



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM  
MESTRADO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS**

**ANA PAULA PESSOA MACIEL**

**UTILIZAÇÃO DE PSICOFÁRMACOS EM CRIANÇAS NOS CENTROS DE APOIO  
PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL DE FORTALEZA**

**FORTALEZA  
2013**

ANA PAULA PESSOA MACIEL

UTILIZAÇÃO DE PSICOFÁRMACOS EM CRIANÇAS NOS CENTROS DE APOIO  
PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL DE FORTALEZA

Dissertação apresentada à coordenação do  
Curso de Mestrado em Ciências Farmacêuticas  
da Faculdade de Farmácia, Odontologia e  
Enfermagem da Universidade Federal do  
Ceará, como requisito parcial para a obtenção  
do Título de Mestre.

Área de concentração: Biologia da Saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Paula Soares  
Gondim.

Coorientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Mirian Parente  
Monteiro.

FORTALEZA  
2013

---

Maciel, Ana Paula Pessoa

Utilização de Psicofármacos em crianças nos centros de apoio psicossocial infanto-juvenil de Fortaleza/ Ana Paula Pessoa Maciel. 2013. 101 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará.  
Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2013.  
Orientação: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Paula Soares Gondim.

1. Medicamentos 2. Psicofármacos 3. Saúde Mental I. Gondim, Ana Paula Soares (Orient.) II. Título.
-

ANA PAULA PESSOA MACIEL

UTILIZAÇÃO DE PSICOFÁRMACOS EM CRIANÇAS NOS CENTROS DE APOIO  
PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL DE FORTALEZA

Dissertação apresentada à coordenação do Curso de Mestrado em Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem de Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre.

Aprovada em \_\_\_/\_\_\_/2013

BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Paula Soares Gondim (Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Helena Lutécia Luna Coelho  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof. Dr. Paulo César de Almeida  
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Dedico este estudo ao meu Senhor, o Deus da  
Minha vida,  
da minha salvação, que me guiou nesta  
jornada,  
a Ele todo louvor!

## AGRADECIMENTOS

Ao Senhor, o criador de todas as coisas que me inspira, motiva, abençoa e me encoraja na realização dos meus sonhos. A Ele: toda Honra e toda a Glória;

Aos meus pais: Luciene e Maciel por terem investido na minha formação.

Ao meu marido Giovanni Ferreira, pela amizade, paciência e por me encorajar nessa minha caminhada.

A minha irmã Luciana Pessoa pela sincera amizade e motivação.

A minha orientadora, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Paula Soares Gondim, pela imensa paciência, delicadeza, sempre presente em todas as horas na orientação nesse estudo.

A professora Mirian Parente Monteiro, pelo acompanhamento nesse estudo.

A professora doutora Helena Lutécia Luna Coelho, pelo apoio que me destes no início do meu Mestrado.

A Professora Alice pelo apoio em momentos que precisei.

Ao meu grupo de pesquisa, em especial Ana Kelen Mota e Renata Duarte, pela imensa ajuda na coleta e alimentação no banco de dados EPI-INFO.

Aos professores do Mestrado, pelos momentos de aprendizado e reflexões.

Aos membros da banca examinadora Professora Dr<sup>a</sup> Helena Lutécia e ao Professor Dr Paulo César Almeida, pela disponibilidade e contribuições em meu estudo.

A Raimundinha, secretária do Mestrado, sempre atenciosa e disposta a ajudar.

Aos funcionários do Centro de Apoio Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) de Fortaleza pela forma acolhedora na pesquisa.

Aos responsáveis das crianças pelas valiosas informações, que tornaram possível o desenvolvimento da dissertação.

“Mesmo quando tudo pede  
um pouco mais de calma  
até quando o corpo pede  
um pouco mais de alma  
A vida não pára.  
Enquanto o tempo acelera e pede pressa  
Eu me recuso,  
faço hora,  
vou na valsa  
A vida é tão rara.  
Enquanto todo mundo  
espera a cura do mal  
e a loucura finge  
que isso tudo é normal  
eu finjo ter paciência.  
O mundo vai girando  
Cada vez mais veloz  
A gente espera do mundo  
E o mundo espera de nós  
Um pouco mais de paciência.  
Será que é tempo  
que lhe falta para perceber?  
Será que temos esse tempo pra perder?  
E quem quer saber?  
a vida é tão rara,  
tão rara...  
Mesmo quando tudo pede  
um pouco mais de calma  
Mesmo quando o corpo  
pede um pouco mais de alma  
eu sei, a vida não pára.  
A vida não pára não.  
A vida não pára não.  
a vida não pára.”  
Paciência (*Lenine*)

## RESUMO

A presente dissertação tem como objetivo conhecer a utilização dos psicofármacos em crianças acompanhadas nos Centro de Apoio Psicossocial Infantojuvenil - CAPSi de Fortaleza. É um estudo transversal, de fevereiro à dezembro de 2012. Os dados foram coletados por estudantes da saúde, onde os entrevistados foram os responsáveis pelas crianças. Participaram da pesquisa 292 crianças. A maioria das crianças são do sexo masculino (74,3%), a média de idade 8,1 anos e recebem benefícios social. As famílias pertencem a classe socioeconômica D e E (89,3%), o chefe das famílias são os pais das crianças (78,6%), com apenas o nível fundamental (62,9%), desenvolve atividade remunerada (77,6%), possui renda familiar (95,5%), menor ou igual a 622,00 (58,5%), moram em casa (94,1%), própria (61,1%) e o número de moradores entre 1 a 4 (88,3%). A maior parte das crianças acompanhadas (81,5%) apresenta algum tipo de problema de saúde, onde (46,6%) referia ser saúde mental. Entre as hipóteses a mais frequente é o transtorno de comportamento (44,9%). A maioria das crianças é encaminhada da atenção primária (33,2%), frequentam uma vez ou mais por mês (69,1%), realizam mais tratamentos individuais (83,3%), com os médicos (92,9%), realizando mais abordagem medicamentosa (44,5%) e não são acompanhadas em outros locais (65,4%). Em relação a abordagem medicamentosa, melhoram com o tratamento (83,1%), não relatam problema (70,0%). A abordagem não medicamentosa revela melhora (58,8%), não sente problema (97,1%). A proporção de utilização dos medicamentos nas crianças foi de 88,4%. A média de utilização de medicamentos foi de 1,2 fármacos por crianças, os mais prescritos foram: risperidona (20,5%), carbamazepina (17,1%), amitriptilina (4,8%), clorpromazina (3,9%), fluoxetina (8,4%), haloperidol (8,7%), imipramina (7,2%), metilfenidato (6,6%), periciazina (7,5%) e valproato de sódio (5,1%). A maior parte dos responsáveis (72,7%) afirma conhecer os medicamentos, o uso terapêutico (60,7%), são orientados pelo médico (96,3%), relatam gostar (60,7%), recebem gratuitamente (54,7%) e quando falta, compram (56,7%). Os fatores que relacionou-se ao uso dos psicofármacos foram: as crianças do sexo masculino, mais jovens, beneficiadas, acompanhadas pelas mães, de estado civil casado, escolaridade ensino fundamental e com atividades remuneradas, crianças de famílias pobres, moram em casas, próprias, com um a quatro moradores no domicílio. Em relação aos serviços de saúde, a maior utilização associou-se as crianças que possuíam problema de saúde, não acompanhadas em outros locais, encaminhadas por outros serviços, as crianças que frequentam uma vez ou mais por mês o CAPSi, as crianças



acompanhadas pelos médicos, não participam dos grupos, das atividades do terapeuta ocupacional e do acompanhamento do psicólogo. O estudo revelou um elevado uso de psicofármacos em crianças acompanhadas nos CAPSi de Fortaleza, sugerindo uma urgência em intervenções farmacoterapêuticas na promoção de uso racional dos medicamentos.

**Palavras-chave:** Psicofármacos. Saúde Mental. Criança.

## ABSTRACT

This thesis aims to evaluate the use of psychotropic drugs in children followed in Psychosocial Support Center infantojuvenil - CAPSi of Fortaleza. And a cross-sectional study, from February to December 2012. Data were collected by students of health, where the respondents were responsible for the children. Participants were 292 children. Most of the children were male (74.3%), mean age 8.1 years and receive social benefits. The families belong to socioeconomic class D and E (89.3%), the head of the families are the parents of the children (78.6%), with only the basic level (62.9%), renumbered develops activity (77, 6%), a family income (95.5%), less than or equal to 622.00 (58.5%) living at home (94.1%), very (61.1%) and the number of residents between 1 to 4 (88.3%). Most of the infants (81.5%) have some type of health problem, where (46.6%) reported mental health. Among the hypotheses is the most common behavior disorder (44.9%). Most children are referred from primary care (33.2%), attending once or more per month (69.1%) performed more individual treatments (83.3%), doctors (92.9%) , performing more medication approach (44.5%) and were not followed in other locations (65.4%). Regarding medication approach, improve with treatment (83.1%) report no problems (70%). The non-drug approach reveals improvement (58.8%), feels no problem (97.1%). The proportion of use of medicines in children was 88.4%. The average use of medications was 1.2 drugs by children, the most frequently prescribed were: risperidone (20.5%), carbamazepine (17.1%), amitriptyline (4.8%), chlorpromazine (3.9% ), fluoxetine (8.4%), haloperidol (8.7%), imipramine (7.2%), methylphenidate (6.6%), periciazina (7.5%) and sodium valproate (5.1% ). Most responsible (72.7%) say they know the drugs, the therapeutic use (60.7), are guided by the physician (96.3%) reported liking (60.7%) receive free (54, 7%) and lack when they buy (56.7%). Factors related to the use of psychotropics were the male children, younger beneficiaries, accompanied by their mothers, the married state, schooling and school activities renumbered, children from poor families, live in houses, own with one to four household members. In relation to health services, greater use was associated with children who had health problems, unaccompanied elsewhere, referred by other services, children who attend once a month or more the CAPSi, children accompanied by doctors , not participating groups, the activities of the occupational therapist and psychologist monitoring. The study reveals a high use of psychotropic drugs in children followed us CAPSi Fortaleza, suggesting an urgency in farmacoterapêuticas interventions in promoting rational use of medicine

**Keywords:** Pharmacotherapy. Mental Health. Children

## **LISTA DE QUADRO E FIGURA**

<b>Quadro 1 – Elenco dos fármacos padronizados LME da saúde mental, da OMS, Chile e Brasil .....</b>	<b>26</b>
<b>Quadro 2 – Lista de medicamentos de saúde mental essencial seguro em criança (EMLc) da OMS e da Espanha.....</b>	<b>28</b>
<b>Quadro 3 – Relação de medicamentos essenciais da saúde mental, 2012. ....</b>	<b>29</b>
<b>Figura – Distribuição da amostra das crianças acompanhadas nos Centro de apoio psicossocial infantojuvenil. Fortaleza-CE, fevereiro a dezembro de 2012.....</b>	<b>54</b>

## LISTA DE TABELAS

<b>1 – Distribuição do número de crianças acompanhadas nos centros de apoio psicossocial infantojuvenil, de acordo com o sexo, idade e benefício. Fortaleza-CE, fevereiro a dezembro, 2012.....</b>	<b>55</b>
<b>2 – Distribuição das características dos responsáveis das crianças acompanhadas nos centros de apoio psicossocial infantojuvenil, de acordo com o sexo, idade, religião, estado civil, parentesco, escolaridade e atividade remunerada, Fortaleza-CE, fevereiro a dezembro, 2012 .....</b>	<b>56</b>
<b>3 - Distribuição das características dos responsáveis das crianças acompanhadas nos centros de apoio psicossocial infantojuvenil, de acordo com a classe socioeconômica, chefe de família, escolaridade, renda familiar mensal, valor da renda familiar mensal, atividade remunerada, moradia, número de moradores e situação de moradia, Fortaleza-CE, fevereiro a dezembro, 2012.....</b>	<b>57</b>
<b>4 – Distribuição das hipóteses diagnosticadas das crianças acompanhadas nos centros de apoio psicossocial infantojuvenil, Fortaleza-CE, fevereiro a dezembro, 2012.....</b>	<b>58</b>
<b>5 – Distribuição das características dos responsáveis das crianças acompanhadas nos centros de apoio psicossocial infantojuvenil, de acordo com o encaminhamento, frequência ao CAPSi, participação em atividades, tipo de atendimento, formas de atendimento e acompanhamento em outros locais. Fortaleza-CE, fevereiro a dezembro, 2012.....</b>	<b>59</b>
<b>6 – Distribuição das crianças acompanhadas nos centros de apoio psicossocial infantojuvenil, de acordo com as abordagens (medicamentosa e não medicamentosa) adotadas. Fortaleza-CE, fevereiro a dezembro, 2012. ....</b>	<b>60</b>
<b>7 – Distribuição das crianças acompanhadas nos centros de apoio psicossocial infantojuvenil, de acordo com a proporção de utilização dos psicofármacos em relação ao princípio ativo. Fortaleza-CE, fevereiro a dezembro, 2012 .....</b>	<b>61</b>

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
AEPS	Agência Espanhola de Medicamentos e Produtos Sanitários
ATC	<i>Anatomical Therapeutic Chemical Code</i>
BNFC	Formulário Nacional Britânico para Crianças
CAPS	centros de atenção psicossocial
CAPSI	centro de atenção psicossocial infantojuvenil
CID-10	<i>International Classification of Disorder-10</i>
DATASUS	Sistema de Informações do SUS
DCB	Denominação comum brasileira
DSM-IV	<i>Diagnostic and Statistics Manual IV</i>
EUM	Estudo de Utilização de Medicamentos
EUROSTAT	<i>Statistical Office of the European Communities</i>
FDA	<i>Food and Drug Administration</i>
FTN	Formulário Terapêutico Nacional
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ISRS	Inibidores Seletivos da Receptação da Serotonina
LME	Lista de Medicamentos Essenciais
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OT	Oficinas terapêuticas
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RUP-PAN	<i>Units on Pediatric Psychopharmacology Autism Network</i>
SER	Secretarias executivas regionais
STATA	<i>Date Analysis Statistical Software</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDAH	Transtorno de Défice de Atenção e Hiperatividade
WHO	<i>World Health Organization</i>

