011)

Fazem parte da RAPS as Unidades Básicas de Saúde, equipes da atenção básica em saúde, Centros de Atenção Psicossocial, atendimentos de urgência e emergência, dentre outros serviços do Sistema Único de Saúde. Dessa forma, fica evidente que a prevenção e a promoção em saúde mental são importantes para o não agravamento dos transtornos mentais e que toda a rede do SUS é responsável pelo atendimento da população com transtornos mentais,

dependendo da gravidade apresentada. As ações intersetoriais são também fundamentais, pois, como já vimos acima, a saúde mental é multifatorial e complexa, podendo ter diferentes definições e indicadores.

2.5 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS

O Centro de Atenção Psicossocial - CAPS foi criado para que o tratamento daqueles com transtornos mentais fossem realizados sem a necessidade de internação, em um espaço comunitário mantendo assim a convivência do usuário com sua família e sua rede de relações. O primeiro CAPS foi criado em São Paulo em 1986; surgiu como uma forma alternativa aos tratamentos relativos à saúde mental e que até então eram exclusivamente realizados em Hospitais Psiquiátricos (BRASIL, 2004). Em 1992 houve a regulamentação do serviço através da Portaria Ministerial nº 224, que definia o CAPS como:

unidades de saúde locais/regionalizadas, que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de 4 horas, por equipe multiprofissional. (BRASIL, 1992).

Em 2002 houve a reestruturação dos CAPS por meio de uma nova regulamentação, que dividiu o serviço em três modalidades: CAPSI, CAPSII e CAPSIII, de acordo com a área de abrangência populacional (BRASIL, 2002) A Portaria 336 definiu que todas as modalidades de CAPS “deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial,” (BRASIL, 2002); regulamentou as atividades a serem executadas pelos serviços e também a formação da equipe que deve atuar em cada modalidade de CAPS, a quantidade de pacientes a serem atendidos e a concessão de refeição aos usuários, dentre outras regulamentações. Em todas as modalidades de CAPS são realizados atendimentos individuais e em grupo, oficinas terapêuticas, atendimentos à família, visitas domiciliares e atividades comunitárias (BRASIL, 2002).

De acordo com documento do Ministério da Saúde, para funcionar os CAPS devem possuir, no mínimo:

consultórios para atividades individuais (consultas, entrevistas, terapias); salas para atividades grupais; espaço de convivência; oficinas; refeitório (o CAPS deve ter capacidade para oferecer refeições de acordo com o tempo de permanência de cada paciente na unidade); sanitários; área externa para oficinas, recreação e esportes. (BRASIL, 2004)

Essas portarias e documentos servem como norteadores para implementação e execução do serviço, ao mesmo tempo que garantem aos usuários do sistema único de saúde um atendimento adequado às suas necessidades.

2.6 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES- CAPSi

Dados do Ministério da Saúde mostram que até 2021 havia 2.742 CAPS habilitados em 1.845 municípios no país; desses, 274 são CAPSi e somente 9 estão em Santa Catarina.² O CAPSi de Brusque ainda não consta nessa lista. Atualmente possuem o serviço os municípios de Florianópolis, Blumenau, Chapecó, Criciúma, Itajaí, Jaraguá do Sul, Joinville, Lages e Palhoça.³ Esses são os dados oficiais do Governo, porém, assim como o CAPSi de Brusque não consta na lista, pode ser que outros serviços ainda não estejam contabilizados, mas estejam em funcionamento por menos tempo que os demais CAPSi.

O CAPSi possui os mesmos atendimentos disponibilizados pelos outros CAPS, sendo “um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes gravemente comprometidos psiquicamente. Estão incluídos nessa categoria os portadores de autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais.” (BRASIL, 2005). A Portaria 3.088/2011

² Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps/arquivos/rede_raps_2021_modelo_saps_julho_2021.pdf. Acesso em: 7 out. 2022.

³ Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/atencao-basica/saude-///mental/enderecos/15815-listas-dos-caps-do-estado-de-santa-catarina/file>. Acesso em: 7 out. 2022.

ainda define que são atendidos nos CAPSi crianças e adolescentes que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. De acordo com a Portaria 336/2002: A equipe técnica mínima para atuação no CAPSi II, para o atendimento de 15 (quinze) crianças e/ou adolescentes por turno, tendo como limite máximo 25 (vinte e cinco) pacientes/dia, será composta por:

a - 01 (um) médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental;

b - 01 (um) enfermeiro.

c - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;

d - 05 (cinco) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. (BRASIL, 2002)

Percebe-se que o CAPSi, assim como os demais, exige uma equipe multidisciplinar mínima para seu pleno funcionamento. Isso se dá porque os CAPS são uma conquista da Reforma Psiquiátrica, que buscou afastar da saúde mental uma visão hospitalocêntrica, médico centrada e segregadora. Dessa forma, os diversos aspectos que envolvem a saúde mental dependem de diferentes saberes para serem abordados. Assim, o CAPSi conta com atendimentos individuais, familiares, em grupo, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atividades esportivas, culturais e outras que visem à reinserção social dos usuários do serviço. Todos os profissionais realizam as diversas modalidades de atendimento, salvo aquelas privativas das profissões, que exigem conhecimento específico. O tempo de tratamento no CAPSi depende de cada usuário e do contexto em que ele está inserido; e para cada um será pensada uma estratégia de acompanhamento diferente, respeitando suas singularidades. (BRASIL, 2005).

2.7 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES DE BRUSQUE/ SC

A partir da percepção do aumento da demanda para atendimento de crianças e adolescentes dentro do CAPSII, foi pensada a criação do CAPS exclusivamente para esse público, mesmo que não houvesse ainda a demanda



populacional, já que a Resolução 3088/2011 fala na criação do serviço em municípios cuja população seja acima de 150 mil habitantes e, de acordo com estimativa do IBGE Brusque contava, em 2021, com estimativa de 140 mil habitantes⁴. Em março de 2020 teria início o serviço, mas devido à situação de Pandemia de Covid 19, o CAPSi de Brusque teve seu início comprometido, uma vez que as normas sanitárias não permitiam algumas modalidades de atendimento, como residencial e em grupo. Também não foi possível de imediato o atendimento em um local próprio e exclusivo, ficando o CAPSi atendendo em conjunto com outros serviços durante aproximadamente um ano. Desde maio de 2021, o CAPSi atende crianças e adolescentes em local próprio e adequado, conforme preconizado pelas orientações do Ministério da Saúde, conseguindo ofertar todos os atendimentos previstos. Para isso, conta, no momento, com uma equipe formada por 2 psicólogos, 2 técnicos de enfermagem, 1 assistente social, 1 enfermeiro, 1 médica, 1 profissional de educação física, 1 terapeuta ocupacional, 1 arte-educadora, 1 auxiliar administrativo, 1 monitora social e 2 serventes gerais. Conta ainda, pontualmente, com 1 farmacêutica 8 horas semanais e 1 nutricionista 16 horas semanais. Cabe salientar que a assistente social e a terapeuta ocupacional têm jornada de 30 horas de trabalho semanais por causa de leis específicas da profissão. Os demais trabalhadores fazem jornada de 40 horas semanais. Atualmente 7 crianças e 49 adolescentes estão sendo acompanhados no CAPSi.

Todos que chegam ao serviço passam por um acolhimento inicial por um dos profissionais para se verificar se o CAPSi é o melhor local para o tratamento, visto que conforme já explicado acima, é um local para acompanhamento de crianças e adolescentes com comprometimento psíquico grave. Após esse acolhimento é decidido pela equipe pela inserção no CAPSi ou encaminhamento para outro ponto da RAPS que melhor absorva a demanda apresentada.

⁴ Dados disponíveis em <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sc/brusque.html>. Acessado em: 29 set. 2022.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

