

# CARACTERIZAÇÃO DOS USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVE- NIL DO MUNICÍPIO DE SALVADOR (BA)

CHARACTERIZATION OF USERS IN A PSYCHOSOCIAL CARE CENTER FOR  
CHILDREN AND YOUTH OF THE MUNICIPALITY OF SALVADOR (BA): CONTRIBUTIONS  
FOR CONSTRUCTION OF A MEDICAL DEVICE

Raquel Malheiros Teixeira <sup>1</sup> Vladia Jamile dos Santos Jucá <sup>2</sup>

## Resumo

Neste estudo objetivou-se caracterizar o perfil dos pacientes diagnosticados com Transtorno Global do Desenvolvimento, atendidos em um Capsi que visa ofertar cuidados em saúde mental para crianças e adolescentes com transtornos mentais severos e persistentes no Município de Salvador (BA). Realizou-se um estudo exploratório descritivo a partir de dados secundários de um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil localizado no Município supracitado. A análise foi realizada considerando dois conjuntos de variáveis, a saber: a) variável relativa à clientela: idade, sexo, diagnóstico, b) variável relativa ao cuidado oferecido: refere-se à modalidade de atendimento em que o paciente foi engajado. Verificou-se que o serviço em questão possui em seu quadro um total de 480 usuários, sendo 72% pertencente ao sexo masculino, com maior expressividade dos diagnósticos de: Transtorno Global do Desenvolvimento (31,25%); Transtornos do Comportamento e Transtornos Emocionais que Aparecem Habitualmente na Infância (8,5%); retardo mental (8,5%); Esquizofrenia, Transtornos Esquizotípicos e Transtornos delirantes (6,3%). No que diz respeito aos TGD, encontrou-se um quantitativo de 150 usuários, sendo 84% do sexo masculino. Os diagnósticos mais recorrentes foram os de Autismo Infantil (46%) e Autismo Infantil em comorbidade com Retardo Mental (24,7%). Dentre estes, um quantitativo considerável frequenta ou já frequentou simultaneamente outra instituição além do Capsi.

**Palavras-chave:** Saúde Mental; Infância e Adolescência; Transtornos Globais do Desenvolvimento.

## Abstract

This study aimed to characterize the profile of patients diagnosed with Pervasive Developmental Disorder, attended in a Capsi which aims to offer mental health care for children and adolescents with severe and persistent mental disorders in Salvador (BA). It was made a descriptive exploratory study from a secondary data center Psychosocial Care of Children and Youth located in the city above. The analysis was performed considering two sets of variables, namely: a) variable on the customer: age, sex, diagnosis, b) variable related to the care offered: refers to the type of care in which the patient was engaged. It was found that the service in question has on its staff a total of 480 users, 72% were male, with greater expressiveness of diagnoses: Pervasive Developmental Disorder (31.25%); Behavior Disorders and Emotional Disorders that usually appear in Childhood (8.5%), mental retardation (8.5%); Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders (6.3%). With regard to the TGD, it was found a quantity of 150 users, 84% were male. The most frequent diagnoses were those of Infantile Autism (46%) and Autism Children with comorbid mental retardation (24.7%). Among these, an considerably amount where already attended or have attended another institution beyond Capsi.

**Keywords:** Mental Health; Childhood and Adolescence; Pervasive Developmental Disorders.

<sup>1</sup> Universidade Federal da Bahia (UFBA), Brasil, Psicóloga. Residente em Saúde Mental pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da UNEB – Salvador (BA). Mestranda em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. E-mail: raquellmalheiros@hotmail.com.

<sup>2</sup> Universidade Federal da Bahia (UFBA), Brasil, Psicóloga. Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. Professora Adjunta do Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia. E-mail: vladiajuca@gmail.com

## INTRODUÇÃO

Nos últimos trinta anos, o campo da saúde mental no Brasil tem passado por significativas transformações que geraram avanços, mas também desafios e tensionamentos na construção de novas possibilidades de promover o cuidado em saúde mental (Amstalden et al., 2007). No que se refere ao processo da reforma psiquiátrica brasileira, pode-se afirmar que, a partir da década de 70 do século XX, em decorrência de profundas mudanças políticas e econômicas, críticas passaram a ser realizadas sobre o tratamento dispensado ao doente mental, impulsionando assim os debates e a implementação de políticas públicas para a saúde mental (Amstalden et al., 2007).

O que caracteriza substancialmente as práticas de cuidados pleiteadas pela reforma psiquiátrica é justamente o fato de este movimento pretender uma ruptura paradigmática e epistemológica com o modelo manicomial e inscrever um novo olhar sobre a pessoa com transtorno mental e seu sofrimento, não mais enviesado pelo déficit. A perspectiva assumida é analisar o sofrimento como uma experiência trágica de um sujeito que sofre. Esse modo de se pensar a loucura instaura um modo bastante diverso de agenciar novas modalidades de tratamento, fundadas, sobretudo, no exercício de cuidar em liberdade e no desafio de propor transformações sociais e culturais que possibilitem aos sujeitos, circular pelo campo social.

No que se refere à implementação de serviços de saúde mental e espaços substitutivos ao hospital psiquiátrico, muito se avançou, principalmente para o público adulto. Entretanto, no que diz respeito à infância, essas mesmas reflexões não seguiram com a intensidade necessária e ainda precisam ser acompanhadas de ações e intervenções eficazes, capazes de promover uma trajetória semelhante. Podemos situar no campo normativo algumas contribuições expressivas, mas que são insuficientes (Amstalden et al., 2007; Amstalden, Hoffman, Monteiro & Taciane, 2010; Brasil, 2001, 2002; Couto, 2004; Couto, Du-

arte & Delgado, 2008; Ministério da saúde, 2001, 2002, 2011). O Fórum, ainda que considerado um dispositivo privilegiado de gestão pública, e que buscava responder a reorientação estrutural do tratamento de crianças e adolescentes, não voltou a apresentar desdobramentos após sua realização em 2004 (Couto, 2004). Ainda no campo normativo observa-se hoje uma discussão acerca de possíveis retrocessos como, por exemplo, o direcionamento da verba pública para as comunidades terapêuticas.

Dentre essas contribuições podemos apontar a criação de condições de financiamento para a construção de uma rede de Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (Capsi), em 2002, em território nacional, a presença em pautas de algumas das Conferências Nacionais de Saúde Mental, além da instituição do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil, em 2004, que previa constituir-se em caráter permanente, composta por representações federadas dos campos da saúde, educação, cultura, justiça, assistência social, entidades filantrópicas, saúde mental e direitos humanos (Brasil, 2001, 2002; Couto, 2004; Couto, Duarte & Delgado, 2008; Ministério da Saúde, 2001, 2002, 2011). O Fórum, ainda que considerado um dispositivo privilegiado de gestão pública, e que buscava responder a reorientação estrutural do tratamento de crianças e adolescentes, não voltou a apresentar desdobramentos após sua realização em 2004 (Couto, 2004). Ainda no campo normativo observa-se hoje uma discussão acerca de possíveis retrocessos como, por exemplo, o direcionamento da verba pública para as comunidades terapêuticas.