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	17
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	19
2.1 Geral .....	19
2.2 Específicos .....	19
<b>3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	20
3.1 População e epidemiologia da criança no contexto da saúde mental .....	20
3.2 Farmacoepidemiologia e saúde mental em crianças .....	21
3.3 Fatores relacionados à utilização dos psicofármacos em crianças .....	23
3.3.1 <i>Atitudes dos responsáveis/pacientes</i> .....	23
3.3.2 <i>Atitudes da escola</i> .....	24
3.3.3 <i>Atuação dos médicos</i> .....	24
3.3.4 <i>As políticas de medicamentos em alguns países e no Brasil</i> .....	25
3.4 Definição e classificação dos transtornos mentais em crianças .....	30
3.5 Abordagens terapêuticas dos transtornos mentais em crianças .....	33
3.6 Acesso aos psicofármacos na rede de atenção psicossocial .....	40
3.7 Política Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil no Brasil .....	43
<b>4 MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	45
4.1 Tipo do estudo .....	45
4.2 Local do estudo.....	45
4.3 População do estudo.....	46
4.4 Critério de seleção da amostra.....	46
4.5 Critérios de inclusão e exclusão .....	47
4.6 Tamanho e cálculo da amostra .....	47
4.6.1 <i>Coleta de dados</i> .....	48
4.6.2 <i>Passos da coleta de dados</i> .....	48
4.6.3 <i>Estudo - piloto</i> .....	49
4.7 Descrição das variáveis .....	49
4.8 Análises dos resultados.....	52
<b>5 ASPECTOS ÉTICOS</b> .....	53
<b>6 RESULTADOS</b> .....	54
6.1.1 <i>Distribuição das crianças acompanhadas nos centros de apoio psicossocial infantojuvenil de acordo com a Secretaria Executiva Regional (SER)</i> .....	54

<b>6.2 Características demográficas e assistenciais das crianças .....</b>	<b>55</b>
<b>6.3 Características dos responsáveis pelas crianças.....</b>	<b>55</b>
<b>6.4 Características socioeconômicas das famílias pelas crianças .....</b>	<b>56</b>
<b>6.5 Estado de saúde da criança .....</b>	<b>57</b>
<b>6.6 Utilizações dos serviços de saúde .....</b>	<b>58</b>
<b>6.7 Abordagens terapêuticas das Crianças nos CAPSi em Fortaleza .....</b>	<b>59</b>
<b>6.8 Fatores relacionados à utilização de medicamentos.....</b>	<b>63</b>
<b>6.9 – Análises estratificadas dos medicamentos .....</b>	<b>67</b>
<b>7 DISCUSSÃO .....</b>	<b>18</b>
<b>8 CONCLUSÕES.....</b>	<b>31</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>33</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>42</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>100</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A proposta inicial desta dissertação originou-se de um dos objetivos do projeto “guarda-chuva” intitulado “Utilização de psicofármacos em crianças e adolescentes inseridos na rede pública de saúde mental de Campinas e Fortaleza”, cujo objetivo era avaliar o uso dos psicofármacos em crianças nos centros de atenção psicossocial infantojuvenil (CAPSi) de Fortaleza, envolvendo um delineamento de um Estudo de Utilização de Medicamentos (EUM) (CASTRO, 2001).

Um dos motivos para a realização desta pesquisa foi o cenário da rede de atenção de saúde mental infantojuvenil no Município de Fortaleza-Ceará, pelo fato de representar serviços vinculados à rede de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), que oferecem atendimento diário às crianças com transtornos mentais graves e persistentes, e propõem a inserção no contexto social, regulando as portas de entrada ao atendimento na área de saúde (MENEZES; MELO, 2010).

Esta dissertação teve os seguintes estímulos para a exploração do tema: a incipiência de estudos na área de saúde mental em crianças nos CAPSi no Brasil e outros países (ARRAIS; BARRETO; COELHO, 2007, MILLAZZO; PERNA, 2004) e a importância de se analisar a saúde mental infantil em relação à assistência farmacêutica com o emprego das estratégias do uso racional de medicamentos (GALATO et al., 2008).

Em pesquisa em bases de dados do Sistema de Informações do SUS (DATASUS) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), não foram encontrados dados sobre transtornos mentais em crianças nos serviços de saúde mental do Estado do Ceará e do Município de Fortaleza (BRASIL, 2006; IBGE, 2012). Este efeito se constata uma dificuldade para coletar indicadores sobre os transtornos mentais em criança, em virtude da deficiência dos dados informatizados que não notificam os casos de transtornos mentais nos serviços de saúde, sistema escolar, serviços comunitários, pediatria e serviços sociais (MENEZES; MELO, 2010). Outra explicação para essa dificuldade é a utilização de variados tipos de classificação dos transtornos utilizadas nos serviços de saúde mental e, muitas vezes, outros profissionais dentro desses serviços não utilizam os sistemas de classificação psiquiátrica e assim não são notificadas (MENEZES; MELO, 2010).



A investigação viabilizou a exploração do uso dos psicofármacos, considerando o contexto socioeconômico, demográfico, o estado de saúde da criança e os serviços de saúde das crianças acompanhadas nos CAPSi de Fortaleza. São, portanto, componentes do estudo: características das crianças, dos responsáveis, dos chefes de família, estado de saúde da criança, serviços de saúde, formas de tratamento e caracterização da utilização dos psicofármacos, conforme o *Anatomical Therapeutic Chemical Code* (ATC): tempo de uso, onde recebe, quem orienta na falta do medicamento e as formas de aquisição.

O uso de psicofármacos em crianças com transtorno mental é comum e às vezes é a única escolha, no entanto, o sucesso do tratamento exige adequada avaliação do paciente, o conhecimento das múltiplas possíveis comorbidades, consciência das complexidades de polifarmácia, das alterações na farmacocinética, farmacodinâmica e interações medicamentosas (GARERI et al., 2006). Assim, é imprescindível delinear estudo de utilização de psicofármacos que leve em consideração medidas que garantam o uso de forma adequada, atendendo requisitos internacionais de segurança, qualidade e eficácia no fornecimento de medicamentos pediátricos (COSTA et al., 2009).

Ante o exposto, procura-se responder a questões de modo a compreendê-las.

- a) Quais as abordagens terapêuticas às crianças que buscam os serviços de saúde mental do Município de Fortaleza (CE)?
- b) Quais os fatores que podem influenciar na utilização dos psicofármacos em crianças?

Com isso, espera-se que os resultados subsidiem propostas para implementação de estratégias de uso racional de medicamentos na assistência farmacêutica e, conseqüentemente, melhoria da qualidade da atenção na rede saúde mental infantil no Município de Fortaleza-CE.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Analisar a utilização dos psicofármacos em crianças acompanhadas nos centros de apoio psicossocial infantojuvenil de Fortaleza.

### **2.2 Específicos**

1-Descrever as características sociais, demográficos e econômicos da família das crianças.

2-Identificar as abordagens terapêuticas de medicamentos exclusivas e não exclusivas disponibilizadas para as crianças acompanhadas nos CAPSi.

3-Descrever o uso dos psicofármacos em relação à sua utilização, tempo de uso, onde recebe, quem orienta, na falta do medicamento e as formas de aquisição.

4-Identificar os fatores que influenciam a utilização dos psicofármacos em crianças.

### 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

#### 3.1 População e epidemiologia da criança no contexto da saúde mental

A *United Nations Children's Fund* (2011) estima que a população mundial de crianças seja de 1,2 bilhão. Na Europa, reconhecida como o terceiro continente mais populoso, o sistema de informação *Statistical Office of the European Communities* (EUROSTAT) estima uma população de 731 milhões de pessoas, em que 15% são crianças de menos de 15 anos de idade. Na América Latina e no Caribe, estima-se uma população de 569 milhões de habitantes, das quais 117 milhões são de crianças e adolescentes (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA INFÂNCIA, 2012).

No Brasil, segundo o Censo Demográfico de 2010, da Fundação IBGE, estima-se o quantitativo de 62.923.165 pessoas vivenciando a infância, correspondendo a 32,9% da população total do País. No Estado do Ceará, em 2010, a população de crianças foi estimada em 3.035.091 (35,9% da população total) e, no Município de Fortaleza estão concentradas 777.835 crianças (31,7% da população) (FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

A prevalência dos transtornos mentais em crianças nos países desenvolvidos expressa valores mais elevados em relação daqueles em desenvolvimento. No ano de 1997, em Zurique, na Suíça, evidenciou-se uma taxa de 22,5% para qualquer distúrbio psiquiátrico em 1.964 alunos de escolas de ensino fundamental com idade entre 1 e 15 anos (STEINHAUSEN, 1998). Enquanto isso, em países em desenvolvimento, como a Índia, verifica-se uma prevalência de 12,5% para transtornos mentais em 2.064 crianças e adolescentes na faixa etária entre um e 16 anos, residentes em Bangalore (BURN, et al 2001). País como Bangladesh mostrou uma prevalência de 15% dos transtornos mentais, em um estudo realizado em Dhaka, por meio de uma amostra aleatória de 922 crianças com idade entre cinco e 10 anos, em clínicas de serviços de saúde mental (GOODMAN; MULLICK, 2005).

No Brasil, um dos primeiros estudos epidemiológicos desenvolvido sobre desordens mentais na infância, em 1982, realizado em uma comunidade de Salvador, indicou uma prevalência de 23,5% de transtorno mental em uma população aleatória de 828 crianças com faixa etária entre cinco e 14 anos (ALMEIDA FILHO, 1982). Outro estudo realizado entre 1251 escolares com idade entre sete a 14 anos, na cidade de São Paulo, resultou em uma prevalência de 12,7% (FLEITLICH-BRILYK, 2004). No Estado da Bahia, uma pesquisa de base populacional com crianças com a mesma faixa etária indicou a prevalência dos transtornos mentais, com variação entre 7% e 12,7% (GOODMAN; MULLICK, et al., 2005).

O Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde mental apontou que os tipos de transtornos mentais que mais acometem as crianças são: deficiência mental, autismo, psicose infantil e transtornos de ansiedade (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2010). Estudo realizado por Ribeiro, em 2007, expressou uma variação de prevalência entre 4 a 5% para os transtornos específicos do desenvolvimento das habilidades escolares; para os transtornos hipercinéticos, 3 a 5%; e o autismo acomete um a cada 1000 nascimentos (RIBEIRO, 2007).

Estudo sobre a hipótese diagnóstica de 103 prontuários de crianças na faixa etária de cinco a 15 anos, que estavam em acompanhamento há pelo menos três meses em um CAPSi na cidade de São Paulo, em 2008, registrou o fato de que transtornos de comportamentos e emocionais são os mais frequentes (21%), seguidos por transtorno do desenvolvimento psicológico (16,2%) e retardo mental (10,5%) (DELFINI, 2009).

### **3.2 Farmacoepidemiologia e saúde mental em crianças**

A farmacoepidemiologia consiste no estudo do uso e dos efeitos dos fármacos em ampla população, sendo útil no fornecimento de informações sobre os efeitos benéficos e maléficos à saúde, permitindo melhor entendimento na relação risco-benefício para o uso de qualquer medicamento por uma pessoa (CASTRO, 2001; STROM, 2006). Para isso, são aplicados métodos epidemiológicos ao estudo dos efeitos, positivos ou adversos, de um medicamento, bem como do seu uso pela população, sendo, portanto, uma junção de conhecimentos da farmacologia, da terapêutica, da epidemiologia, da estatística e das ciências sociais (STROM, 2006).

Neste campo, são desenvolvidos os Estudos de Utilização de Medicamentos - EUM. A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2006) definiu EUM como a comercialização, distribuição, prescrição e uso de medicamentos em uma sociedade, com ênfase especial sobre as consequências médicas, sociais e econômicas resultantes aplicadas no cuidado à saúde em relação aos padrões e critérios predeterminados dos usos das farmacoterapias (OMS, 2006).

Esses estudos determinam o padrão de consumo de medicamentos da população, avaliam o estado presente e as futuras tendências na utilização de medicamentos, estimam a prevalência aproximada de uma doença, gastos com medicamentos, adequação das prescrições e adesão às recomendações baseadas em evidências (ROZENFELD, 1989; GAMA, *et al* 2004). Para o desenvolvimento desses EUM deve ser aplicado o método de Classificação dos Medicamentos ATC. Essa metodologia é considerada padrão ouro e constitui ferramenta que oferece recursos de análise estatísticos sobre o padrão de consumo em vários ambientes e as formas de uso dos medicamentos (OMS, 2011).

A taxionomia foi adaptada pela OMS e consiste em classificar os fármacos em diferentes grupos e subgrupos (níveis), de acordo com o órgão ou sistema sobre o qual atuam e segundo as suas propriedades químicas, farmacológicas e terapêuticas, podendo os subgrupos chegar até ao quinto nível (STORPIRTIS, *et al* 2008).

O grupo principal é representado por uma letra e corresponde ao grupo anatômico. O primeiro subgrupo é representado por dois números e corresponde ao grupo terapêutico. O segundo subgrupo se fez representar por uma letra e corresponde ao grupo farmacológico. O terceiro subgrupo é indicado por uma letra e diz respeito ao grupo químico. O quarto subgrupo é conhecido por dois números e se refere à substância química (OMS, 2011). O grupo terapêutico dos psicofármacos é identificado pela letra “N”, correspondente aos medicamentos que agem no sistema nervoso (STORPIRTIS, *et al* 2008).

Em uma revisão sistemática, utilizando-se como descritores “transtorno de déficit de atenção/hiperatividade” e “prescrição de medicamentos”, por dez anos, até novembro de 2008, nas bases de dados do Medline, SciElo, Lilacs e Cochrane sobre o consumo de psicoestimulantes em crianças dos 14 artigos da pesquisa, sete trabalhos discorrem sobre a prescrição de psicofármacos em crianças entre zero a cinco anos e relatam que a prescrição de

anfetaminas aumentou 38% na faixa etária entre dois a quatro anos (HOFFMANN, et al 2008).

Com relação aos EUM dos psicofármacos em crianças, observa-se aumento em jovens na última década, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento. Estudo realizado nos sistemas de cuidados em saúde por um grupo de pesquisadores nos EUA revelou que em uma década houve aumento de consumo de 6,3% do uso de psicofármacos em jovens e, entre as classes dos fármacos mais utilizados, os psicoestimulantes (metilfenidato) (ZITO et al., 2003). Enquanto o aumento da prescrição de psicoestimulantes aumentou em crianças, o seu uso não perdura por mais de cinco meses, comprovando baixos níveis de adesão ao tratamento, que podem produzir efeitos adversos (CAMARGOS; NICOLATO, 2009).