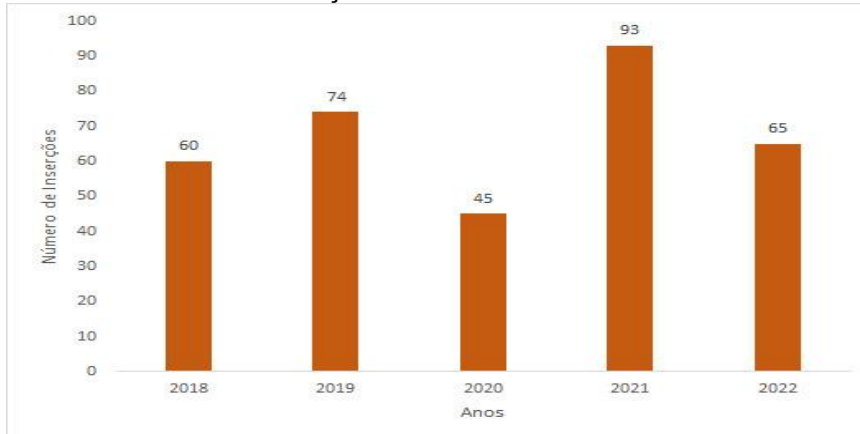
Para este trabalho contabilizou-se a quantidade de crianças e adolescentes inseridos para acompanhamento de julho de 2018 a julho de 2022, nos CAPS II e CAPSi do município de Brusque. Também se contabilizou os atendimentos realizados exclusivamente no CAPSi desde o início do seu funcionamento até julho de 2022, bem como o número de adolescentes atendidos no mesmo período. Para isso, analisou-se o arquivo com os prontuários físicos dos pacientes registrados no serviço e os dados do sistema G-MUS, utilizado pela Secretaria de Saúde de Brusque.

Tratou-se os dados obtidos em Microsoft Excel e gerou-se representações gráficas relacionadas ao número de inserções no CAPSi; média mensal de inserções; número de inserções antes e depois da criação do serviço; média das inserções mensais; número de acolhimentos no serviço e média mensal dos acolhimentos no serviço antes e depois da sua criação; número de acolhimentos iniciais realizados no CAPSi de 2019 a 2022; quantidade de procedimentos realizados no CAPSi desde sua implementação e média de procedimentos realizados no CAPSi mensalmente desde sua implementação. Esses dados são apresentados na análise dos resultados a seguir.

4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Verificou-se que o ano de 2021 foi o que mais teve inserção de adolescentes e crianças nos CAPS até o momento, totalizando 93. Já 2020 foi o período com menos inserções, com 45. Conforme já citado, nesse período houve diversas restrições devido à pandemia da Covid 19, com recomendações para que a população ficasse em casa, e ainda diminuição das linhas e horário de transporte público disponíveis. Os dados podem ser visualizados no Gráfico 1:

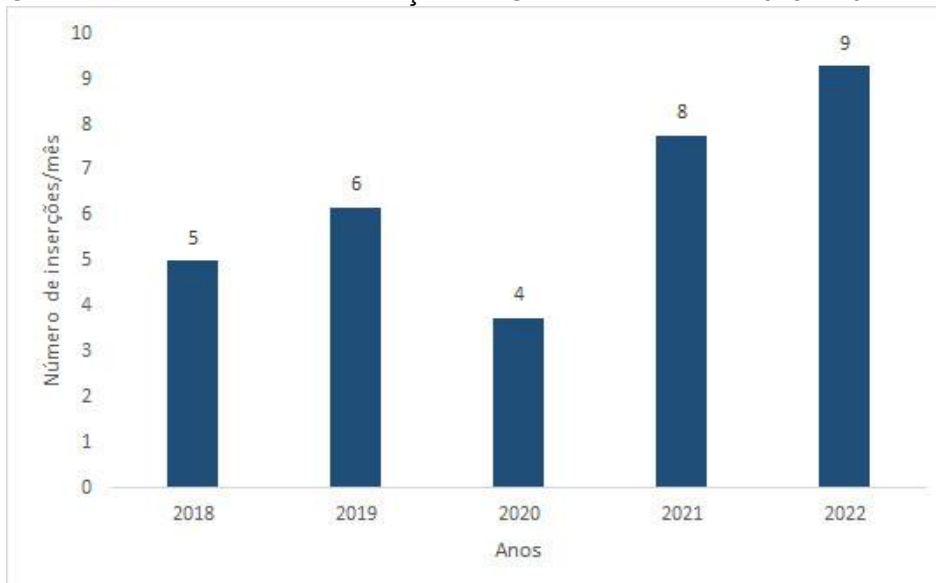
Gráfico 1- Número de inserções no CAPSi nos anos de 2018 a 2022



Fonte: a autora (2022)

Vale ressaltar que no ano de 2022 estão sendo considerados somente os sete primeiros meses, fazendo com que a média de inserções por mês ultrapasse a de anos anteriores, conforme Gráfico 2, a seguir:

Gráfico 2 - Média mensal de inserções no CAPSi nos anos de 2018 a 2022



Fonte: a autora (2022)

Se considerarmos as inserções das crianças e adolescentes no CAPS 2 e, posteriormente, no CAPSi, notamos que houve um aumento após a criação do serviço especializado para esse público, passando de 117 para 190 conforme demonstrado no Gráfico 3, a seguir:

Gráfico 3 - Número de inserções antes da criação do CAPSi e após sua criação, em 2020



Fonte: a autora (2022)

Como os períodos são diferentes, podemos perceber o aumento pela média das inserções mensais, que passaram de 11 para 17 ao mês (Gráfico 4):

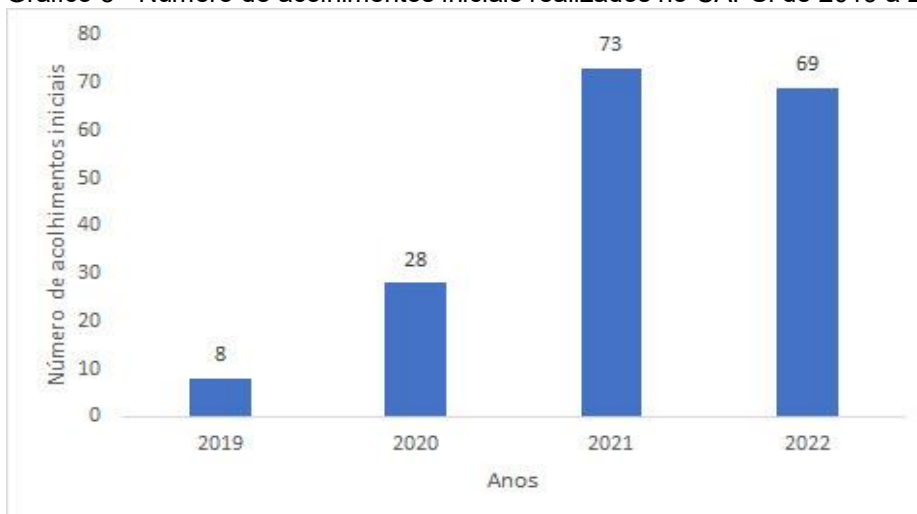
Gráfico 4 - Média das inserções por mês antes e depois da criação do CAPSi



Fonte: a autora (2022)

Para análise também se verificou que em 2019 foram acolhidos oito indivíduos que não foram inseridos no CAPS; em 2020 esse número foi de 28; em 2021 de 73, e de 69 até julho de 2022, mostrando também nesse quesito um aumento da demanda, conforme Gráfico 5:

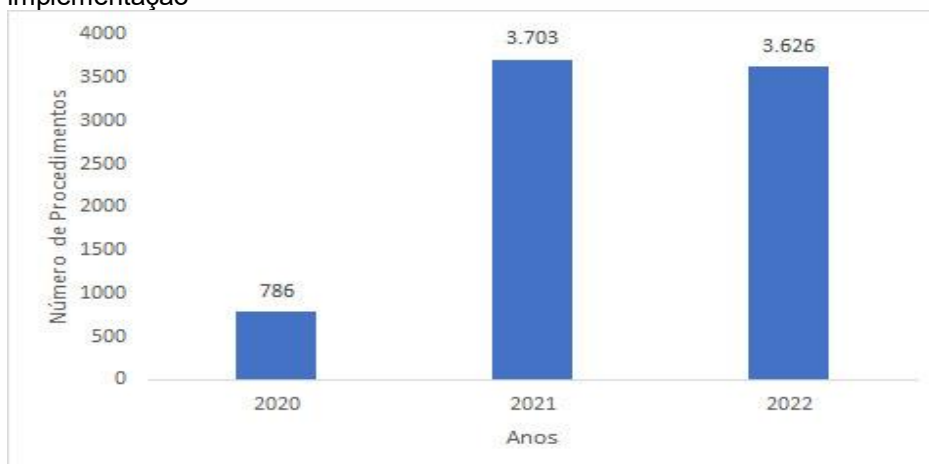
Gráfico 5 - Número de acolhimentos iniciais realizados no CAPSi de 2019 a 2022



Fonte: a autora (2022)