A Política de Saúde Mental Infantojuvenil que hoje se implementa no Brasil é também um esforço, ainda que insuficiente, de vencer a lacuna assistencial histórica nesse campo, uma vez que o Estado sempre delegou às instituições filantrópicas ou às associações de pais e familiares o cuidado de crianças com transtornos mentais e deficiências. Destarte, a atual Política de Saúde Mental visa superar a prática de institucionalização também histórica, pautada

em um modelo higienista e em um ideário de proteção (Amstalden et al., 2010; Assis, et al., 2010; Couto, 2000, 2004; Couto, Duarte & Delgado, 2008; Ferreira, 2004).

Atualmente se sabe que todos os transtornos psiquiátricos adultos explicitados no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM IV) TR podem iniciar durante a infância e levar a complicações secundárias do desenvolvimento (Organização Mundial da Saúde, 2001). Não obstante, o diagnóstico dos transtornos mentais em crianças e adolescentes e o tratamento constituem um grande desafio na prática clínica dada à heterogeneidade dos quadros clínicos e as peculiaridades diagnósticas.

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001), a prevalência mundial dos distúrbios do desenvolvimento e dos transtornos mentais e comportamentais na infância e adolescência é de 10% a 20%, sendo que, desse total, de 3% a 4% necessitam de tratamento intensivo. Essa taxa não se mostrou diferente em outros países, o que revela que os transtornos mentais na infância não são irrelevantes, mas, sim, menosprezados, deixando um grande número de crianças sem assistência adequada (Duarte et al., 2003; Organização Mundial da Saúde, 2001; Rutter, Kim-Cohen & Maughan, 2006). Em relação aos Centros de Atenção Psicossocial, esses serviços, sustentados na lógica da atenção diária, são dispositivos fundamentais para a reorientação da assistência, apesar de não serem suficientes neste sentido. Além da missão terapêutica e social, cumprem a função de gestores de seu território de abrangência, agenciando as ações necessárias para ampliação do acesso e da cobertura assistencial, no cuidado e tratamento de crianças e adolescentes portadoras de sofrimento psíquico.

O Estado da Bahia conta atualmente com sete Centros de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes habilitados pelo Ministério da Saúde. Estima-se que, de acordo com os novos critérios populacionais recomendados na Portaria 30.88,

que institui a Rede de Atenção Psicossocial, publicada em dezembro de 2011, o referido estado deveria contar com aproximadamente vinte e nove dispositivos de saúde mental para infância e adolescência. Dezesete destes deveriam estar alocados no município de Salvador, que conta atualmente com dois Capsi. O estado encontra-se, portanto, com o déficit de vinte e dois dispositivos de saúde mental e o município de Salvador de 15 serviços. Assim, chama a atenção o pouco investimento político e governamental para as questões relacionadas à Saúde Mental Infantojuvenil e a eficaz assistência de suas demandas, haja vista que, no Brasil, apenas 2,5% do orçamento da saúde é destinado à área de saúde mental e os gastos em saúde mental infantojuvenil são ainda mais limitados (Assis, et al., 2010; Couto, 2000).

Esta estratégia, relevante no sentido da cobertura, requer, entretanto, um rigoroso processo de acompanhamento e análise de impacto, ainda não realizado. Na literatura, são escassas as publicações que contêm avaliação mais detalhada sobre o funcionamento dos Capsi (Hoffmann, Santos & Mota, 2008).

Para Amstalden et al. (2010), no campo da saúde mental infantojuvenil, duas situações específicas vêm convocando melhores respostas do Sistema Único de Saúde (SUS), que é a atenção às pessoas com autismo e o crescente consumo de álcool e outras drogas por crianças e adolescentes, realidade que demanda a construção de novos saberes e exige a orientação de novas práticas de cuidado. No que se refere ao autismo, a própria necessidade de se fazer avançar o conhecimento a respeito desta 'síndrome' e a ausência de consenso sobre o diagnóstico e a etiologia do mesmo geram dificuldades para a organização da atenção nos serviços públicos de saúde.

No que tange ao autismo, em 1911, Eugen Bleuler, um psiquiatra suíço, apresentou o autismo não como uma patologia própria da infância (Cullere, 2004; Quinet, 2006; Kanner, 1997), mas como uma característica da esquizofrenia, acentuan-

do como sintoma principal o isolamento. Posteriormente, em 1943, Leo Kanner definiu o autismo como o distúrbio autístico do contato afetivo, entendendo-o como uma condição marcada por características comportamentais bastante específicas que envolvem desde perturbações das relações afetivas com o meio até comportamentos ritualísticos que teriam início precoce e com maior incidência no sexo masculino. Kanner ainda acrescentará, posteriormente, o que ele denominou de desejo de imutabilidade e a patologia severa da linguagem; estima-se atualmente que cerca de 50% das crianças autistas não desenvolvem a linguagem (Amy, 2001; Kanner, 1997).

As hipóteses quanto à etiologia do autismo infantil variaram constantemente em Kanner ao longo de seus anos de observação e pesquisa, e apesar de ter partido de uma hipótese ao mesmo tempo biológica e psicodinâmica, Kanner chegará a uma tese organicista ligada a um déficit orgânico e, portanto, de prognóstico desfavorável (Cullere, 2004; Quinet, 2006).

Embora as classificações psiquiátricas internacionais – A Classificação Internacional de Doenças (CID 10), o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM III-R e IV, e La Classification Française des Troubles Mentaux de L'enfant et de L'adolescent (CFTMEA) –, partam todas da descrição sintomática de Kanner, elas não classificam o autismo do mesmo modo. Na nosologia francesa o autismo é situado como uma forma de psicose infantil, enquanto a internacional e a americana discorrem sobre 'distúrbios ou transtornos invasivos do desenvolvimento' (Amy, 2001; Cullere, 2004).