Um dos primeiros EUM realizados em crianças no País revelou um percentual de 56% do consumo de medicamentos nessa faixa de idade em uma coorte com 4.746 crianças (BERIA et al 1993). Em outro estudo, realizado em 1995, em 15 creches com 1382 crianças em São Paulo, 37% das crianças utilizavam medicamentos, sendo que 80% delas eram menores de dois anos (BRINCK; LEONI et al., 1996).

### **3.3 Fatores relacionados à utilização dos psicofármacos em crianças**

A utilização de medicamentos em crianças, muitas vezes, não reflete, apenas, a morbidade local, os conhecimentos médicos sobre a etiologia, fisiopatologia e terapêutica das doenças, pois está sujeita, também, à influência dos fatores sociais, econômicos, culturais, psicológicos e comportamentais, bem como, às políticas de saúde de um país ou região (BRICKS; LEONE, 1996; ALMEIDA FILHO, 1985).

#### *3.3.1 Atitudes dos responsáveis/pacientes*

A confiança que os usuários depositam no medicamento, mesmo que simbolicamente, representa a possibilidade de obter saúde ou a cura de seus males (LEFÈVRE, 1991) explica os comportamentos dos responsáveis/pacientes quando sentem a necessidade de serem medicalizados.

Ante essa crença cultural na supervalorização da figura do medicamento e considerando que, muitas vezes, os comportamentos normais no desenvolvimento da criança são culturalmente condenados pela sociedade, relacionando-os aos “distúrbios de conduta”, há o favorecimento da “medicalização” das crianças. Offord e Boardin (2000) consideram que os fatores associados aos distúrbios de conduta na infância estão relacionados aos cuidados inadequados maternos ou paternos.

Atitudes desarmonicas como violência doméstica, punição corporal, abuso físico ou negligência na infância são fatores estressantes no ambiente que levam os pais a procurarem os serviços de saúde com uma queixa específica e relacionada à saúde mental das crianças (OFFORD; BOARDIN, 2000). Com a “identificação” do sintoma, pelos informantes, que configura transtorno mental na infância, no entanto, pode não passar de incômodo dos pais pelos comportamentos disfuncionais dos filhos, em razão do convívio de um ambiente estressante o que configura uma necessidade da “medicalização” (RIBEIRO, 2007).

### *3.3.2 Atitudes da Escola*

A carência de recursos, a falta de uma equipe treinada nos estabelecimentos escolares sem apoio de psicopedagogos, motiva o aumento de encaminhamentos das crianças aos serviços de saúde mental (RIBEIRO, 2007).

### *3.3.3 Atuação dos médicos*

Os medicamentos de prescrição constituem a maior parte do consumo farmacêutico (ARRAIS, et al., 2007). Essa constatação pode estar atrelada à atuação dos médicos, pois esses determinam as possibilidades de assistência aos pacientes e, conseqüentemente, a prescrição do medicamento, sendo os responsáveis pela indicação do medicamento (MARTINES, 1993), influenciados por características próprias ou por fatores externos, como local onde trabalham (setor público ou privado), controle da vigilância sanitária, propaganda, comunidade acadêmica e interesse econômico (HIGGINBOTHAN; STREINER, 1991). Com efeito, Fernandes e Teixeira (1999) apresentam que, nos casos das prescrições oriundas dos serviços públicos, em muitas ocasiões, estão condicionadas pela disponibilidade no local de atendimento, o que pode alterar o perfil de consumo, já que

muitos pacientes não terão recursos financeiros para adquirir seus medicamentos (BERTOLI, et al., 2004).

Outro fato inerente à atuação dos médicos ante o consumo de psicofármacos é a conduta durante o atendimento. A consulta só é considerada satisfatória, tanto para o prescritor como para o paciente, se for gerada durante o atendimento a prescrição de medicamento (RIBEIRO, 2007). Este fato é intensificado quando a consulta do médico é com responsáveis que buscam solução imediata ou alívio para suas crianças com sintomas de transtorno mental (GALATO et al., 2008).

A comunicação entre o prescritor e o paciente é um fator importante no disciplinamento do consumo (ARRAIS, et al., 2007), ou seja, a linguagem utilizada pelo prescritor, o tempo dispensado para a consulta, o atendimento acolhedor e a motivação para o cumprimento da terapêutica são fatores decisivos para a adesão terapêutica e para uma utilização racional (TEIXEIRA, 1999). Assim, acredita-se que o paciente ao sair da consulta com uma prescrição, terá maior resolução de seus problemas, na medida em que tem acesso ao medicamento prescrito e se a prescrição atende à racionalidade terapêutica (VIEIRA, 2007).

#### *3.3.4 As políticas de medicamentos em alguns países e no Brasil*

A disponibilidade dos serviços de saúde é um fator inerente ao consumo dos medicamentos e o acesso está garantido na Política Nacional de Medicamentos, por meio da Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, sendo um dos motivos de iniciativas para ampliar o acesso da população à assistência farmacêutica (AQUINO, 2008), assegurando assistência terapêutica integral, viabilizada pelo financiamento e distribuição universal gratuita dos medicamentos no setor público (CHAVES et al., 2005).

Ter acesso à assistência médica e a medicamentos, no entanto, não implica necessariamente melhores condições de saúde ou qualidade de vida, pois os maus hábitos prescritivos e as falhas na dispensação podem ensejar a “medicalização” e os tratamentos ineficazes e pouco seguros (ARRAIS; BARRETO; COELHO, 2007).



No contexto internacional, a OMS preconiza uma política de medicamentos como um conjunto limitado de fármacos essenciais para o tratamento e controle dos transtornos mentais e comportamentais com base na Lista de Medicamentos Essenciais (LME) da OMS (2011), para atender ao manejo satisfatório dos transtornos mentais de importância para a saúde pública adequada à realidade de cada país. A LME da OMS, 2011 está na 17ª edição e é utilizada como modelo para a maioria das relações de medicamentos essenciais dos países (OMS, 2011).

A relação dos medicamentos essenciais do Chile, 2012, é composta por 428 princípios ativos, 662 apresentações farmacêuticas e 30 grupos farmacoterapêuticos. O Brasil adota a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Em 2010, a RENAME continha 550 itens e 574 apresentações farmacêuticas com segurança e eficácia para a população brasileira. Foi publicada, em 2012, a nova lista, embora para este estudo se tenha optado pela edição anterior, de 2010, pelo fato de a versão atual ter sido elaborada com bases em conceito mais amplo do que é essencial para a população, não obedecendo os mesmos critérios da essencialidade (segura, eficácia e efetividade) das versões anteriores. Assim, foi elaborada uma relação única de medicamentos, incluídos aqueles para tratamento de doenças raras e complexas, as vacinas e os insumos (BRASIL, 2010; BRASIL 2012; CHILE, 2010).

O Quadro 1 contém as listas padronizadas nos serviços de saúde mental da OMS, 2011, no Chile, 2012, e os medicamentos RENAME, de 2010. Percebe-se que as listas nem sempre seguem a padronização estabelecida pela OMS e sim às prioridades nacionais e a disponibilidade das formulações nos seus respectivos países.

Quadro 1 – Elenco dos fármacos padronizados LME da saúde mental, da OMS, Chile e Brasil

<b>Grupo farmacológico</b>	<b>OMS (2011)</b>	<b>Chile (2012)</b>	<b>Brasil (2010)</b>
<b>Transtornos psicóticos</b>	Clorpromazina 25mg/ml amp Clorpromazina 100mg cp Clorpromazina 25mg/5mlamp Flufenazina 25mg/ml amp Haloperidol 2mg/ml amp Haloperidol 2mg cp Haloperidol 5mg cp	Clorpromazina 25mg/ml amp Clorpromazina 100mg cp Clorpromazina 25mg/5ml amp Flufenazina 25mg/ml amp Haloperidol 2mg/ml amp Haloperidol 5mg/ml amp Haloperidol 10mg/ml Decanoato de haloperidol amp 50mg/ml Sulpirida 200mg cp Clozapina cp 100mg/25mg Periziazina 2mg cp	Biperideno 2mg cp e 5mg/ml amp Clorpromazina 40mg/ml Fr Clorpromazina cp 100mg e 25mg Clorpromazina 5mg/ml amp Haloperidol 1mg e 5mg cp Haloperidol 2mg/ml amp Haloperidol 50mg/ml Fr Decanoato de haloperidol 50mg/ml amp Risperidona 1mg cpe 3mg cp e 1mg/ml Fr

		Risperidona 2mg cp Tioridazina 100mg cp Trifluoperazina 5mg cp	
<b>Transtornos depressivos</b>	Amitriptilina 25mg cp Fluoxetina 20mg caps	Amitriptilina 25mg cp Fluoxetina 20mg caps Mirtazapina 30mg cp Sertralina 50mg cp	Amitriptilina 25mg cp Carbamazepina 200mg cp e 20mg/ml Fr Clomipramina 25mg cp e 10mg cp Fluoxetina 20mg caps Nortriptilina cp 10mg, 25mg, 50mg, 75mg Carbonato de lítio 300mg cp Valproato de sódio 250mg caps e 500mg Fr
<b>Tratamento de transtornos bipolares</b>	Carbamazepina 100mg/200mg cp Carbonato de lítio 300mg cp Ácido valproico 200mg/500mg cp	Carbamazepina 100mg/200mg cp Carbonato de lítio 300mg cp Ácido valproico 200mg/500mg cp	
<b>Ansiedade generalizada e transtorno do sono</b>	Diazepam 2mg cp/5mg cp	Aprazolam 0,5mg cp Clonazepam 2mg cp Diazepam 10mg cp/ 5mg/ml amp Levomepromazina 100mg cp Zolpidem 10mg cp	Diazepam 5mg cp e 5mg/ml amp Clomipramina 10mg cp e 25mg cp
<b>Ataque do pânico/transtorno obsessivo compulsivo</b>	Clomipramina 10mg/25mg cp	Clomipramina 25mg cp	
<b>Dependência de substância</b>	Metadona 5mg/ml amp e 10mg/ml amp; 5mg/5ml Fr e 10mg/5ml Fr Buprenorfina 2mg/8mg cp sublinguais	Dissulfiram 500mg	
<b>Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDH)</b>		Metilfenidato 10mg	

Fonte: OMS (2011), SALUD (2012) e Brasil (2010).

Essas listas foram elaboradas, no entanto, com medicamentos de eficácias comprovadas para uso em pacientes adultos e a escolha do tratamento em crianças é realizada levando em consideração os efeitos adversos menos prejudiciais a um determinado paciente (GAMA et al., 2004). Assim, em decorrência do aumento do consumo de fármacos em crianças, a OMS desenvolveu regulamentações específicas para o licenciamento de medicamentos essenciais seguros em crianças, para que fossem prescritos adequadamente nessa faixa etária (OMS, 2011).

Foi neste contexto que a OMS, em 2007, motivou a realização da Assembleia Mundial da Saúde para aprovar a resolução intitulada de “melhores medicamentos para as

crianças”. Assim, foi proposto o desenvolvimento de um programa de trabalho sobre medicamentos para crianças, incluindo o desenvolvimento de uma lista - modelo de medicamentos essenciais para crianças (EMLc) (COELHO; COSTA; LIMA, 2009).

São poucos os países que possuem Listas de Medicamentos Essenciais - LME padronizadas seguras em crianças estabelecidas pela OMS. Este fato é decorrente da ausência de formulações disponíveis nos países (COELHO; COSTA; LIMA, 2009). A Espanha é um dos que disponibiliza, por meio da ação da Agência Espanhola de Medicamentos e Produtos Sanitários (AEPS), a lista de fármacos disponíveis e autorizados no País com indicações específicas em criança (APARICIO, 2005). Ainda possui, no entanto, limitações tais como não especificar entre alguns fármacos a dose recomendada para uso na idade própria.

O Quadro 2 descreve os medicamentos para uso específico em crianças preconizado pela OMS, em 2011, e a Espanha, 2004.

Quadro 2 – Lista de medicamentos de saúde mental essencial seguro em criança (EMLc) da OMS e da Espanha

<b>Classificação terapêutica</b>	<b>OMS (2011)</b>	<b>Espanha (2004)</b>
<b>Transtornos psicóticos</b>	Clorpromazina 25mg/2ml amp Clorpromazina 25mg/5ml Frasco Clorpromazina 10mg, 25mg, 50mg e 100mg comp Haloperidol 5mg/ml amp Haloperidol 2mg/ml Haloperidol 0,5mg cp, 2mg cp, 5mg cp	Haloperidol maiores de 5 anos. Clorpromazina e periciazina para maiores de 1 ano Risperidona maiores de 5 anos
<b>Desordens depressivas</b>	Cloridrato fluoxetina 20mg frasco -> Para maiores de 8 anos	Imipramina -25mg cp Clomipramina 75mgcp para maiores de 10anos Fluoxetina 20mg Frasco
<b>Transtorno de humor</b>		
<b>Distúrbios bipolar</b>		
<b>Transtorno obsessivo compulsivo</b>		Sertralina e Fluvoxamina em crianças de 6 a 17 anos
<b>Tratamento de dependência de substância</b>		
<b>Transtornos de ansiedade</b>		Primozida em menores de 3 anos
<b>Psicoestimulantes</b>		Metilfenidato para maiores de 6 anos
<b>Transtornos de ansiedade e alteração do sono</b>		Diazepam e lorazepam maiores de 6 anos Clobazam crianças maiores de 3 anos

Fonte: OMS (2011) e Aparicio (2005).

\*As informações em branco refere-se sem evidência para uso em criança.

No Brasil, há uma Relação de Medicamentos Essenciais, RENAME, revisada e atualizada sistematicamente a cada dois anos, de acordo com as recomendações da OMS/Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e em consonância com as práticas do Uso Racional de Medicamento no Brasil (BRASIL, 2010). Não possui, entretanto, uma relação de medicamentos essenciais específica para crianças. Ao comparar as listas da RENAME, 2010 em relação à EMLc da OMS, 2011, referente aos medicamentos destinados à saúde mental, observa-se que apenas três medicamentos do elenco da saúde mental disponível no Brasil são considerados seguros para uso em crianças; clorpromazina 25mg e 100mg comprimido, haloperidol 5mg comprimido, 5mg/ml ampola e a fluoxetina 20mg para uso em crianças maiores de oito anos (BRASIL, 2010; OMS, 2011).

A Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, como parte integrante de suas ações em saúde mental, definiu em sua política municipal a LME do Município, REMUME (Relação Municipal de Medicamentos), seguindo os parâmetros da RENAME, 2010, os medicamentos foram padronizados para atender a maioria dos problemas de saúde da população (FORTALEZA, 2012).

Quadro 3 – Relação de medicamentos essenciais da saúde mental, 2012.

<b>Medicamento</b>	<b>Apresentação</b>
Ácido válproico	Cápsula ou comprimido 500mg/suspensão oral 500mg/ml
Amitriptilina	Comprimido 25mg
Carbamazepina	Comprimido 200mg; suspensão oral 20mg/ml
Carbonato de lítio	Comprimido 300mg
Cloridrato clomipramina	Comprimido 10mg e 25mg
Cloridrato de biperideno	Comprimido 2mg
Cloridrato de clorpromazina	Comprimido 25mg e 100mg
Cloridrato fluoxetina	Cápsula 20mg
Cloridrato nortriptilina	Comprimido 25mg
Decanoato de haloperidol	Solução injetável 50mg/ml
Diazepam	Comprimido 5mg, solução injetável 5mg/ml
Fenitoína	Comprimido 100mg, solução injetável 5mg/ml
Fenobarbital	Comprimido 100mg; solução oral 40mg/ml; solução injetável 100mg/ml
Haloperidol	Comprimido 1mg e 5mg ; solução oral 2mg/ml
Risperidona	Comprimido 1mg e 3mg; solução oral 1mg/ml

Fonte: Fortaleza (2012).

A iniciativa da OMS em padronizar listas - modelo de medicamentos essenciais seguros em crianças, incluindo melhores dosagens, evidências e informações, motivou alguns países a desenvolver formulários terapêuticos para crianças (OMS, 2010; OMS, 2011).

A Europa estabeleceu, no início de 2007, um conjunto de ações incluindo a regulamentação específica no licenciamento de medicamentos para uso pediátrico, de incentivo à pesquisa clínica e de desenvolvimento de fármacos em crianças (OMS, 2008). No Reino Unido, foi desenvolvida uma política específica, envolvendo ações reguladoras, uma rede para investigação pediátrica de fármacos, e lançou em 2010 o formulário terapêutico para crianças (o Formulário Nacional Britânica para Crianças – BNFC) (OMS, 2008, 2010).

Os países latino-americanos produzem seus formulários terapêuticos e atualizam periodicamente, mas não possuem formulários específicos para crianças. No Brasil, o primeiro formulário terapêutico foi lançado em 2008, elaborado com base na RENAME de 2006 e a segunda edição lançada em 2010, com base na RENAME 2010, mas não foi produzido formulário específico para criança (BRASIL, 2008; BRASIL, 2010). O formulário publicado no Brasil, no entanto, nas duas edições alertam sobre os cuidados nas prescrições pediátricas e nos problemas das formulações inapropriadas disponíveis no País (BRASIL, 2010; OMS, 2010, BRASIL, 2008; BRASIL, 2010).

### **3.4 Definição e classificação dos transtornos mentais em crianças**

A definição dos termos na saúde mental é uma tarefa difícil, por se tratar de condições não lógicas e inespecíficas, sendo necessário compreender e programar ações que contribuam para uma assistência de qualidade ao paciente. Nas definições propostas pela OMS, em 2005, empregou-se a expressão transtorno mental para nomear os transtornos, dicção utilizada na política de saúde mental brasileira (OMS, 2005).

Saúde mental é um estado de bem-estar por meio do qual as pessoas reconhecem as habilidades de que são capazes para enfrentar o estresse normal da vida, podendo trabalhar de forma produtiva e contribuindo para a comunidade (OMS, 2004).

Transtorno mental é uma enfermidade com uma incapacidade mental que desenvolve comportamentos de transtornos de personalidade e dependência de substâncias. Enquanto isso, a deficiência mental é definida quando pessoas que se recuperaram de um transtorno mental podem continuar a ter deficiências ou pessoas com transtorno mental em curso também tem deficiência em decorrência do transtorno. Incapacidade mental é um

conceito mais estreito do que o transtorno mental, com base na capacidade de decisão da pessoa, conforme é determinado pelo quadro de médicos e outros profissionais (OMS, 2005).

Mesmo com a descrição dessas características, ainda é complexa a definição dos transtornos mentais. Assim, qualquer situação que possa de alguma forma alterar o comportamento, dificultando a resolução ou enfrentamento dos problemas do dia a dia pode produzir um dano na saúde mental. Esse prejuízo pode levar um paciente a desenvolver um transtorno mental, deficiência mental ou até incapacidade mental que, apesar de serem expressões parecidas têm diferenças em suas definições (OMS, 2005).

Há duas classificações dos transtornos mentais empregadas nos serviços de saúde mental em vários países. A primeira é conhecida como *International Classification of Disorder-10* (CID-10) (classificação internacional das perturbações mentais), que aborda de maneira didática, especificamente, os transtornos mental com as diretrizes diagnósticas, de tratamento, informações para pacientes, familiares, recomendações no manejo dos sintomas, dados sobre o consumo dos medicamentos e sugestões quando procurar especialista (WHO, 1993). A segunda é *Diagnostic and Statistics Manual IV* (DSM-IV), que classifica os transtornos nos contextos clínicos, educacionais e em pesquisas (APA, 2003). Assim, o DSM-IV agrupou os transtornos mentais em 16 classes diagnósticas e possui um capítulo específico para transtornos geralmente diagnosticados pela primeira vez na infância (APA, 2003). Há uma versão mais atual, o DSM-IV do Manual de Estatística e Diagnóstico. Pesquisas publicadas na revista *Plos Medicine em 2012*, entretanto revelaram que as indústrias farmacêuticas estavam pressionando pesquisadores responsáveis pelo Manual e descobriram que as alterações previstas no DSM-V colaboraram para a maior venda de medicamentos. As alterações nos critérios de diagnóstico, concorrem para que mais pessoas sejam diagnosticadas segundo aos critérios (COSGROVE; KRIMSKEY, 2012). Em razão desse fato, e na tentativa de evitar que empresas pressionem por alterações que favoreçam a venda de seus medicamentos, a Associação determinou que todos os membros envolvidos na produção do DSM-5 devem relatar ligações com laboratórios (COSGROVE; KRIMSKEY, 2012).

Nesta dissertação, foi adotado a CID-10, por ser o documento utilizado pelas políticas de saúde mental no Brasil e em virtude das limitações do DSM-IV, sendo algumas delas explicitadas acima, com o seu volume complexo, que exige familiaridade para manuseio

e a complexidade em relação aos diagnósticos (OMS, 2008). Assim, a OMS (2001) e a CID-10 categorizaram os transtornos mentais na infância em: transtornos do desenvolvimento psicológico e os transtornos de comportamento e emocionais (OMS, 2001).

Os transtornos do desenvolvimento psicológico têm como características o início na primeira infância ou na segunda infância, o comprometimento ou retardo do desenvolvimento de funções estreitamente ligadas à maturação biológica do sistema nervoso central e a evolução contínua, sem remissão nem recaída (OMS, 2001). Está na sequência sua divisão.

### **Transtornos Específicos do desenvolvimento das habilidades escolares**

Este transtorno, também denominado transtorno de aprendizagem, caracteriza-se por funcionamento acadêmico substancialmente abaixo do esperado, com um início na infância, sem período anterior de desenvolvimento normal. Entre as apresentações clínicas - transtorno do desenvolvimento da leitura ou dislexia, que se caracteriza como uma forma de retardo primário na aquisição e compreensão da leitura, transtorno do desenvolvimento da expressão escrita ou disgrafia, ou seja, um desempenho deficiente na escrita, com uma combinação de dificuldades na capacidade da pessoa compor textos escritos, transtorno do desenvolvimento da matemática ou discalculia, em que há um comprometimento específico das habilidades aritméticas (RIBEIRO, 2007).

Os transtornos de comportamentos emocionais incluem os transtornos hipercinéticos com distúrbios da atividade e da atenção e distúrbios de conduta. Este grupo de transtornos inicia-se precocemente, durante os cinco anos de vida e, normalmente, são acompanhados de um defice cognitivo e de um retardo específico do desenvolvimento da motricidade da linguagem (OMS, 2011).

### **Transtornos hipercinéticos**

O transtorno hipercinético, também denominado de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) é caracterizado por um grau excessivo de atividade motora, falta de atenção e impulsividade comportamental e cognitiva. Para a CID-10, as alterações de comportamento devem ter início precoce, antes da idade de seis anos e incluir as

características fundamentais de comprometimento da atenção e hiperatividade. Uma comorbidade comum é o transtorno de conduta, que é um comportamento repetitivo, persistente, antissocial, agressivo e desafiador (RIBEIRO, 2007).

### **O transtorno de ansiedade de separação**

Este é caracterizado por ansiedade excessiva, variando da ansiedade antecipatória a crise de pânico, com relação à separação dos pais ou de figuras de ligação importantes, associada a prejuízo no funcionamento social e escolar, podendo levar à recusa escolar (RIBEIRO, 2007).

### **Autismo infantil**

É um comprometimento qualitativo da interação social recíproca e da comunicação, além de um repertório restrito e repetitivo de comportamentos, atividades e interesses, iniciando antes dos três anos de idade (RIBEIRO, 2007).

As avaliações diagnósticas das crianças, são baseadas em critérios operacionais clínicos claros e bem definidos, provenientes de sistemas classificatórios da CID-10 ou DSM-IV, que incluem critério de idade de início dos sintomas, causando prejuízo (antes dos sete anos) para o diagnóstico dos transtornos. A base do diagnóstico é formada pela história, observação do comportamento atual do paciente, relato dos pais e professores sobre o desenvolvimento da criança nos diversos ambientes que frequenta, mesmo sabendo que estas fontes possuem baixa concordância entre informantes (criança, pais e professores) sobre a saúde mental de crianças (HALPERN; ROHDE, 2004).

Independentemente dos transtornos que acometem na infância é necessária uma avaliação criteriosa e cuidadosa dos diagnósticos, pois é uma fase do desenvolvimento em que é difícil traçar limites claros entre fenômenos que fazem parte do desenvolvimento normal e outros anormais (GAMA et al., 2004). Assim, problemas mal compreendidos podem ensejar soluções inapropriadas e ineficazes, prejudicando a saúde da criança.



### **3.5 Abordagens terapêuticas dos transtornos mentais em crianças**

No Brasil, a reforma psiquiátrica possibilitou a criação de abordagens de cuidado às pessoas com transtornos mentais graves, sendo os centros de atenção psicossocial (CAPS) a grande aposta para o atendimento desta população (ONOCK et al., 2001). Assim, para que o CAPS possa efetivamente ser um serviço substitutivo ao asilo, a mudança do modelo de atenção deve ocorrer em todos os processos de trabalho e nos serviços (PASSOS; BENEVIDES, 2001).

Na ambiência onde o CAPS funciona, há uma equipe técnica multidisciplinar constituída por psicólogos, assistência social, enfermeira, farmacêutico, auxiliar de enfermagem, médico clínico e um psiquiatra, cujos profissionais prestam atendimento às crianças, aos adolescentes e familiares (MORETTO; CONEJO; TERZIS, 2008). Nessa lógica, as abordagens do tratamento são multidisciplinares, com a participação de educadores, profissionais de saúde envolvidos e familiares, realizando intervenções socioeducativa (comunitária) e farmacológica (individualizada) (RIBEIRO, 2007).

#### **Abordagens não medicamentosa – Medidas socioeducativas**

As medidas socioeducativas são uma forma de trabalhar a humanização em seu tratamento, desenvolvendo a autonomia, a coresponsabilidade, o protagonismo dos correos envolvidos, a solidariedade entre os vínculos estabelecidos, respeito aos direitos dos usuários e participação coletiva na gestão (MORETTO; CONEJO; TERZIS, 2008).

Uma das intervenções socioeducativas consiste nas oficinas terapêuticas (OT), que se caracterizam por ser um espaço onde se desenvolvem atividades grupais de expressão e inserção social; a “ambientoterapia”, compreende todos os elementos do ambiente da instituição que tenham algum impacto sobre o paciente, valorizando-se as rotinas da vida diária, visando a oferecer possibilidades de relações humanas novas e ou mais adequadas (MORETTO; CONEJO; TERZIS, 2008).

Outra prática terapêutica é a terapia familiar. As ações socioeducativas voltadas para a família demonstra-se efetivas, em virtude de as relações familiares mobilizarem sentimentos familiares (HALPERN; FIGUEIRAS, 2004). Assim, nesse convívio com a

família, a criança tem a possibilidade de mudar, sendo necessário portanto, a terapia familiar, com o objetivo de melhor compreender e solucionar o conflito da criança (HOFFMANN et al., 2008).

No tratamento dos transtornos de desenvolvimento das habilidades escolares na infância, são indicadas as intervenções psicossociais, incluindo psicoterapia de apoio aos pais. No tratamento dos transtornos interativos e disfuncionais, além das intervenções psicossociais, são indicadas também as intervenções psicopedagógicas, psicomotoras e farmacológicas (RIBEIRO, 2007).

Mesmo com poucas evidências, as técnicas psicoterápicas são a primeira escolha para o tratamento dos transtornos mentais na infância (HALPERN; FIGUEIRAS, 2004). As abordagens farmacológicas são indicadas nos casos de transtornos moderados e graves, podendo estar associados com as práticas psicoterapêuticas (FURTADO; ONOCKO, 2005).

### **Abordagens medicamentosas**

Os psicofármacos tiveram um papel fundamental na desospitalização e avanço nas estratégias de atenção à saúde mental (RIBEIRO, 2007), permitindo a redução do número de internações e possibilitando que pacientes pudessem regressar para seus lares realizando tratamento ambulatorial (BRASIL, 2001).