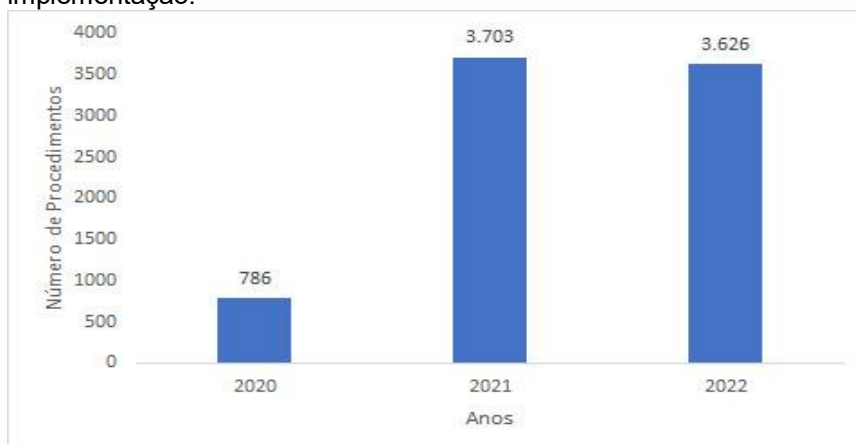
Para essas crianças e adolescentes realizou-se encaminhamentos para pontos da Rede de Atenção Psicossocial mais adequados para cada caso. Embora o número de inserções não pareça muito expressivo, realizou-se 786 procedimentos em 2020; 3.703 em 2021 e 3.626 de janeiro a julho de 2022. Entre os procedimentos estão visitas domiciliares, atendimentos em grupo, individuais e familiares, consultas médicas, atenção a situações de crise dos usuários do CAPSi, dentre outros elencados na Portaria 854/2012. Assim, em 2021 foram em média 308 procedimentos ao mês, ao passo que em 2022 a média já é de 518, conforme ilustrado nos Gráficos 6 e 7:

Gráfico 6 - Mostra o número de procedimentos realizados no CAPSi desde sua implementação



Fonte: a autora (2022)

Gráfico 7 - Média de procedimentos realizados no CAPSi mensalmente desde sua implementação.



Fonte: a autora (2022)

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As legislações, especialmente o Estatuto da Criança e do Adolescente, passaram a se preocupar com a proteção integral das crianças e adolescentes nos mais variados aspectos, sendo um desses a saúde mental, com protocolos, manuais e serviços especializados para balizar o atendimento dessa parcela da população. O CAPSi surgiu dessa preocupação e da percepção de que os transtornos mentais e o sofrimento não são exclusividade da vida adulta e podem, sim, surgir durante a infância e a adolescência.

Vimos nos dados apresentados por meio dos gráficos um crescente no número de crianças e adolescentes atendidos no CAPSi de Brusque, principalmente após a inauguração do espaço próprio para o serviço em maio de 2021. Embora não tenhamos os dados dos procedimentos realizados antes de 2020 (os dados *on-line* só podem ser contabilizados após a implementação do CAPSi; anteriormente a isso, esses dados entram como procedimentos do CAPSII ou CAPSad), foi possível verificar um aumento neles entre 2020, 2021 e 2022.

A quantidade de inserções e acolhimentos iniciais também vem aumentando a cada ano. Esse levantamento sugere que um serviço próprio para crianças e adolescentes propicia maior procura e maior possibilidade de dedicação a essa população específica. Por outro lado, em junho de 2022, a Organização Mundial de Saúde lançou um informe mundial de saúde mental, mostrando que durante o primeiro ano da pandemia da Covid 19, doenças como

depressão e ansiedade aumentaram em mais de 25%⁵. Esse fator pode ser também a causa do aumento dos atendimentos no CAPSi, visto que crianças e adolescentes também foram afetados pela pandemia:

A prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes também aumentou. Atualmente, 1 em cada 4 jovens em todo o mundo está experimentando sintomas de depressão clinicamente elevados, enquanto 1 em cada 5 jovens está apresentando sintomas de ansiedade clinicamente elevados. (BRASÍLIA, 2022 p. 17)”

Como já mencionado, o CAPSi de Brusque teve seu início no mesmo mês em que foi declarada a pandemia da Covid-19, o que impactou no processo de trabalho do serviço, causando inicialmente uma queda nos atendimentos e na inserção de usuários para tratamento devido às restrições sanitárias. Porém o espaço próprio só foi consolidado em maio de 2021, quando começaram a ocorrer algumas mudanças nos protocolos sanitários da Covid-19.