A partir dos anos 1970 e início dos anos 80, principiou-se um movimento de fortalecimento da psiquiatria biológica, fortemente associado à indústria farmacêutica e marcada pelo modelo da medicina pautada em evidências. A concepção de que o autismo é um transtorno de origem orgânica, motivado pela genética e caracterizado por alterações cerebrais ganhou força progressivamente, desde o final da década

de 80. Assim, a 'aposta' na determinação genética do autismo é fruto de um processo de mudanças históricas, políticas e ideológicas que encontraram no contexto social a sustentação necessária para que na 3ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana (DSM-III), de 1980, o autismo fosse incluso na categoria dos Transtornos Globais do Desenvolvimento, separando-o do grupo das psicoses infantis com o qual era identificado até então (Amy, 2001; Cullere, 2004).

De acordo, o DSM-IV-TR (APA, 2000), o autismo não é uma doença única, mas sim, um distúrbio de desenvolvimento complexo, definido de um ponto de vista comportamental, com etiologias múltiplas e graus variados de severidade. Conforme critérios diagnósticos do mesmo manual, o distúrbio autístico, um dos mais frequentes dos TGD, define-se como desordem de origem neurológica caracterizada por uma distorção do desenvolvimento global da pessoa no conjunto do funcionamento dos planos cognitivos, social, afetivo, intelectual, sensorial e da aquisição da linguagem (Associação Americana de Psiquiatria, 2000).

A variabilidade de sua apresentação, a diversidade teórica no modo de conceituar o autismo e o pouco investimento na Saúde Mental Infantojuvenil tornaram os dados epidemiológicos ainda muito modestos entre nós, o que dificulta a avaliação precisa do número de crianças autistas. Tal lacuna precisa ser superada para que possamos melhor dimensionar o problema e amadurecer a discussão em torno dos equipamentos necessários para uma assistência mais adequada (Amstalden et al., 2010; Amy, 2001; Cullere, 2004).

É relevante ressaltar que a sobreposição de algumas doenças à 'apresentação de déficit cognitivo' em alguns casos, bem como a construção histórica de cuidados pela rede de reabilitação, associada a uma aposta na casuística orgânica, têm contribuído para certa distorção sobre a responsabilidade da atenção. Isto por vezes produz

conflitos ideológicos, políticos e técnicos, inclusive entre os próprios profissionais de saúde mental, a partir do entendimento de que estas crianças ou adultos não constituem clientela ou perfil para estes serviços e suas respectivas modalidades de cuidado (Couto, 2004; Ferreira, 2004).

Construir uma direção pública para a política e o atendimento em saúde mental, aos sofrimentos que afetam as crianças e adolescentes não é uma tarefa fácil; demanda delineamentos: éticos, clínico-assistenciais, políticos, de produção de conhecimento, formação de recursos humanos e planejamento. Um empenho conjunto para encarar, de forma efetiva, a situação atual se faz urgente (Amstalden et al., 2010; Couto, Duarte & Delgado, 2008). Em face da polissemia do termo autismo, a ausência de estudos epidemiológicos relacionados aos transtornos mentais infantis no Brasil, especialmente no estado da Bahia, e a utilização de serviços por esta população, objetivou-se identificar o perfil dos pacientes diagnosticados com Transtorno Global do Desenvolvimento atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial que visa ofertar cuidados em saúde mental para crianças e adolescentes com transtornos mentais severos e persistentes no Município de Salvador (BA).

É importante ressaltar que a caracterização do perfil da clientela Infantojuvenil é de extrema importância para a adequação das práticas 'clínicas', para a programação e o planejamento de saúde, bem como para a ordenação das demandas e alocação dos dispositivos necessários à composição da sua respectiva rede de assistência (Associação Americana de Psiquiatria, 2000; Couto, Duarte & Delgado, 2008; OMS, 1993).

## MÉTODOS

Com o intuito de fornecer subsídios para a elaboração e implementação de projetos de assistência em saúde mental para

crianças e adolescentes diagnosticados com Transtorno Global do Desenvolvimento, realizou-se um estudo exploratório descritivo em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil localizado no Município de Salvador (BA).

É necessário apontar que o serviço supracitado passou por diversas transformações políticas em sua história institucional. Durante um longo período funcionou como ambulatório anexo a um hospital psiquiátrico e, posteriormente, passou a funcionar como ambulatório 'independente' sob a gestão do Governo Estadual. De modo que ele é oriundo de um longo processo de negociações para a expansão da Rede de Saúde Mental no Município de Salvador (BA), iniciada no ano de 2005 com a assinatura do Termo de Ajustamento de Conduta pactuado entre o Município e o Ministério Público e subsidiada pelo exercício da gestão plena de Salvador em 2006, o que culminou com a municipalização do centro e de demais serviços da Rede entre os anos de 2008 e 2009. Desde então, a gestão da unidade, bem como a equipe técnica, tem passado por sucessivas substituições. Outro ponto a ser considerado é a precarização da mão-de-obra, uma vez que 77% dos profissionais possuem vínculos frágeis, inviabilizando a garantia da continuidade do cuidado e da sustentação de uma lógica institucional.

Para o levantamento das características dos casos atendidos na unidade, optou-se por um delineamento quantitativo, cujos dados foram extraídos do banco de informações da referida instituição e armazenados em planilhas do Word Office Excel 2012. Esse banco de dados foi construído pela primeira autora desse artigo durante o período de estágio e trabalho pela Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade do Estado da Bahia, entre maio e julho de 2012.

Após submissão e aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa e Autorização nas Instâncias da Gestão Municipal e Distrital, foram extraídas do banco de informações do Capsi as seguintes

variáveis: sexo e diagnóstico, idade, faixa etária, diagnóstico, data de admissão, modalidade de atenção, e demais instituições frequentadas simultaneamente ou não ao Capsi pelos pacientes diagnosticados com Transtorno Global do Desenvolvimento. Apesar de pretendermos caracterizar o perfil da clientela diagnosticada com TGD, avaliamos ser relevante apresentar um panorama geral relativo às variáveis de diagnóstico e sexo do público geral, por entender que tais informações podem subsidiar discussões sobre a demanda acolhida no serviço e a organização das atividades ofertadas para atender a clientela.

A análise foi realizada de acordo com dois conjuntos de variáveis, a saber: a) variável relativa à clientela: idade, sexo, diagnóstico (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª Revisão, CID-10); b) variável relativa ao cuidado oferecido: refere-se à modalidade de atendimento em que o paciente foi engajado. Para uma melhor visualização dos resultados obtidos durante a pesquisa, os dados de maior relevância foram apresentados em forma de gráficos e tabelas.

Por se tratar de um estudo que envolve seres humanos, a pesquisa foi desenvolvida de acordo com aspectos éticos, conforme recomenda a resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado da Bahia (UNEB) que emitiu parecer favorável em 8 de maio de 2013/ (CAAE: 207202412.0.0000).