Na infância, o tratamento tem o objetivo de reduzir os sintomas, minimizar os prejuízos associados e facilitar a aplicação das intervenções de psicoterapias (RIBEIRO, 2007). A base do tratamento farmacológico, no entanto se restringe aos psicofármacos, e a conduta terapêutica nos transtornos mentais em crianças é conduzida por meio de consenso clínico e evidências empíricas adaptadas às melhores práticas e experiências clínicas (LOPES et al., 2010).

Os psicofármacos, entretanto, não se apresenta isentos de riscos (RIBEIRO, 2007). Assim, a utilização deve ocorrer de forma racional, baseada no correto diagnóstico que permite a escolha dos recursos terapêuticos mais adequados (MILLAZZO; PERNA, 2004).

Em Fortaleza, o arsenal terapêutico disponível nos CAPS para tratar os portadores de transtornos mentais são os medicamentos padronizados e que compõem a REMUME (FORTALEZA, 2012) (QUADRO 3- pág 29). A dispensação ocorre segundo regulamentos técnicos da Portaria 344/98, para o maior controle dos medicamentos. Os psicofármacos disponíveis nos CAPS do Município de Fortaleza pertencem à lista C1 (substâncias sujeitas a controle especial) e psicotrópicos (B1). Em relação à lista C1, a receita é branca, em duas vias, e a lista B, a receita é azul, ambas com validade para 30 dias e a dispensação dos medicamentos ocorre atendendo a dispensação para 60 dias (BRASIL, 1998).

Destacam-se a seguir psicofármacos prescritos para crianças nos CAPS:

### **Anticonvulsivantes/estabilizantes de humor**

Os anticonvulsivantes disponíveis no Município incluem ácido valpróico, carbamazepina, fenitoína e o fenobarbital. Essa classe de medicamentos da Portaria 344/98 permite a dispensação da posologia para até seis meses de uso, mas este documento não explica a situação especial do tempo de dispensação maior dos anticonvulsivantes (BRASIL,1998).

No CAPSi, os anticonvulsivantes são utilizados com a finalidade de estabilizante de humor, tornando-se um valioso recurso terapêutico (SCHATZBERG, 2004). Em crianças, a carbamazepina exprime eficácia na manutenção do humor sem registrar eventos adversos clinicamente significativos (BURN, 1999; ROCHA et al., 2004).

Os antiepilépticos, no entanto podem produzir, alterações de enzimas hepáticas e pancreáticas, alterações hematológicas, aumento de peso, sedação e alterações hormonais (ROCHA et al., 2004).

O carbonato de lítio é indicado nos casos de transtornos bipolares, eficaz no controle e prevenção das crises de mania, e para sintomas de autoagressão em crianças com transtornos de conduta, retardo mental ou transtorno autístico (RIBEIRO, 2007).

Em crianças, o uso do carbonato de lítio não é aprovado pela OMS (2011). Alguns autores, contudo, relatam benefício no uso, mas revelam a necessidade de cuidados com o

comportamento impulsivo de risco, agressividade e instabilidade no humor (ROCHA et al., 2004; SCHATZBERG, 2004). Entre os riscos de efeitos adversos do lítio, relatam-se enurese, alterações renais tireoidianas e tremores (RIBEIRO, 2007; CASTILHO, 2000).

### **Antipsicóticos**

Esse grupo medicamentoso divide-se em dois grandes subgrupos: os mais antigos, também conhecidos como típicos ou clássicos, compostos pelo haloperidol, clorpromazina, tioridazina e outros; e o grupo dos chamados atípicos, que foram mais recentemente lançados, do qual fazem parte a risperidona, olanzapina, quetiapina, ziprasidona e aripiprazol (ZITO et al., 2003).

Nos CAPSi de Fortaleza, estão disponíveis os antipsicóticos convencionais haloperidol, clorpromazina e, mais recentemente, foi incluída a risperidona 1mg e 3mg. (FORTALEZA, 2012). Em relação aos atípicos risperidona, olanzapina, quetiapina, ziprasidona e o aripiprazol são medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica de alta complexidade, liberados pelo Ministério da Saúde mediante o registro da Autorização do Procedimento de Alta Complexidade (APAC), apenas com o laudo médico de esquizofrenia (BRASIL, 2013).

Os antipsicóticos são utilizados na prática clínica no tratamento dos transtornos psicóticos e uma variedade de condições não psicóticas, incluindo autismo, síndrome de *Tourette*, retardo mental associado a alterações de comportamento e também nos quadros de agressividade em crianças com transtorno de conduta (MAIA; RODHE, 2006).

Os antipsicóticos típicos exibem como principal efeito colateral os sintomas extrapiramidais, compostos pela rigidez muscular, dificuldade na marcha e inquietação (também chamada de acatisia), além da discinesia tardia (movimentos involuntários uso crônico do medicamento) (ROCHA et al., 2004). Enquanto os antipsicóticos atípicos são a terapia de escolha no tratamento da esquizofrenia em crianças. Os principais efeitos adversos são: o aumento de apetite e peso, aumento da prolactina, sedação e alterações metabólicas (Diabetes mellitus e aumento de triglicérides e colesterol) (ROCHA et al., 2004).

Em relação ao uso dos antipsicóticos, estudo realizado no Canadá para avaliar a eficácia e a segurança do uso da risperidona em crianças de cinco a 12 anos de idade, com distúrbios comportamentais e desordens do desenvolvimento persistente, a risperidona revelou-se um medicamento eficaz por melhorar os sintomas comportamentais e diminuir a irritabilidade e hiperatividade (ZITO et al., 2003). Nesse estudo da avaliação do uso da risperidona, porém não foram relatados os efeitos adversos que podem ocorrer hiperglicemia, exacerbação de diabetes preexistente, cetoacidose diabética e riscos de desenvolvimento de Diabetes mellitus. No estudo, apenas foi relatado que o aparecimento desses efeitos adversos pode ser revertido, modificando as doses do medicamento (ZITO, et al., 2003). A tolerância efetiva no controle da agressão nos transtornos comportamentais infantis da risperidona também foi confirmada em pesquisas pela *Units on Pediatric Psychopharmacology Autism Network* (RUP-PAN), mas também apontou os efeitos adversos comuns aumento de peso, efeitos sedativos, sintomas extrapiramidais, aumento de triglicédeos e dos níveis de prolactina (ZITO et al., 2003).

No Brasil, embora o Formulário Terapêutico Nacional, 2010 (FTN) não seja direcionado para a população pediátrica, há indicação de clorpromazina, haloperidol e decanoato de haloperidol para uso em crianças (BRASIL, 2010). O formulário da OMS para crianças não descreve a indicação do decanoato de haloperidol (OMS, 2010). Independentemente do fato de o FTN não ser relacionado à prescrição pediátrica, em relação aos medicamentos utilizados nas desordens bipolares, transtornos obsessivos compulsivos, ansiolíticos e hipnosedativos não há indicação desses para uso em crianças (BRASIL, 2010). A OMS também não faz menção a desses medicamentos em seu formulário em Pediatria (OMS, 2010).

Os antipsicóticos são medicações de grande valia para a Psiquiatria da infância e adolescência, tendo seu uso limitado, porém, há riscos de discinesia tardia e de retirada, e, em alguns pacientes, ganho de peso e sedação excessiva (RIBEIRO, 2007).

### **Antidepressivos**

Os antidepressivos estão entre os mais prescritos dos psicofármacos (BAHLS, 2002). São indicados em quadros depressivos, sendo mais bem tolerados quando administrados à noite (ROCHA, 2004).

Revisão sistemática com o objetivo de abordar a eficácia e a tolerabilidade dos tratamentos farmacológicos para os transtornos de ansiedade na infância em criança e adolescência revelou que os fármacos frequentemente utilizados no tratamento da ansiedade na infância são os Inibidores Seletivos da Receptação da Serotonina (ISRS) (fluoxetina, paroxetina e fluvoxamina), antidepressivos tricíclicos (imiparamina) e benzodiazepínicos (alprazolam e clonazepan) (MAIA; ROHDE, 2006).

Os eventos adversos mais relatados relacionados aos ISRS são sonolência, xerostomia, inquietude, desconforto abdominal e cefaleia. Quanto aos efeitos adversos relacionados aos antidepressivos tricíclicos, os mais frequentes são irritabilidade e ataques de raiva e os efeitos dos benzodiazepínicos são irritabilidade, comportamento opositor, boca seca e cansaço (MAIA; ROHDE, 2006).

Estudo piloto realizado em Nova York avaliou o uso da fluoxetina em crianças e adolescentes de nove a 18 anos com diagnósticos de transtornos de ansiedade acompanhadas em um ambulatório. O estudo revelou melhora dos sintomas em cinco semanas. Os efeitos colaterais foram transitórios, incluindo sonolência em 31% dos pacientes, problemas de sono (19%), perda de apetite (13%), náusea (13%), dor abdominal (13%) e agitação (13%), e indicado que os pacientes não desenvolveram desinibição, acatisia ou tentativa suicida. Estes resultados preliminares sugeriram eficácia da fluoxetina em crianças com ansiedade de separação e na desordem e fobia social (JANET et al., 1997; (MASI, 2004).

Meta-análise publicada na revista *The Lancet* revelou, porém, a eficácia da fluoxetina para tratamento de transtornos depressivos em crianças e adolescente, mas evidenciou os riscos de desenvolvimento de ideias suicidas, sendo necessárias mais informações para estabelecer uma conclusão definitiva acerca da relação risco-benefício (PATEL et al., 2007).

Segundo o Formulário Terapêutico do Brasil (2010), o tratamento da depressão na infância está reservado para casos graves em crianças maiores de dez anos por tempo limitado e combinado com psicoterapias. No formulário terapêutico da OMS (2011), porém descreve para cuidados paliativos na depressão em crianças amitriptilina 10mg/25mg comprimido e a fluoxetina 20mg cápsula para maiores de oito anos (BRASIL, 2010; OMS, 2011). Não se

disponibiliza, no entanto, a formulação 10mg comprimido de amitriptilina no Brasil (BRASIL, 2010; OMS, 2010).

### **Estimulante**

Drogas psicoestimulantes são utilizadas no tratamento de crianças e adolescentes desde a década de 1930 (PASTURA; MATTOS, 2004).

Nesse grupo, o único representante no mercado brasileiro é o metilfenidato (Ritalina, Ritalina LA<sup>®</sup> e Concerta<sup>®</sup>) (RODHE 1998). A sua indicação é o tratamento do TDAH, sendo considerado o tratamento mais eficaz para os sintomas de hiperatividade, impulsividade e desatenção (RODHE 1998). Os principais efeitos colaterais são perda de apetite, alteração de sono e, ocasionalmente, cefaleia e dor abdominal (NET) (PASTURA; MATTOS, 2004).

Em relação à eficácia no uso dos psicofármacos em crianças, estudo duplo-cego revelou a superioridade do metilfenidato em relação ao seu placebo no tratamento dos transtornos hipercinéticos e perturbações da atividade e atenção, transtornos de déficit de atenção/hiperatividade (CAMARGOS; NICOLATO, 2009). Mesmo sendo eficazes no tratamento da hiperatividade, os efeitos adversos em curto ou longo prazo se apresentam com um risco em crianças (COSTA et al., 2009). Em curto prazo, é possível ocorrer: diminuição de apetite, insônia, dor abdominal, cefaleia, choro fácil, tiques, tonteira, náuseas, roer unhas, fala pouco, ansiedade, desinteresse, euforia, irritabilidade e pesadelo. Ao longo prazo, o uso pode estar associado a dependência, efeitos cardiovasculares e possível redução da estatura (RODHE et al., 1998). Esses efeitos são dos fármacos, mas, muitas vezes, profissionais podem atribuir ao curso da doença, medicando as crianças (RIBEIRO, 2007).

O uso dos psicofármacos em crianças deve ser suspenso ou, pelo menos, ter reduzida a dosagem, periodicamente, em geral, dentro de seis meses ou até, no máximo, um ano, para se estabelecer a necessidade ou não de continuidade e ou verificar a possível utilização suficiente de uma dosagem mais baixa (RODHE, 1998). É importante informar aos pais ou responsáveis sobre o diagnóstico, riscos e benefícios do tratamento proposto e explicar as opções ao tratamento sugerido, riscos e benefícios (RIBEIRO, 2007).

### 3.6 Acesso aos psicofármacos na rede de atenção psicossocial

No contexto internacional, os sistemas de saúde expressão recomendações e desafios diferentes, fundamentados em suas prioridades nacionais para a promoção do acesso, qualidade e efetividade da assistência à saúde da população.

Nos Estados Unidos, o *Department of Health and Human Services* é a principal agência do Governo responsável pela proteção à saúde dos americanos. Possui dois programas de saúde; *Medicare e Medicaid* – seguro social. No primeiro, a assistência é para empregados de baixa renda. No segundo, para aposentados que comprovarem situação de pobreza. A maior parcela dos pacientes (75%), no entanto, tem a cobertura da saúde por seguros privados (CONILL, 2008). Além dos serviços governamentais e do seguro privado, o País possui instituições não governamentais para grupos específicos - câncer, doenças cardíacas, drogas, saúde mental e crianças (CONILL, 2008). A assistência farmacêutica dos pacientes portadores de doença mental atendidos em nível ambulatorial, incluindo o acesso aos medicamentos, é custeada pelos próprios pacientes ou por meio dos seguros privados e, apenas, os pobres são custeados pelo *Medicaid* (FIGUEREDO, 2005).

No Canadá, o sistema de saúde é um seguro universal, descentralizado que foi criado na primeira metade do século XX por Thomas Clement “Tommy” Douglas (pastor envolvido com as lutas operárias da região de Saskatchewan) (CONILL, 2008). A assistência farmacêutica é compartilhada entre um órgão federal e províncias que possuem autonomia para escolha de prioridades e gestão dos serviços, respeitando os princípios da universalidade, gestão pública, integralidade e direitos válidos em todo o território nacional (CONILL, 2008; FIGUEREDO, 2005).

A Inglaterra possui o Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido, desde 1948, que garante o acesso universal, com um modelo assistencial regionalizado, tendo sido exemplo para as reforma sanitárias em outros países (CONILL, 2008). O acesso aos medicamentos é por meio de copagamentos, sendo isentos idosos, gestantes, estudantes, as grávidas e portadores de alguma deficiência física ou mental (FIGUEREDO, 2005).