A partir de então o volume dos atendimentos, procedimentos e inserções no CAPSi vêm subindo consideravelmente. Independentemente da causa desse aumento, as crianças e adolescentes têm, por fim, um espaço adequado de tratamento em saúde mental para recorrerem, tendo suas necessidades atendidas por uma equipe pensada e formada exclusivamente para eles e em meio a um aumento mundial nos casos de transtornos mentais.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. **O que é saúde** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011. Temas em saúde collection ISBN978-85-7541-343-2. Disponível em: SciELO Books <http://books.scielo.org>. Acesso em: 25 set. 2022.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial** [online]. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013. Temas em saúde collection. ISBN 978-85-7541-368-5. Disponível em: SciELO Books <http://books.scielo.org>. Acesso em: 25 set. 2022.

ARIÈS, Philippe. **História Social da Criança e da Família**. 2. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1986.

BRASIL, **LEI 10.216 de 06 de abril de 2001** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em:

⁵ Dados disponíveis em: <https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2022-oms-destaca-necessidade-urgente-transformar-saude-mental-e-atencao>, acessado em 13/07/2022

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 25 set. 2022.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 25 set. 2022.

BRASIL, Portaria n. 336 de 19 de fevereiro de 2002: acrescenta novos parâmetros aos definidos pela Portaria n. 224/92. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 25 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 86 p.:

BRASIL, Portaria MS/SAS nº 854, de 22 de agosto de 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0854_22_08_2012.html. Acesso em: 25 set. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2011.

Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 25 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Ministério Público. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 60 p.: il.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 25 set. 2022.

BRASIL. Lei 8080 de de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208.080%2C%20DE%2019%20DE%20SETEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20as%20condi%C3%A7%C3%B5es%20para,corre



spondentes%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAscias. Acesso em: 6 out. 2022.

BRASIL, **Portaria Ministerial 224** de 29 de janeiro de 1992. Disponível em https://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=836. Acesso em: 25 set. 2022.

BRASÍLIA. **Curso Nacional de Saúde Mental e Atenção Psicossocial na covid-19: Reconstrução pós desastres e emergências em saúde pública.** Cartilha módulo1 Coordenação Geral de Maria Fabiana Damásio Passos. Brasília: [Curso na modalidade a distância]. Escola de Governo Fiocruz Brasília, 2022.

BRASÍLIA. **Curso Nacional de Saúde Mental e Atenção Psicossocial na covid-19: Reconstrução pós desastres e emergências em saúde pública.** Cartilha módulo2 Coordenação Geral de Maria Fabiana Damásio Passos. Brasília: [Curso na modalidade a distância]. Escola de Governo Fiocruz Brasília, 2022.

BRASÍLIA. **Curso Nacional de Saúde Mental e Atenção Psicossocial na covid-19: Reconstrução pós desastres e emergências em saúde pública.** Cartilha módulo3 Coordenação Geral de Maria Fabiana Damásio Passos. Brasília: [Curso na modalidade a distância]. Escola de Governo Fiocruz Brasília, 2022.

LEMOS, F.C.S. (2008). **O Estatuto da Criança e do Adolescente no Brasil atual.** Psicologia Política, 8(15), 93-106. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpp/v8n15/v8n15a07.pdf>. Acesso em: 25 set. 2022.

QUESADA, Andrea Amaro. **Guia de saúde mental para adolescentes | 11 a 14 anos** / Andrea Amaro Quesada, Carlos Guilherme da Silva Figueiredo, Isabella Sallum Guimarães, Renata Nayara da Silva Figueiredo e Josianne Martins de Oliveira; ilustrações: Rafael Limaverde. – Fortaleza: Fundação Demócrito Rocha, 2020.63 p.: il. Color

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS.**/Jairnilson Silva Paim. - Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.148 p. (Coleção Temas em Saúde)

RIZZINI, Irene. **O século perdido** [livro eletrônico]: raízes históricas das políticas públicas para infância no Brasil / Irene Rizzini. - São Paulo Cortez, 2021.