## RESULTADOS

De acordo com as informações levantadas, constatou-se que o Capsi em questão possui 'ativos' em seu cadastro institucional o quantitativo de 480 pacientes. É necessário apontar que destes 480 matriculados, 107 possivelmente não estão realmente ativos, seja por dúvida em rela-

ção à alta, seja pelo tempo decorrido desde o último atendimento e data de evolução (considerou-se um tempo mínimo de cinco meses desde a última data de evolução ou atendimento).

No que se refere à distribuição diagnóstica entre as crianças e adolescentes matriculados na instituição, encontrou-se que: 134 pacientes estão diagnosticados com Transtornos Globais do Desenvolvimento, 233 possuem demais diagnósticos, 65 correspondem à queixas de sintomas psiquiátricos, sendo endereçadas por familiares ou por profissionais de demais instituições, 44 estão ainda sob suspeita diagnóstica e em 4 prontuários não consta o diagnóstico (Tabela 1).

No que diz respeito a esclarecimentos sobre as suspeitas e queixas, encontrou-se que: 6,3% são de suspeitas de demais diagnósticos, 2,9% de suspeitas diagnósticas de autismo. As queixas diagnósticas endereçadas pela família e/ou por psiquiatras de outras instituições representam 13,1%, das quais 0,4% são de autismo. A caracterização geral da instituição quanto ao sexo indica um considerável quantitativo de pacientes do sexo masculino (346) com um percentual de 72% e somente (134), 28% do sexo feminino. Os dados encontrados relativos à distribuição por sexo estão em conformidade com diversos estudos realizados na área que apontam maior predominância do público masculino nos Capsi (Boarini & Borges, 1998; Bordin & Paula, 2006; Hoffmann, Santos & Mota, 2008; Reis et al., 2010; Santos et al., 2005; Radaelli, 1990). É importante ressaltar que a prevalência geral de transtornos mentais é aproximadamente a mesma entre ambos os sexos. As diferenças porventura existentes são explicadas pela distribuição diferencial dos transtornos (Hales, Stuart & Yudofsky, 2006).

Tal constatação nos convida a refletir sobre a necessidade de estratégias e práticas que levem em consideração a apresentação de tal perfil e as possíveis relações de gênero envolvidas. Além disso, é importante questionar se as crianças e adolescentes

do sexo feminino enfrentam dificuldades no encaminhamento e acesso na Rede de Saúde Mental do Município.

Dada a heterogeneidade dos diagnósticos e comorbidade apresentados (Tabela 1), é possível perceber uma distribuição mais uniforme dos diagnósticos, com maior expressividade dos diagnósticos de: 31,25% com Transtorno Global do Desenvolvimento, 8,5% com Transtornos do Comportamento e Transtornos Emocionais que Aparecem Habitualmente na Infância (F.90-F.98), 8,5% de Retardo mental (F.70-F.79) e esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F.20-29) com 6,3%. (Tabela 2).

Todavia, se considerarmos a apresentação dos diagnósticos, tanto o principal quanto secundário, constatou-se que: 136 crianças e adolescentes apresentam o Transtorno do Comportamento e Transtornos Emocionais (F.91- F.98) que aparecem habitualmente durante a infância ou na adolescência, principalmente o Transtorno de Conduta Opositor (F.90- F.91) com 14,8%. No que se refere ao diagnóstico de retardo mental (F.70-79), verificou-se o total de 160 pacientes que apresentam tal nosologia, seja como diagnóstico principal ou em associação a demais transtornos, correspondente a 33,3% da amostra. Outros 50 pacientes apresentam: Epilepsia, enxaqueca e retardo mental como diagnóstico principal. As informações citadas acima apresentam correspondência com achados de outra pesquisa realizada na mesma rede no ano de 2005 (Hales, Stuart & Yudofsky, 2006).

Diante das informações apresentadas, Couto (2004) nos adverte para a realidade de uma clientela infantojuvenil que tem sido incluída em programas de saúde mental, e que reeditam o viés higiênico preventivista do início do século XX. Não raramente nos deparamos com um contingente significativo da clientela infantojuvenil incluída nos programas oficiais de saúde mental se, e somente se, portadoras de diagnósticos de “distúrbios de aprendizagem” ou de “distúrbios de conduta”,

superlotando os ambulatórios públicos que frequentemente as absorvem sem problematizar estas demandas (Couto, 2004; Couto, Duarte & Delgado, 2008).

Faz-se relevante destacar que as categorias diagnósticas assinalam uma direção um tanto quanto rígida, haja vista que, ao analisarmos os transtornos relacionados à infância e adolescência, devemos levar em consideração, antes de tudo, o fluxo e a mudança que estas entidades abstratas produzem na vida das crianças e dos adultos que elas se tornam e que sua evolução para e durante a vida adulta dependerá em grande parte da forma como ela foi amplificada ou contida por forças individuais, familiares, culturais e terapêuticas (Amy, 2001).

Se analisarmos os diagnósticos para Transtorno Global do Desenvolvimento (TGD), suspeita diagnóstica e queixas de sinais para autismo, encontraremos um total de 150 pacientes (Tabela 2). Deste total, 84% correspondem ao sexo masculino (126) e 16% ao sexo feminino (24). Todavia, 47 destes podem não estar realmente ativos se analisarmos a última data de atendimento, pois até o mês de novembro, 20 tiveram o último atendimento em 2011, 4 em 2009, 4 em 2010, 17 até maio de 2012, os dois restantes estão em processo de encaminhamento.

De forma que teríamos um quantitativo real de 103 pacientes com diagnóstico, suspeita ou queixa de TGD. Para efeito de cálculo tomaremos com base de dados o quantitativo de 150 pacientes, ao entendermos que a discrepância nas informações obtidas também é um dado que permite avaliar a qualidade da assistência prestada.

No que se refere à distribuição por diagnóstico, o mais recorrente dentre os TGD, é o Autismo Infantil (F.84.0) com 46% e o Autismo Infantil (F.84.0) em comorbidade com retardo mental (F.70 - 79) com 24,7%. Estes dados estão de acordo com os achados da literatura que distingue o autismo infantil como o mais recorrente entre os TGD (Hoffmann, Santos & Mota, 2008).

Observamos que 37,05% dos pacientes diagnosticados com Transtorno Global do Desenvolvimento apresentam o Retardo Mental como comorbidade. É de suma relevância tencionar a associação dos Transtornos Globais do Desenvolvimento ao retardo mental, pois a noção de deficiência que daí decorre possibilita que grande parte do cuidado oferecido às crianças suscitará a criação e formação de dispositivos mais pedagógicos que clínicos. Logo, operamos a partir de um mal-entendido pedagógico que favorece o desenvolvimento funcional e dificulta a construção de novas possibilidades existenciais para o sujeito, de modo que crianças e adolescentes veem-se excluídas das tentativas de construção de dispositivos clínico-psicossociais que sustentam um novo modo de cuidar dirigido a sujeitos em sofrimento (Couto, 2000; Ferreira, 2004).