Na América Latina, os serviços de saúde são financiados por contribuições, impostos e pagamento direto. Apresentam-se fragmentados, sem a universalização e com



desafios de reduzir as desigualdades sociais na tentativa de legitimar o serviço público (CONILL, 2008). Em relação à assistência à saúde mental, a América Latina e o Brasil assumiram o mesmo compromisso de reestruturação dos seus sistemas de saúde mental, por meio da assinatura da Declaração de Caracas, em 14 de novembro de 1990, com o propósito de assistência aos pacientes com os mesmos princípios da reforma psiquiátrica (desinstitucionalização e implementação de uma rede de serviços em saúde mental de base comunitária), garantindo a proteção dos direitos humanos e da cidadania dos portadores de transtornos mentais (BRASIL, 2005; MARAZINA IV, 2011). O acesso aos medicamentos na Argentina é garantido, mas as formas de tratamento ainda não evoluíram dentro dos princípios pactuados na Declaração de Caracas, e ainda possui um serviço de internação hospitalar infantil (CONIL, 2008).

No Brasil, o SUS é o órgão responsável pela assistência à saúde da população de responsabilidade federal, estadual distrital e municipal (FIGUEREDO, 2005). Ao se adotar a ideia defendida pela reforma sanitária de saúde, deixou implícito o acesso aos medicamentos como uma obrigação do SUS (BRASIL, 2002).

No SUS, o acesso aos medicamentos é mediado pela exibição da prescrição, sendo esta uma ordem escrita dirigida ao farmacêutico, com a definição do medicamento que deverá ser fornecida ao paciente, bem como a maneira como este deve utilizá-lo (OENNING; OLIVEIRA; BLAT, 2011). No Brasil, há uma normatização, por meio da Portaria de nº. 344, de 12 de maio de 1998, que regulamenta o uso de substâncias e medicamentos que atuantes sobre o sistema nervoso central, sendo agrupadas: A1 e A2 (entorpecentes); A3, B1 e B2 (Psicotrópicos), C2 (retinóides); C3 (imunossuppressores), C4 (antirretroviral), C5 (anabolizante), D1 (percussores) e C1 (outros medicamentos sujeitos ao controle especial) (BRASIL, 1998). Os psicofármacos utilizados no CAPSi estão relacionados nas listas B1 e C1 (BRASIL, 1998).

Os psicofármacos são distribuídos gratuitamente pelo SUS, na unidade básica de saúde, na atenção primária, nos CAPS e no nível hospitalar (BRASIL, 2002). Em Fortaleza, os psicofármacos são dispensados na atenção básica e nos CAPS sob a responsabilidade do profissional farmacêutico (FORTALEZA, 2012).

O modelo de acesso aos medicamentos não deve se restringir à aquisição e à distribuição, mas também a um programa de serviço de dispensação farmacêutica, para prevenir, identificar e resolver problemas relacionados à farmacoterapia, de modo que seja possível preservar o direito do usuário em conhecer o medicamento que lhe é dispensado e decidir sobre sua saúde e seu bem-estar (ARRAIS, 2007).

### **3.7 Política Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil no Brasil**

O Programa Mundial de Ação em Saúde Mental da OMS, lançado em 2001, foi desenvolvido com o objetivo de superar barreiras e minimizar a lacuna entre os recursos e as necessidades criadas pelos transtornos mentais, assim como reduzir o número de anos vividos com incapacidade e mortes associadas a esses transtornos (OMS, 2001).

No Brasil, foi instituída pelo Ministério da Saúde a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), que tem como princípios, diretrizes e leis a elaboração de um modelo de atenção à saúde mental, visando à mudança do paradigma da exclusão e do estigma na busca pela conquista de direitos de cidadania dos portadores de transtornos (BRASIL, 2001). A política é orientada pela Lei nº. 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos dos portadores de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001).

O modelo de atenção à saúde mental vigente no País foi constituído em parte por meio da reforma psiquiátrica e das conferências de saúde mental, cujo seguinte histórico mostra que: a I Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987, marcada pela necessidade de superação do modelo assistencial hospitalocêntrico; a II Conferência, em 1992, marcou o aprofundamento das críticas ao modelo hegemônico e formalização de um novo modelo assistencial; a III Conferência, em 2002, apontou a necessidade de aprofundamento da reorientação do modelo assistencial e da rede de atenção comunitária, reafirmando os princípios da reforma psiquiátrica; a IV Conferência, em 2010, identificou desafios multidimensionais e intersetoriais, apontando a direção de consolidar os avanços e enfrentar novos desafios (BRASIL, 2002, 2010; BRASIL, 2011).

O CAPS foi oficialmente criado com a Portaria nº 224, 29 de janeiro de 1992, e definidas suas atividades pela Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Este serviço integra

a rede de atenção de saúde mental do SUS, com a missão de disponibilizar um atendimento às pessoas que sofrem de transtornos mentais severos e persistentes, por meio de tratamento intensivo (diário), semi-intensivo (frequente) ou não intensivo (eventual). Estes serviços oferecem atendimento individual ou em grupo, favorecendo a integração da pessoa na sua comunidade, inserção na família e na sociedade (BRASIL, 2004).

O CAPS é um serviço de saúde comunitário, de referência secundária (intermediária), composta para atender a uma população de 200.000 habitantes (BRASIL, 2004). Desenvolve serviço ambulatorial diário, com capacidade técnica para regular a entrada da rede assistencial, realizando a organização da demanda na rede de cuidados no âmbito do seu território assistencial (BRASIL, 2002). O estabelecimento é definido por ordem crescente de porte e complexidade de acordo com abrangência populacional, motivo pelo qual existem: CAPS I, II, III; CAPSi e CAPS-AD (álcool e drogas) (BRASIL, 2004).

O CAPSi destina-se ao atendimento ambulatorial especializado em crianças e adolescentes com transtornos mentais, sendo realizados procedimentos individuais e coletivos baseados no diagnóstico de transtorno mental, de acordo com a CID-10 (OMS, 2001). Promove o acolhimento a crianças e adolescentes, estimulando sua integração social e familiar, bem como apoiando as iniciativas na busca da autonomia, com base em atendimentos médicos e psicológicos que promovem cuidados clínicos e reabilitação psicossocial. Os serviços infantojuvenil têm a missão de tratar de forma intensiva os portadores de transtorno mental grave, na sua comunidade, junto às suas famílias, evitando a internação psiquiátrica integral e promovendo a reabilitação psicossocial dos cronicamente comprometidos (BRASIL, 2004). Em 2012, o Ministério da Saúde implantou 1.742 CAPS, 597 CAPS na região Nordeste e, destes, 103 no Estado do Ceará, apresentando 0,93 CAPS/100.000 habitantes. Em relação ao CAPSi, até 2011, foram implantados 149 CAPSi no País, 34 CAPSi na região Nordeste. No Estado do Ceará há seis CAPSi implantados, dois dos quais se localizam em Fortaleza para atender à população de 454.927 crianças e adolescentes (BRASIL, 2012).

O Ceará dispõe de uma Lei Estadual, nº 12151/1993 que impede a construção de hospitais psiquiátricos, regulamenta a desativação progressiva destes e impede a criação de novos leitos nos hospitais psiquiátricos, instituindo o funcionamento dos hospitais-dia e os CAPS, bem como os de atendimento infantil (CEARÁ, 1993).

Em Fortaleza, a Coordenação Municipal de Saúde Mental concentra esforços na ampliação do número dos CAPSi. Atualmente, estes serviços de saúde funcionam atendendo pacientes egressos de internações psiquiátricas e trabalha no sentido de garantir o correto tratamento clínico, desenvolver a autonomia dos pacientes, despertar o exercício da cidadania, fortalecer o vínculo dessas pessoas com a comunidade e garante o acesso da população aos medicamentos prescritos (FORTALEZA, 2011).

## **4 MATERIAIS E MÉTODOS**

### **4.1 Tipo do estudo**

Trata-se de um estudo transversal realizado no período de fevereiro a dezembro de 2012. “Estudo fez parte de um projeto guarda-chuva intitulado: psicofármacos em crianças e adolescentes inseridos na rede pública de saúde mental nos municípios de Campinas e Fortaleza” (ROTHMAN, 2011).

Segundo Rothman (2011), o estudo transversal inclui como sujeito todas as pessoas na população ou uma amostra representativa, sem levar em consideração o estado de exposição ou de doença. Nesse tipo de estudo, as informações sobre a exposição e doenças da população medem-se simultaneamente em um curto período, fornecendo um retrato de como as variáveis estão relacionadas no momento da pesquisa.

### **4.2 Local do estudo**

O estudo foi realizado no Município de Fortaleza, capital do Ceará, localizada no litoral Atlântico, com 34 km de praias e possuidor da maior densidade demográfica do País, com 8001hab/km<sup>2</sup> (FORTALEZA, 2000). É a cidade mais populosa do Estado, a quinta do Brasil e a 91<sup>a</sup> mais populosa do Mundo, atualmente com 2,5 milhões de habitantes, distribuídos em 118 bairros (IBGE, 2012).

Fortaleza foi dividida, no ano de 1997, em seis secretarias executivas regionais (SER), tendo como objetivo proporcionar a melhoria das condições de vida na região, sob a gestão do desenvolvimento territorial, do ambiente e social. A população de cada secretaria dispõe de um conjunto de serviços, como: educação, saúde, ocupação, renda, habitação, cultura, limpeza e esporte. Com a implantação, em fevereiro de 1998 da Estratégia Saúde da Família em Fortaleza, formaram-se 32 equipes que, em 2006, foram ampliadas para 250 equipes, distribuídas nas seis SER, e, atualmente, permanecem em extensão (FORTALEZA, 2011).

Os cuidados em saúde mental, numa visão comunitária, como preconiza a reforma psiquiátrica, iniciou-se em Fortaleza por meio dos CAPS, com o primeiro inaugurado em

1991. Para o atendimento da demanda infantil, foi inaugurado o primeiro CAPSi em 2006, nomeado Maria Fleuda Verçosa, referência para o atendimento das Secretarias Executivas Regionais II, IV e VI que, juntas, abrangem 69 bairros, sendo localizada no bairro Vila União. O segundo CAPSi inaugurado em 2007, nomeado Estudante Nogueira Jucá, é responsável pelo atendimento das Secretarias Executivas Regionais I, III e V, abrange 50 bairros e é localizado no bairro Rodolfo Teófilo, com parceria com a Universidade Federal do Ceará. Apresentam demanda intensiva, semi-intensiva, não intensiva e o acompanhamento dos pacientes depende da gravidade e do controle da patologia. São serviços de saúde municipais, comunitários, que oferecem atendimento diário às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, com o objetivo da reinserção social (FORTALEZA, 2010).

Os CAPSi, especializados no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais, são equipamentos geralmente necessários para dar resposta à demanda em saúde mental em municípios de mais de 200 mil habitantes. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana e têm capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 180 crianças e adolescentes por mês. A equipe mínima para estes serviços é de 11 profissionais de nível médio e superior (BRASIL, 2005). Atualmente o Município de Fortaleza possui 14 centros de apoio psicossocial, sendo dois CAPSi especializados no atendimento de transtornos mentais em crianças e adolescentes (FORTALEZA, 2011).

#### **4.3 População do estudo**

A população foi composta de 869 crianças ativas nos dois CAPSi de Fortaleza, em acompanhamento na ocasião da pesquisa.

#### **4.4 Critério de seleção da amostra**

Do estudo, participaram crianças de zero a 12 anos que estavam em acompanhamento nos CAPSi. A idade da criança foi a mesma preconizada pela OMS, 2011, que estabelece esta faixa etária para os estudos de medicamentos em crianças. O número de crianças que abriram prontuário nos CAPSi de 2007, ano em que foi inaugurado, até a 2012, foi de 2883 crianças cadastradas nos serviços. Atualmente, possui 2014 crianças inativas (não comparecem aos serviços) e 869 ativas, ou seja, em acompanhamento no ano de 2012; destas,

570 crianças são acompanhadas no CAPSi Maria Fleuda Verçosa e 299 no CAPSi Estudante Nogueira Jucá.

#### 4.5 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão foram: estar em acompanhamento no CAPSi, pertencer à faixa etária de zero a 12 anos, acompanhada com os pais ou responsáveis (cuidadores), e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídas crianças que não estavam em acompanhamento no CAPSi, fora da faixa etária estabelecida e que não estivessem acompanhadas pelos pais ou responsáveis.

#### 4.6 Tamanho e cálculo da amostra

A amostra do estudo foi calculada em função do número de prontuários abertos nos CAPSi, de forma a garantir a representatividade da população atendida nos serviços. O processo de amostragem foi aleatório, seguindo os critérios de faixa etária e se as crianças estavam acompanhadas com os responsáveis.

Para o dimensionamento da amostra aleatória simples, utilizou-se para o cálculo a fórmula abaixo, indicada para populações finitas em estudos transversais. Definiu-se uma porcentagem P igual a 50% de crianças cadastradas nos CAPSi, haja vista que esse valor implica tamanho máximo de amostra. O nível de significância foi fixo igual 97% com um erro amostral relativo ( $e=8\%$ ). Assim, recorreu-se à seguinte fórmula:

$$n = \text{deff} \times \frac{N \hat{p} \hat{q}}{\frac{d^2}{1,96^2} (N-1) + \hat{p} \hat{q}}$$

N= tamanho da amostra → composta de 2883 crianças

Deff = efeito do desenho

N= Tamanho da população

p= População estimada

$$\hat{q} = 1 - \hat{p}$$

d= nível de precisão absoluta → d= 6%

Ocorreram perdas, no entanto, pois no processo de amostragem era necessário o acompanhamento do responsável para a realização das entrevistas e que estas fossem realizadas de forma completa. Assim, as entrevistas incompletas foram contabilizadas como perdas na pesquisa.

Essas perdas foram necessárias para evitar distorções provocadas por amostras com características diferentes. Assim, foram coletados 305 questionários, havendo perda de 13 instrumentos por não atenderem os critérios de qualidade.

A estimativa de utilização de psicofármacos foi feita com base em estudos realizados no Brasil, que mostra uma prevalência de utilização de medicamentos em crianças em torno de 56% (BERIA et al 1993).