A idade, por sua vez, é um elemento a se considerar nos transtornos mentais. A ocorrência de transtornos mentais na infância e na adolescência já foi descrita resumidamente e, de modo geral, a prevalência de certos distúrbios tende a crescer com a idade predominando, entre estes, a depressão. Consoante a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001), a adolescência é o período entre dez e 19 anos de idade, o qual é marcado pelo crescimento e desenvolvimento acelerado. Neste ponto se percebeu uma maior predominância do quantitativo de crianças perfazendo um total de 76 (53,1%) com idades entre três e nove anos e 57 (39,9%) pacientes com idades entre dez e 18 anos, fase compreendida como adolescência, quatro com 18 anos e dez (7%) entre 19 e 21 anos de idade (Figura 1).

Chama a atenção o quantitativo considerável de 14 autistas com idade igual ou superior a 18 anos entre os 143 indivíduos. Esta constatação pode apontar desde a resistência institucional e dos sujeitos atendidos para realização do desligamento do caso até a ausência de dispositivos da rede que possam absorver essa demanda quando necessário (Figura 1). É pertinente ressaltar que a preparação para a alta

é fundamental nos transtornos mentais, no caso da infância e adolescência, em especial, pois se presume que usuários e familiares construíram uma forte vinculação com essa instituição. No que concerne aos TGD, o cuidado para a realização de encaminhamentos é ainda mais delicado, seja pelas formas de vinculação que são estabelecidas até os desafios de encontrar, na rede especializada de saúde mental, instituições que, respeitando a territorialidade, realizem o acolhimento dos casos, entendendo a necessidade diferenciada deste público, especialmente quando se tornam adultos jovens.

No que se referem ao diagnóstico e à intervenção precoce, pesquisas internacionais baseadas em estudos longitudinais prospectivos indicam que há uma continuidade consistente entre problemas de saúde mental na infância, na adolescência e vida adulta. A maioria dos casos identificados tardiamente já apresentava sintomas precoces, apontando para a necessidade de políticas de promoção de saúde, prevenção e cuidado para a saúde mental infantojuvenil (Boarini & Borges, 1998; Bordin & Paula, 2006; Silva & Reis, 1989). Tal cenário nos convida a refletir sobre o tema do abandono do tratamento na rede de saúde mental infantojuvenil, e o impacto das condições psicopatológicas da infância e adolescência em tempo geral de vida perdido (anos ou dias) e/ou carga global das doenças.

Com o intuito de estimar qual a idade de início de tratamento na instituição, foi considerada a data de nascimento em relação à última data de admissão, desde que algumas crianças possuíam mais de uma ficha de admissão. Se tomarmos a idade de 3 anos como idade mínima para diagnóstico e intervenção do autismo infantil, embora diversos autores sugiram que o diagnóstico já pode ser bem estabelecido ao redor dos 18 meses de idade (Landidim, 2008), poderemos observar que 72 pacientes tinham de 4 a 9 anos (53,72%), 48 tinham entre 10 e 17 anos (35,82%) e 14 entre 1 e 3 anos (10,45%) quando iniciaram tratamento na unidade, evidenciando a di-



ficuldade no diagnóstico precoce (Figura 2). Em 16 prontuários não constava a data de admissão, inviabilizando a estimativa da idade de início de tratamento.

Estudos realizados com grandes amostras de portadores das chamadas psicoses infantis referem uma distribuição bimodal, com um grupo de crianças apresentando graves problemas já nos primeiros anos de vida, enquanto o outro apresenta essas dificuldades somente após um período de desenvolvimento aparentemente normal, de modo que, intervenções mais precoces, com base no controle dos fatores de risco e a promoção de fatores de proteção são métodos importantes para minimizar os prejuízos vividos por crianças e adolescentes com problemas emocionais e de comportamento.

É relevante salientar que a noção de prevenção em saúde mental é questão delicada. O que pretendemos delinear aqui em torno da prevenção é a proposição de uma intervenção a tempo para crianças e bebês, sensível aos sinais de riscos e de sofrimento relativos à construção do laço pais-criança, como propõe Laznik (2004) e Jerusalinsk & Páez (2000). Alguns autores defendem a necessidade de se pensar em indicadores psíquicos e sua respectiva inclusão em fichas de atendimento dos pediatras nas diversas unidades de saúde. Pesquisas afirmam que as ações de intervenção precoce a autistas, por exemplo, possibilitam uma melhora extraordinária do quadro, tais como avanços na linguagem, na função motora, no brincar e na interação social (Jerusalinsky & Páez, 2000; Laznik, 1997).

Em relação às práticas de cuidado e os itinerários terapêuticos dos usuários e suas famílias, os resultados encontrados sugerem que um quantitativo considerável de crianças e adolescentes (68%) frequentam ou já frequentaram simultaneamente outra instituição, além do Capsi. Sendo que destes, 63% frequentam ou já frequentaram simultaneamente, além do Capsi, outra instituição, 24% frequentam ou já frequentaram duas instituições além do Capsi, 10% frequentam ou já frequentaram

mais de 3 instituições simultaneamente ao Capsi e 4% frequenta outra instituição, mas não consta o nome (Figura 3). É importante refletir sobre a natureza desses encaminhamentos e quais as motivações que levam ao ingresso em outras instituições (Couto, Duarte & Delgado, 2008).

Um estudo preliminar realizado no Rio de Janeiro identificou que 70% dos municípios utilizavam os dispositivos da rede filantrópica com recursos principais e muitas vezes exclusivos de orçamento público, sem qualquer controle ou regulação do orçamento e das práticas adotadas (Couto, 2004). Conforme Ribeiro et al (2008), a participação em diferentes locais de tratamento simultaneamente contribui sensivelmente para o abandono do tratamento em saúde mental, o que torna preocupante a realidade encontrada no Centro de Atenção Psicossocial pesquisado (Santos et al., 2005).

Como falamos anteriormente as mudanças paradigmáticas e epistemológicas em torno do autismo determinaram consequências para o campo da saúde mental no Brasil e a assistência prestada a este público. No estado da Bahia, por exemplo, foi lançada a Lei Nº 10.553, de 23 de março de 2007, claramente influenciada por movimento que ocorre em países como a Argentina e em algumas regiões no Brasil, que determina, dentre muitos pontos: a criação de unidades específicas para atendimento integrado de saúde e educação a pessoas com autismo e dissociadas das unidades com finalidade de atender às pessoas com outros transtornos mentais; a implantação de unidades de atendimento ao nível de emergência e urgência hospitalar e móvel, específicos e exclusivos para o atendimento de pessoas diagnosticadas com autismo (Brasil, 2001); e dispõe, ainda, que todo o tratamento especializado integrado seja realizado nas seguintes áreas: comunicação (fonoaudiologia), aprendizado (pedagogia especializada), 'psicoterapia comportamental (psicologia)', psicofarmacologia (psiquiatria infantil), capacitação motora (fisioterapia) e diagnóstico físico constante (neurologia).

Tal proposta coloca em evidência toda uma orientação ideológica e política que não somente tem se distanciado da atual Política de Saúde Mental vigente no país, como também nega esta legislação como norteadora de uma assistência que não tem a medicalização e o treinamento de habilidade como seu norte. É importante interrogar quais as implicações envolvidas nesta orientação política e atentar para a possibilidade de que, a partir de uma promessa biologizante, as crianças e adolescentes autistas se vejam ainda mais objetificados, e que diante da angústia que este encontro possa suscitar, os profissionais de saúde passem a acreditar que o condicionamento é a única ferramenta e intervenção possível para o desenvolvimento da socialização e aprendizagem (Elia et al., 2010; Ferreira, 2004). Destarte, apesar de a intersubjetividade estar desde o início comprometida, é pela via da intersubjetividade que devemos interpelar e não pelos “condicionamentos que não pressupõe um sujeito, mas seguem passivizados diante do comando do outro e impossibilitado de expressar seus próprios desejos” (Jerusalinsky & Páez, 2000, p. 119).

Para Amy (2001) e Cullere (2004), um dos fatores para a dificuldade de apostar na construção da intersubjetividade com um sujeito ainda a se constituir, no caso, o autista, é a própria manifestação do autismo e aquilo em que ele parece des-organizar na vida subjetiva desta criança e na sua relação com o outro. Pois é com esse impenetrável que se depara o terapeuta,

que oscila em sua interrogação entre um ele não quer... em um ele não pode... Um e outras hipóteses sucedem-se e revelam-se igualmente inquietantes. Nesse contexto, tão paradoxal, é bastante comum que o desejo e a fé do terapeuta vacilem, esperança e decepção são partes permanentes de um trabalho cujos resultados se medem ao microscópio (Amy, 2008, p. 45).

Quanto à modalidade de atenção prestada às crianças e adolescentes diag-

nosticadas com Transtorno Global do Desenvolvimento, 45% não constam a modalidade de cuidado ofertada, 36% da clientela encontram-se vinculadas à modalidade de cuidados intensivos, 13% semi-intensivos e 6% modalidade de cuidados não-intensivos (Figura 4).

Segundo orientações do Ministério da Saúde, a modalidade intensiva de cuidados corresponde ao atendimento diário, oferecido quando a pessoa se encontra com grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Esse atendimento pode ser domiciliar, se necessário, sendo que, para o atendimento intensivo (atenção diária), será levada em conta a capacidade máxima de cada CAPS. No atendimento Semi-Intensivo, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. Essa modalidade é oferecida quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia, esse atendimento pode ser domiciliar, se necessário. O Atendimento Não-Intensivo é oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até três dias no mês. Esse atendimento também pode ser domiciliar.

Algumas reflexões podem ser mobilizadas a este respeito, uma vez que as modalidades de tratamento mais prevalentes ou a ausência de sua especificação podem indicar: desde a gravidade dos casos atendidos, à falta de consenso sobre o que consiste cada modalidade, o direcionamento institucional e político para a orientação de um determinado modelo de atendimento e a pouca legitimidade entre os membros da equipe quanto à evolução e gerenciamento dos casos. É importante indagar se a modalidade apontada reflete toda a complexidade de cuidados que é ofertada a determinado caso como: visitas domiciliares, monitoramento por ligações, visitas escolares etc,

procedimentos que são extramuros, mas orientam o cuidado, ou se a modalidade indicada se refere apenas aos atendimentos realizados na instituição. Além disto, caberia questionar se existe um consenso na equipe do que corresponde cada modalidade para cada tipo de caso.

Se levarmos em consideração a faixa etária correspondente à data de admissão na instituição – e no que se refere aos Transtornos Globais do Desenvolvimento – são necessários não apenas o diagnóstico e a intervenção precoce, mas principalmente a intensificação de cuidados para um melhor prognóstico. Neste sentido, é preocupante que somente 36% dos pacientes se encontrem na modalidade intensiva de cuidados. Dentre as meninas, nas quais a apresentação dos sintomas tende a ser mais grave (Hales, Stuart & Yudofsky, 2006; Cullere, 2004) somente 8 encontravam-se na modalidade intensiva e 12 não tiveram sua modalidade especificada (Tabela 3). Por outro lado, diversos fatores podem contribuir para esta forma de funcionamento, desde dificuldades materiais do usuário para obter recursos financeiros de transporte, passando pela disponibilidade de acompanhante adulto, por se tratar de crianças, até os impasses da própria equipe para estruturar um novo modelo de assistência (Figura 4).

## DISCUSSÃO

Inúmeros estudos já realizados explicitam a necessidade de fazer avançar a Rede de cuidados em Saúde Mental para a clientela infantojuvenil. São escassos os estudos e/ou pesquisas de caráter epidemiológico ou de caracterização, relativos à população infantil que busca atendimento em serviços de saúde mental (Amstalden et al., 2010; Couto, 2000, 2004; Couto, Duarte & Delgado, 2008). Os resultados encontrados neste estudo contribuem para a compreensão e identificação das demandas de crianças e adolescentes encaminhados para atendimento em um Centro de Aten-

ção Psicossocial para Crianças e Adolescentes e estão em consonância com alguns estudos realizados em demais serviços de saúde mental para crianças e adolescentes (Boarini & Borges, 1998; Bordin & Paula, 2006; Brasil, 2000; Hoffmann, Santos & Mota, 2008; Radaelli, 1990; Reis et al., 2010; Santos et al., 2005; Silva & Reis, 1989).

Neste sentido, verificou-se que o grande número de crianças e adolescentes que procuram atendimento está relacionado a problemas emocionais, de conduta, epilepsia e o problemático e discutível diagnóstico de retardo mental. Haja vista que 31,25% da clientela atendida apresentam diagnósticos e/ou suspeita de Transtornos Globais do Desenvolvimento, é importante refletir sobre os direcionamentos clínicos e políticos percorridos por este serviço e pela gestão municipal de saúde para o acolhimento desta demanda. Cabe ajuizar também como tem sido realizado o diagnóstico, posto que se, por um lado, encontra-se na literatura uma vasta discussão sobre uma baixa ou alta prevalência do autismo, por outro, sabe-se que há uma plasticidade em torno das manifestações do autismo e variações decorrentes do modo pelo qual cada profissional faz a leitura do fenômeno e institui o diagnóstico.