#### *4.6.1 Coleta de dados*

Os dados foram coletados com base nas informações dos responsáveis sobre as crianças. Elaborou-se um formulário contendo 78 perguntas, divididas em sete partes: a primeira destinava-se à identificação dos dados das crianças. A segunda era preenchida se a criança fosse institucionalizada. A terceira referia-se às características socioeconômicas dos responsáveis pela criança, enquanto a quarta parte se destinava aos critérios para avaliação da classe econômica chefe de família. A quinta relacionava-se ao estado de saúde da criança e aos serviços de saúde, ao passo que a sexta parte abordava sobre os tipos de tratamento. A última parte abordava sobre o tratamento medicamentoso e ainda continha no questionário um espaço que identificava a prescrição do medicamento, a concentração, posologia e o código ATC.



#### 4.6.2 Passos da coleta de dados

Os dados foram coletados mediante entrevista estruturada, registrada em questionário estruturado, pré-codificado, previamente testado (ANEXO A), contendo questões de fácil compreensão, em que os informantes foram os responsáveis pelas crianças.

Os estudantes da área da saúde foram os responsáveis por preencher os instrumentos, pois previamente treinados para esta função. Em seguida, foi realizada conferência dos questionários preenchidos.

#### 4.6.3 Estudo- piloto

Efetivou-se um estudo-piloto com amostra constituída de 45 crianças, o que correspondia a 10% do total das que estavam em acompanhamento no CAPSi no ano de 2012, realizado no período de 15 a 25 de fevereiro de 2012, com os seguintes objetivos:

- a) testar o instrumento de coleta de dados;
- b) avaliar o nível de compreensão das perguntas;
- c) definir a metodologia e o fluxo mais adequado; e
- d) testar se a estrutura do instrumento utilizado possibilitava a entrada adequada dos dados e sua posterior análise por meio do conjunto de programas EPI-INFO e STATA.

Após a realização do teste-piloto, foi efetuado um ajuste de linguagem e calibração das variáveis, tornando o instrumento mais preciso. Assim, foi ajustada uma das questões - problema de saúde, onde as respostas foram de acordo com as respostas autor-referidas pelos responsáveis.

### 4.7 Descrição das variáveis

Alguns critérios foram utilizados para definir as variáveis do estudo, tais como:

- a) Parte I – Avaliação dos dados da criança
  - Idade - estabelecida em anos; sexo- masculino ou feminino; data do nascimento; data de admissão ao CAPSi, uso de medicamento controlado; sim/não.

b) Parte II – Criança institucionalizada

- identificação da instituição, tipo da instituição - ONG, particular, pública; tempo na instituição, estabelecido em meses; Benefício da criança na instituição- sim ou não.

c) Parte III – Dados dos responsáveis da criança

- Estado civil - o estado conjugal não se referiu necessariamente ao estado civil e classificou-se em “solteiro (a)”, “Casado (a) /União consensual”, “Divorciado (a)”, “viúvo (a)”, União estável.
- Bairro/município - os bairros foram considerados a lista - padrão de bairros do Município com a correspondente Secretaria executiva Regional, disponível no site; [www.fortaleza.ce.gov.br](http://www.fortaleza.ce.gov.br). Não foram considerados os sub-bairros de Fortaleza.
- Religião - foi categorizada de acordo com o IBGE - católico, evangélico, espírita, ateu e não determinada.
- Parentesco - o grau de parentesco relacionado à criança - mãe/pai, tio/tia, irmão/irmã.
- Benefício paciente- foi questionado se a criança recebia algum tipo de benefício, categorizado em: bolsa família, vale gás, bolsa-escola, pensão, aposentadoria.
- Atividade renumerada - questionado se o responsável desenvolvia alguma atividade renumerada: Não e Sim.
- Grau de escolaridade (responsável).
- Analfabeto - que nunca frequentaram a escola, não sabem ler e escrever.
- Ensino fundamental I incompleto- que estejam cursando da 1ª a 4ª série do ensino fundamental I.
- Ensino fundamental I completo- que tenham cursado da 1ª a 4ª série do ensino fundamental I.
- Ensino fundamental II incompleto- que estejam cursando da 4ª a 8ª série do ensino fundamental II.
- Ensino fundamental II completo- que tenham cursado da 4ª a 8ª série do ensino fundamental II.
- Ensino médio incompleto - que estejam cursando do 1º ao 3º ano do ensino médio;
- Ensino médio completo - que tenham cursado do 1º ao 3º ano do ensino médio;
- Ensino superior completo a pós-graduação - considerar todas as pessoas que tenham concluído o 3º grau (curso superior) ou que estejam cursando ou cursaram cursos de especialização, mestrado ou doutorado.

d) Parte IV – Avaliação dos dados sócio econômica da família.

Para a avaliação dos indicadores socioeconômicos, foram solicitados os dados referentes ao chefe da família e adotados os critérios de classificação econômica do Brasil, da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), realizado por meio de correspondência entre uma faixa de pontos e a classificação econômica. Esses critérios de classificação econômica do Brasil são capazes de dividir a população brasileira em “classes sociais”. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESA DE PESQUISA, 2008). A avaliação ocorreu de forma como está na sequencia.

- Identificar o parentesco da criança com o chefe de família- mãe/pai, tio/tia, avó/avô.
- Status da moradia- casa ou apartamento.
- Condições de moradia- própria, alugada, cedida ou emprestada.
- Número de moradores- foi questionado para ter a informação do número de dependente da renda familiar.
- Escolaridade - (adotada a mesma escolaridade dos responsáveis pelas crianças).
- Possui renda familiar - sim ou não, se sim, o valor da renda em R\$. Para o levantamento da renda, foi analisado conforme o salário mínimo referente ao ano de 2012.
- Atividade renumerada- sim ou não.
- Meio de transporte - transporte coletivo ou transporte individual.
- Classificação socioeconômica definidos em - A, B, C, D e E.

e) Parte V – Estado de saúde da criança.

- Problema de saúde - sim ou não; se sim, qual. Rinite, hiperatividade, asma, insônia, impaciente, irritado, neurológico, esquizofrenia, depressão, autista, depressão, cansaço, doente da cabeça, doença mental, agitado, retardo mental, depressão, transtornos psíquico, inquieto, violento, convulsão, gastrite, refluxo, ansiedade, sinusite, adenoide, TOC, TDH, biruta, atraso no desenvolvimento, rinite, atraso do desenvolvimento, distúrbio de conduta e não sabe informar.

Uma vez definidas as respostas autor-referidas sobre os problemas de saúde da criança, foram classificados os sintomas de acordo com a classificação do CID-10 para doenças mentais, encaixando com base nos sintomas informados pelos responsáveis.

f) Parte VI – Utilização dos serviços de saúde.

- Origem do encaminhamento- foi agrupado em níveis de atenção de saúde - (atenção primária, atenção secundária, atenção terciária), sistema escolar, serviços social, demandas espontâneas.
- Acompanhamento em outros serviços - não ou sim, se sim, qual? Foi agrupada em níveis de atenção à saúde, particular e escolar.
- Frequência ao CAPSi- uma vez ou mais por mês ou menos de uma vez por mês;
- Tipos de atendimento no CAPSi - atendimento médico, atendimento psicológico, grupos terapêuticos e terapia ocupacional.

g) Parte VII – Abordagens terapêuticas nos CAPSi.

- Formas das abordagens terapêuticas nos CAPSi- medicamentosa, não medicamentosa ou ambos.
- Descrição da abordagem medicamentosa e não medicamentosa quanto- problema melhora e apoio da família.
- Tratamento medicamentoso- nome do medicamento pela Denominação Comum Brasileira (DCB), tempo de uso, conhecimento do medicamento, do tratamento, formas de aquisição, na falta do medicamento como adquire, se gosta de usar o medicamento, quem orientou o uso.

Os medicamentos foram classificados conforme o quinto nível do código ATC.

#### **4.8 Análises dos resultados**

Os dados foram armazenados, utilizando-se o programa estatístico EPI-INFO, versão 3.5.2, e analisados com o auxílio do programa STATA, versão 11. O EPI-INFO foi utilizado para a alimentação do banco de dados e obtenção das frequências simples. O STATA foi aplicado para as análises estatísticas bivariadas.

O plano de análise dos dados incluiu a obtenção de frequências simples das variáveis de interesse; investigações das características das variáveis em estudo associadas ao uso de psicofármacos nos serviços de saúde mental (variável dependente). As variáveis independentes foram: relacionadas às crianças (sexo, idade, benefício); responsáveis (sexo, idade, religião, estado civil, parentesco, escolaridade e atividade remunerada); chefes de família (classe socioeconômica, chefe de família, escolaridade, renda familiar, valor da renda,

atividade renumerada, moradia, número de moradores, situação de moradia), estado de saúde da criança (problema de saúde), utilização dos serviços de saúde (encaminhamento, frequência no CAPSi, participação em atividades, tipo de atendimento, formas de tratamento, acompanhamento em outros locais). Para análise bivariada, foi utilizado o teste do qui-quadrado para verificar diferenças de proporções, com nível de significância 5%, intervalo de confiança de 95%.

#### **4.9 – Aspectos éticos**

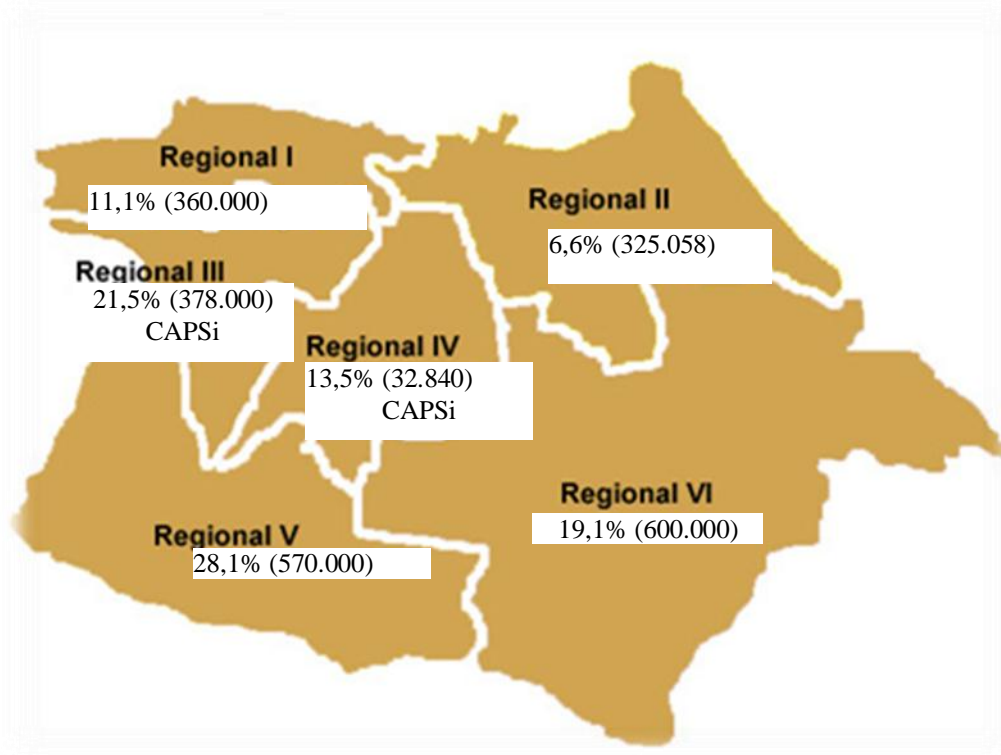
O protocolo de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza e aprovado com o nº 189/2011. Foram respeitados todos os direitos dos entrevistados ao anonimato e à autonomia. Para entrevista individual, foi obtido consentimento de todas as pessoas por assinatura do Termo Conhecimento Livre Esclarecido – TCLE e pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde-CNS do Ministério da Saúde Brasil, assinado pelo responsável da criança, ou, no caso de dificuldades de assinar, pelo consentimento verbal com a presença de testemunhas. Em todos os casos, os indivíduos foram informados sobre os objetivos do estudo, a importância de sua participação e sobre o caráter confidencial das informações. A permissão para inclusão do CAPS como local de pesquisa foi realizada por meio do Termo de Autorização de Fiel Depositário.

## 5. RESULTADOS

### 5.1.1 Distribuição das crianças acompanhadas nos centros de apoio psicossocial infantojuvenil de acordo com a Secretaria Executiva Regional (SER)

Das 292 crianças que atenderam os critérios de inclusão do estudo, 177 pertenciam ao CAPSi Estudante Nogueira Jucá, localizado na SER III, e 115 crianças pertenciam ao CAPSi Maria Fleuda Verçosa, na SER IV. As informações das crianças foram fornecidas pelos seus responsáveis. Somente duas crianças tinham procedência de instituições. A distribuição das crianças que participaram do estudo de acordo as SER foi a seguinte:

Figura 1 – Distribuição da amostra das crianças acompanhadas nos centros de apoio psicossocial infantojuvenil. Fortaleza-CE, fevereiro a dezembro de 2012.



Fonte: Fortaleza (2012).

## 5.2 Características demográficas e assistenciais das crianças

A maioria das crianças era do sexo masculino (74,3%), idade entre sete e dez anos (61,2%), com média de 8,1 anos e que recebem benefícios (63,5%). Os três benefícios mais relatados entre os responsáveis foram bolsa-família, previdência social e Ministério dos Transportes (passe livre) (tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição do número de crianças acompanhadas nos centros de apoio psicossocial infantojuvenil, de acordo com o sexo, idade e benefício. Fortaleza-CE, fevereiro a dezembro, 2012.

Variável	n	%	Média	Desvio padrão		
Sexo (n=292)						
Masculino	217	74,3				
Feminino	75	25,7				
Idade (anos)						
3	1	0,3	8,1	0,5		
4	16	5,5				
5	28	9,6				
6	26	8,9				
7	49	16,8				
8	43	14,7				
9	41	14,0				
10	40	13,7				
11	29	9,9				
12	19	6,5				
Benefício social (n=290)						
Sim	184	63,5				
Não	106	36,5				

## 5.3 Características dos responsáveis pelas crianças

A maioria dos responsáveis das crianças era do sexo feminino (92,8%), com idade entre 22 a 39 anos (56,2%); religião católica (58,9%); casados (47,9%); a mãe ou o pai respondiam como responsável pela criança (88,3%); concluíram o ensino fundamental (66,3%) e possuíam atividade remunerada (55,2%) (tabela 2).

Entre os 160 responsáveis que informaram atividades remuneradas, foram identificadas: trabalho autônomo (86), vínculo empregatício (48), aposentado (14), auxílio doença (8) e pensionistas (4).