Assim, é essencial apresentar aqui os achados do estudo realizado por Ribeiro et al (2007), o qual assinala que usuários da Rede de Saúde Mental com diagnósticos relativos aos transtornos da infância e adolescência (F.80 - F.98 do CID-10) abandonaram significativamente mais o tratamento quando comparados aos demais diagnósticos. Portanto, estudos sobre as características de clientelas infantis são de suma importância, pois podem colaborar na melhoria dos atendimentos ofertados, fundamentar ações preventivas e a balizar a realização de novas pesquisas que versem sobre para a prática clínica.

Os dados levantados também apontam para certa inconsistência das evoluções e desencontros institucionais quanto ao uso dos prontuários. É importante con-

textualizar que o serviço de saúde mental pesquisado passou por diversas mudanças relacionadas à constante troca de gestores clínicos e administrativos, o que dificulta a construção de um modelo institucional capaz de sustentar as demandas apresentadas pela rede, associado à grande rotatividade dos membros da equipe, bem como a precariedade dos vínculos e das condições de trabalho. Apesar de todas as dificuldades assinaladas acima, a atual gestão da unidade tem tentado construir um projeto coletivo através das discussões de temas centrais ao funcionamento e o modelo de cuidado que visam ofertar, tendo utilizado como recurso os espaços das reuniões técnicas, a criação de um fórum municipal e a supervisão institucional.

No que diz respeito ao uso e produção de dados em saúde, a elaboração de um sistema de informação deve ser um esforço coletivo das diferentes esferas de gestão Municipal, estadual e federal e deve incluir informações que contemplem dados sobre aspectos sociais, comorbidades, e interações com outras redes de atenção para enriquecer as análises e favorecer a decisão de gestores, planejadores, profissionais e organizações sociais. A ausência de registros em banco de dados vinculado ao repasse de recursos financeiros evidencia a necessidade de orientação dos profissionais quanto à importância da documentação.

Logo, as propostas para a efetivação de um modelo diferenciado de assistência devem contemplar o aprimoramento do sistema de registro de informações sobre estes serviços, e investimentos na formação dos recursos humanos, assim como a realização de estudos sobre a utilização e a qualidade dos serviços em saúde mental infantil, a fim de subsidiar o planejamento de expansão desta rede e as articulações inter-setoriais.

Para Ferreira (2004), o tipo de atendimento ofertado a estas crianças e adolescentes reflete um posicionamento ideológico/político e, portanto, clínico. Ideológico porque ao se apostar na possibilidade de

constituição de um sujeito nos quadros de autismo, especificamente, nós rompemos com o ideal higienista e pedagógico que orientou as práticas de cuidado em saúde mental para crianças e adolescentes e que corroboraram para uma lógica de exclusão e tutela. É só através da sustentação de uma clínica política é que seremos capazes de orientar e sustentar o acolhimento das diferenças e do sofrimento em suas manifestações mais singulares, e fazer avançar a política de saúde mental infantojuvenil, o acesso aos serviços de saúde mental e o controle da qualidade da assistência prestada (Elia et al., 2010; Ferreira, 2004)

Deste modo, o exercício do cuidado à pessoa autista colocará consideráveis desafios à própria organização dos serviços. As terapêuticas empregadas e os dispositivos clínicos empregados atualmente são, em parte, produto de uma série de desafios políticos: como a precarização do trabalho, a má gestão nos diferentes níveis de governo e a própria formação dos profissionais. Todos estes fatores têm contribuído para a orientação de uma prática clínica centrada muitas vezes em uma lógica de produção e do cuidado “inacessíveis” e com pouco potencial terapêutico para crianças e adolescentes autistas. Isto não significa que práticas inovadoras não estejam sendo construídas em território nacional, mas o que desejemos apontar é a insipiência de tais iniciativas. É justamente neste ponto que podemos analisar como o cuidado ofertado aos autistas reflete e evidencia a clínica agenciada nos Centros de Atenção Psicossocial e, conseqüentemente, as ideologias que daí se produz.

Por conseguinte, analisamos que essa jornada exige um esforço analítico que considere toda essa gama de especificidades, de modo a operar a Política de Saúde Mental para crianças e adolescentes em caminhos cada vez mais promissores. Ressaltamos a importância da realização de novas pesquisas de natureza qualitativa, priorizando a realização de reflexões acerca dos avanços e desafios no exercício do cuidado à criança e ao adolescente diagnos-

ticado com Transtorno Global do Desenvolvimento, bem como estudos que versem sobre o abandono o tratamento do público infantojuvenil nos Capsi tendo em vista o quantitativo considerável de usuários em suspeita de abandono.

## REFERÊNCIAS

- Amstalden, F.; Delgado, P.; Schechtman, A.; Bonavigo, E.; Cordeiro, F. & Porto, K. (2007). Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. In Mello, M. F., Mello, A. F., Kohn, R. (Orgs.). Epidemiologia da saúde mental no Brasil. Porto Alegre: Editora Artmed (Vol. 01, pp. 39-83).
- Amstalden, A. F.; Hoffmann, M. & Monteiro, T. (2010) Política de saúde mental Infantojuvenil: seus percursos e desafios. In Lauridsen - Ribeiro & Tanaka, O.Y. Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS. São Paulo: Ed. Hucitec (pp. 33-45).
- Amy, D. M. (2001). Enfrentando o autismo: a criança autista seus pais e a relação terapêutica. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Assis, G. S.; Avanci, Q.J.; Pires, O.T & Oliveira, C.V. R. (2010) Necessidade e utilização de serviços de saúde mental infantil. In Lauridsen, R. E. Tanaka, OY. (Orgs.) Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS. São Paulo: Editora Hucitec. (pp. 93-129).
- Associação Americana de Psiquiatria (2000). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM IV-. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Boarini, M. L. & Borges, R. F (1998) Demanda infantil por serviços de saúde mental: sinal de crise Universidade Estadual de Maringá. Estudos de Psicologia 1998, 3(1) (pp. 83-108).
- Bordin, I. A. S. & Paula, C.S. (2006) Estudos populacionais sobre saúde mental de crianças e adolescentes brasileiros. In Mello MF, Mello AA, Kohn R, organizadores. Epidemiologia da saúde mental no Brasil. São Paulo: Art Med (pp. 101-117).
- Brasil. (2001) Lei no 10.216, de 06 de abril de 2001. Brasília: Ministério da Saúde DF.
- Brasil. (2001) Lei Nº 10.553 de 23 de março de 2007. Ministério da Saúde Brasília, DF.
- Brasil. (2002) Portaria no 2391/GM, de 6 de dezembro de 2002. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília, DF.
- Couto, M.C.V. (2000) Abrigos para “menores deficientes”: seus impasses clínicos, assistenciais e éticos. In: Almeida N. & Delgado P (Org.). De Volta à Cidadania. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia.
- Couto, V. (2004) Por uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. In Ferreira T. (Org.). A criança e a saúde mental - Enlaces entre a clínica e a política. Belo Horizonte: Autêntica (pp. 61-72).
- Couto, V.; Duarte, S. & Delgado, P. (2008) A saúde mental infantil na saúde pública brasileira. Situação atual e desafios. Revista Bras Psiq. p 390-8. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462008000400015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462008000400015)
- Cullere, C.G. (2004) A clínica precoce: o nascimento do humano. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Delfini., et al. (2009) Perfil dos usuários de um centro de atenção psicossocial infantojuvenil da grande São Paulo, Brasil. Rev. bras. crescimento desenvolv. hum. [online]. (Vol. 19, n. 2, pp. 226-236) ISSN 0104-12. Recuperado 09 de novembro 2011, de <http://www.bv.fapesp.br/pt/publicacao/7716/perfil-dos-usuarios-de-um-centro-de-atencao-psicossocial-inf/>.
- Duarte, C.; Hoven, C.; Berganza, C.; Bordin, I.; Bird, H. & Miranda, C. T. (2003) Child mental health in Latin America: present and future epidemiologic research. Psychiatry Med, 33, 203-22. Recuperado em 2 junho, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15089004>.

- Elia, L.; Amaral, N.; Armony, N.S.; Pinto, R.F.E. & Santos, K.W.A. (2010) Impactos da política de saúde mental Infantojuvenil na clínica do autismo praticada em rede territorial de cuidado no Rio de Janeiro: diretrizes das políticas públicas e estrutura do dispositivo clínico. In Lauridsen- Ribeiro, Tanaka, O.Y. (Orgs.). *Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS*. São Paulo: Editora Hucitec. (pp. 211-229).
- Ferreira, T. (2004) Sob o manto da deficiência. In Ferreira, T (Org.). *A criança e a saúde mental - Enlaces entre a clínica e a política*. Belo Horizonte: Autêntica (pp. 13-22).
- Ferreira, T (Org.). (2004) *A criança e a saúde mental: enlaces entre a clínica e a política*. BH: Autêntica/FHC-FUMEC (pp. 61-74).
- Hales, R. & Yudofsky, S. (2006). *Tratado de Psiquiatria Clínica*. 4ª Ed., Espanha.
- Hoffmann, M. C. C. L.; Santos, D. N. & Mota, E. L. A. (2008) Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil. *Cad Saúde Pública*, 24, 633-42. Recuperado em 01 janeiro, 2011 de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n3/17.pdf>.
- Jerusalinsky, A. & Páez, S. M. C. (2000) Carta aberta aos pais acerca da escolarização das crianças com problemas de desenvolvimento. *Estilos da Clínica: Revista sobre a Infância com Problemas*, 5 (9) (pp. 118-123). <http://www.revistas.usp.br/estic/article/viewFile/60919/63955>
- Kanner L. (1997) Os distúrbios autísticos de contato afetivo. In Rocha, P. S. *Autismos*. São Paulo: Escuta.
- Landim, C. B. D. (2008) *Psicanálise e saúde pública: cuidados básicos para os estados de sofrimento psíquico na primeiríssima infância*. [Tese] Universidade Federal de Uberlândia (UFU), 143 p.
- Lauridsen-Ribeiro, E. & Tanaka, O. U. (2010) Organização de serviços no Sistema Único de Saúde para o cuidado de crianças e adolescentes com problemas de saúde mental. In Lauridsen R, E. Tanaka, O.Y. (Orgs.) *Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS*. São Paulo: Editora Hucitec (pp. 147-167).
- Laznik, C. M. (1997) Podemos pensar numa prevenção da síndrome autística? In Wanderley, D. *Palavras em torno do berço*. Salvador: Ágalma.
- Ministério da Saúde. (2001) *Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil*. Brasília, DF.
- Ministério da Saúde (2002) *Legislação em Saúde Mental 1990-2002*. 3ª ed. Rev. Brasília, DF.
- Ministério da Saúde (2011) Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.
- Organização Mundial da Saúde. (1993) *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Organização Mundial da Saúde. (2001) *Relatório sobre a saúde no mundo 2001. Saúde mental: Nova concepção, nova esperança*. Genebra. Organização mundial da saúde. Recuperado em 2 junho, 2012, de <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006020>.
- Quinet, A. (2006) *Psicose e laço social*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores.
- Radaelli, S. M, et al. (1990) Demanda de serviço de saúde comunitária na periferia de área metropolitana. *Revista de Saúde Pública*. (Vol 24, pp. 232-240). Recuperado 03 março, 2012 de <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v24n3/10.pdf>.
- Reis, A. et al. (2010) Crianças e adolescentes e sofrimento psíquico atendidos nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil In Lauridsen – Ribeiro. & Tanaka, O.Y. *Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS*. SP: Ed. Hucitec (pp. 186-210).
- Rutter, M.; Kim-Cohen, J. & Maughan, B. (2006, Março). Continuities and discontinuities in psychopathology between

childhood and adult life. *J Child Psychol Psychiatry*, 33, 276-95. Recuperado em 01 abril, 2011 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16492260>.

Santos, N. D.; Carvalho, M. M. & Pinho, M. A. (2005, junho) Atendimento em psiquiatria da infância e adolescência em serviços públicos de Salvador. *Revista Baiana de Saúde Pública*. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. V. 29, N.1. Recuperado em 05 fevereiro, 2011 de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&cxprSearch=416274&indexSearch=ID>.

Silva, N. N.; Reis & I. M. (1989) Delineamento amostral para implantação de um sistema nacional de informações de demanda ambulatorial. *Revista de Saúde Pública* (Vol. 2, pp. 298-306).

Ribeiro, M. S. et al. (2008) Fatores associados ao abandono de tratamento em saúde mental em uma unidade de nível secundário do Sistema Municipal de Saúde. *J. Bras. psiquiatr.* [online], n.1 (Vol. 57, pp. 16-22). ISSN 0047-2085. Recuperado 01 de outubro, 2011 de <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852008000100004>.

Recebido em 5 de fevereiro de 2014.

Aprovado para publicação em 6 de abril de 2014.