Tabela 2 – Distribuição das características dos responsáveis das crianças acompanhadas nos centros de apoio psicossocial infantojuvenil, de acordo com o sexo, idade, religião, estado civil, parentesco, escolaridade e atividade remunerada. Fortaleza-CE, fevereiro a dezembro, 2012.

Variável	n	%	Média	Desvio padrão
Sexo (n=290)				
Masculino	21	7,2		
Feminino	269	92,8		
Faixa etária (anos)(n=290)				
22-39	163	56,2	39,1	0,5
40-78	127	43,8		
Religião (n=290)*				
Católica	171	58,9		
Evangélica/outras	119	41,1		
Estado civil (n=290)				
Solteiro	139	47,9		
Casado	151	52,1		
Parentesco (n=290)				
Mãe/Pai	256	88,3		
Outros	34	11,7		
Escolaridade (n= 289)**				
Ensino fundamental	180	62,3		
Médio/Superior	109	37,7		
Atividade remunerada (n=290)				
Não	130	44,8		
Sim	160	55,2		

\*outras religiões: espírita, testemunha de Jeová, pentecostal e mórmos. \*\*Um dos informantes era analfabeto.

#### 5.4 Características socioeconômicas das famílias das crianças

A maior parte das famílias das crianças (89,3%) pertence às classes socioeconômica D e E, são a própria mãe ou o pai da criança (78,6%) que concluíram o ensino fundamental (62,9%), possuem renda familiar (95,5%) menor ou igual R\$ 622,00 (58,5%) (tabela 3).

No estudo, a renda familiar mensal variou entre o valor mínimo de R\$ 99,00 e o valor máximo de R\$ 5.000,00. A maior parte dos chefes de família possuía atividade remunerada (77,6%). As famílias moravam em casa (94,1%), própria, (61,1%), com uma média de 4,35 moradores por domicílio, não pagam por serviços domésticos (95,5%) e utilizam transporte coletivo (89,3%) (tabela 3).



Tabela 3 - Distribuição das características dos responsáveis das crianças acompanhadas nos centros de apoio psicossocial infantojuvenil, de acordo com a classe socioeconômica, chefe de família, escolaridade, renda familiar mensal, valor da renda familiar mensal, atividade remunerada, moradia, número de moradores e situação de moradia, Fortaleza-CE, fevereiro a dezembro, 2012.

Variável	n	%	Média	Desvio padrão
Classificação socioeconômica (n=290)				
B + C	31	10,7		
D + E	259	89,3		
Chefe de família (n=290)*				
Mãe/Pai	228	78,6		
Outros	62	21,4		
Escolaridade (n=283)**				
Ensino fundamental	178	62,9		
Ensino médio/superior	105	37,1		
Renda familiar (n=290)				
Não/ não sabe informar	13	4,5		
Sim	277	95,5		
Valor da renda (n=277)				
≤ ou R\$ 622,00	162	58,5	756,4	33,0
≥ ou R\$ 622,00	115	41,5		
Atividade remunerada (n=290)				
Não	65	22,4		
Sim	225	77,6		
Moradia (n=290)				
Casa	273	94,1		
Barraco/ apartamento	17	5,9		
Número de moradores (n= 290)				
1-4	256	88,3	4,4	0,1
5--12	34	11,7		
Situação moradia (n= 290)***				
Própria	177	61,1		
Alugada/Outros	113	38,9		
Transporte				
Individual	31	10,7		
Coletivo	259	89,3		

\*7informantes eram analfabetos \*\*Entre outros chefes de família informados: tio/tia, avó/avô e madrasta.

\*\*\*Entre as outras situações de moradia informada: emprestada, cedida e sob justiça.

## 5.5 Estado de saúde da criança

Quanto ao estado da saúde da criança, verificou-se que 81,5% (238) das crianças relataram algum problema de saúde e 18,5% (54) não possuíam problema de saúde. Entre os que referiram algum problema de saúde, 46,6% (111) informaram ser problema de saúde mental. Foram identificados 363 casos de transtornos mentais, pois alguns responsáveis referiam mais de um tipo de problema.

Das hipóteses diagnósticas relacionadas aos transtornos mentais, as principais foram: transtornos mentais e de comportamento (44,9%), transtornos de comportamento e transtornos emocionais, que aparecem habitualmente durante a infância ou adolescência (24,2%), e transtornos que não condizem com o diagnóstico (10,5%) (tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição das hipóteses diagnosticada das crianças acompanhadas no centros de apoio psicossocial infantojuvenil, Fortaleza-CE, fevereiro a dezembro, 2012.

CID-10	hipóteses	n	%
F00 - F09	Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos	-	-
F10-F19	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa	-	-
F20-F29	Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes	5	1,4
F30-F39	Transtornos do humor [afetivos]	9	2,5
F40-F48	Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o estresse e transtornos somatoformes	11	3
F50-F59	Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos	-	-
F60-F69	Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto	5	1,4
F70-F79	Retardo mental	17	4,7
F80-F89	Transtornos do desenvolvimento psicológico	27	7,5
F90-F98	Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência	88	24,2
F99	Transtorno mental não especificado	-	-
F00-F99	Transtornos Mentais e de comportamento	163	44,9
Não conduz c/ diag	Não condiz com o diagnóstico CID10, mas mantém relação com doença mental (doença mental, psiquiátrico, biruta, especial, transtorno psíquico)	38	10,5

\*WHO (1993).

## 5.6 Utilizações dos serviços de saúde

Os resultados mostram que a maior parte das crianças que estavam em acompanhamento nos CAPSi foi encaminhada da atenção primária (33,3%), frequenta uma ou mais vezes por mês o CAPSi (69,1%), realiza atividades individuais (88,3%), é acompanhada pelo médico (92,9%), utiliza abordagem terapêutica (44,5%), não é acompanhada em outros serviços (65,4%) e quando acompanhadas em outros locais, predominou a atenção terciária (29,7%).

Tabela 5 – Distribuição das Características dos responsáveis das crianças acompanhadas nos centros de apoio psicossocial infantojuvenil, de acordo com o encaminhamento, frequência no CAPSi, participação em atividades, tipo de atendimento, formas de atendimento, acompanhamento em outros locais. Fortaleza-CE. fevereiro a dezembro, 2012.

Variável	n	%
Encaminhamento (n= 292)		
Atenção Primária	97	33,3
Sistema escolar	65	22,3
Atenção terciária	58	19,8
Demanda espontânea	41	14,0
Assistência social	13	4,4
Atenção secundária	9	3,1
Sistema judiciário	9	3,1
Frequência ao CAPSi (n=292)		
1 vez ou mais por mês	202	69,1
Menos de uma vez por mês	90	30,9
Participação em atividades (n= 522)		
Atividade individual	435	83,3
Atividade em grupo	87	16,7
Tipo de atendimento (n= 793)		
Atendimento médico	271	92,9
Grupo	87	29,8
Terapeuta ocupacional	62	21,3
Atendimento psicológico	102	34,9
Abordagens terapêuticas (n=292)		
Medicamentosa exclusiva	130	44,5
Não medicamentosa exclusiva	34	11,6
Ambos	128	43,8
Acompanha em outros locais (n=292)*		
Não	192	65,4
Sim	100	34,6
Outros locais de acompanhamento (n= 99)		
Atenção terciária	30	29,7
Atenção primária	28	27,8
Atenção secundária	21	21,0
Particular	10	9,9
Escola	10	9,9

\*Um informante não soube informar o outro local em que a criança estava em acompanhamento.

## 5.7 Abordagens terapêuticas das Crianças nos CAPSi em Fortaleza

Foram identificadas três formas de abordagens terapêuticas adotadas CAPSi; abordagem medicamentosa 44,5% (130), abordagem não medicamentosa 11,7% (34) e uma associação das duas abordagens (medicamentosa associada a técnicas psicoterapêuticas) 43,8% (128).

Em relação as abordagens, optou-se por se fazer uma comparação entre a abordagem medicamentosa exclusiva e a não medicamentosa. O estudo avaliou os problemas, as melhoras e o apoio da família ante o tratamento proposto no CAPSi as crianças. A

abordagem medicamentosa revelou melhora (83,1%), não referiu problemas com o tratamento (70,0%) e as famílias apoiam o tratamento criança (92,3%). A abordagem não medicamentosa revelou melhora (58,8%), não sentiram problema (97,1%) e têm o apoio da família (97,1%). Entre as melhoras relatadas estão: mais calmo, sono tranquilo e mais atencioso. Entre os problemas, diarreia e sonolência (tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição das crianças acompanhadas nos centros de apoio psicossocial infantojuvenil, de acordo com as abordagens (medicamentosa e não medicamentosa) adotadas. Fortaleza-CE, fevereiro a dezembro, 2012.

Variável	Abordagens terapêuticas	
	Medicamentosa (n=130) n (%)	Não medicamentosa (n=34) n (%)
<b>Melhora</b>		
Sim	108 (83,1%)	20 (58,8%)
Não	22 (16,9%)	14 (41,2%)
<b>Problema</b>		
Sim	39 (30,0%)	1(2,9%)
Não	91 (70,0%)	33 (97,1%)
<b>Família apoia</b>		
Sim	120 (92,3%)	33 (97,1%)
Não	10 ( 7,7%)	1 (2,9%)

Das 292 crianças que participaram do estudo, 258 (88,3%) usaram medicamentos psicofármacos e 34 (11,6%) não utilizaram. Entre os 351 fármacos utilizados, foram identificados 337 fármacos, com 25 nomes de medicamentos pela Denominação Comum Brasileira - DCB para o tratamento dos transtornos nas crianças; no entanto, 14 (4,8%) dos responsáveis não souberam informar o fármaco que a criança estava utilizando. A média de medicamentos psicofármacos foi de 1,20 medicamento por crianças.

Quase um terço dos princípios ativos não fazem parte do elenco da RENAME, (2010), oito (32%), nem da REMUME, (2012); nove (36%) e apenas três (12%) são considerados seguros para uso em crianças (OMS, 2011).

Os medicamentos foram agrupados conforme a classificação ATC\* e os dez mais prescritos foram: risperidona (20,5%), carbamazepina (17,1%), haloperidol (8,7%), fluoxetina (8,4%), periciazina (7,5%), imipramina (7,2%), metilfenidato (6,6%), valproato de sódio (5,1%), amitriptilina (4,8%), clorpromazina (3,9%) (tabela 7).

Tabela 7 – Distribuição das crianças acompanhadas nos centros de apoio psicossocial infantojuvenil, de acordo com a proporção de utilização dos psicofármacos em relação ao princípio ativo. Fortaleza-CE, fevereiro a dezembro, 2012.

Variável	ATC	n	%
Amitriptilina	N06AA09	16	4,8
Biperideno	N04AA02	6	1,8
Bromazepam	N05BA08	2	0,6
Carbamazepina	N03AF01	57	17,1
Clomipramina	N06AA04	3	0,9
Clonazepam	N03AE01	4	1,2
Clorpromazina	N05AA01	13	3,9
Diazepam	N05BA01	1	0,3
Fenobarbital	N03AA02	1	0,3
Fluoxetina	N06AB03	28	8,4
Haloperidol	N05AD01	29	8,7
Imipramina	N06AA02	24	7,2
Lamotrigina	N03AX09	3	0,9
Levomepromazina	N05AA02	4	1,2
Lorazepam	N05BA06	3	0,9
Metilfenidato	N06BA04	22	6,6
Nortriptilina	N06AA10	1	0,3
Oxcarbamazepina	N03AF02	3	0,9
Periciazina	N05AC02	25	7,5
Risperidona	N05AX08	68	20,5
Sertralina	N06AB06	3	0,9
Sibutramina	N08AA10	1	0,3
Topiramato	N03AX11	3	0,9
Valproato de sódio	N03AG01	17	5,1

\*Unidade de análise = medicamento (N=346).

A maior parte dos responsáveis reconhecem os medicamentos que estavam sendo utilizados pelas crianças (72,7%) e afirmam compreender sobre o uso terapêutico (60,7%), sendo orientados pelos médicos (96,3%). O tempo médio de uso dos psicofármacos foi de 22 meses, variando entre um e 20 meses (60,7%). A maioria das crianças gosta de tomar os medicamentos (60,7%), recebe gratuitamente na rede SUS (54,7%) e, quando falta, os responsáveis compram (56,3%) (tabela 8).

Tabela 8– Distribuição das crianças acompanhadas nos centros de apoio psicossocial infantojuvenil, de acordo com o reconhecimento do medicamento, conhecimento do uso terapêutico, orientação, tempo de uso, gosta de utilizar, forma de aquisição e quando falta. Fortaleza-CE, fevereiro a dezembro, 2012

Variável	n	%	Média	Desvio padrão
Reconhecimento (n=351)				
Não	14	27,3		
Sim	337	72,7		
Conhecimento sobre o uso terapêutico (n=351)				
Não	137	39,3		
Sim	214	60,7		
Quem orientou (n=351)*				
Médico	338	96,3		
Por conta própria	13	3,7		
Tempo de uso (meses) (n=346)**				
1--20	210	60,7	22	1,3
24-120	136	39,3		
Gosta de tomar os medicamentos? (n=351)				
Não	137	39,3		
Sim	214	60,7		
Como adquire o medicamento? (n=351)				
Compra	159	45,3		
Recebe gratuitamente o medicamento	192	54,7		
Quando falta? (n=351)				
Compra	197	56,3		
Nunca Falta	119	33,7		
Fica sem tomar	35	10		

\*Ocorreu uma orientação pelo farmacêutico; \*\*5 pessoas não souberam informar o tempo de utilização dos medicamentos.

## 5.8 Fatores relacionados à utilização de medicamentos

Observou-se que as crianças do sexo masculino registraram maior proporção de uso de medicamentos (72,8%), sendo maior na faixa etária em que foi categorizada a amostra do estudo de três a oito anos (54,6%) e nas crianças que recebiam benefícios sociais (64,5%). As variáveis sexo ( $p=0,084$ ), idade ( $p=0,178$ ) e benefício ( $p=0,215$ ) não indicaram relação estatisticamente significativa quando em comparação ao uso de psicofármaco (tabela 9).

Tabela 9- Distribuição da utilização dos psicofármacos em crianças nos centros de apoio psicossocial infantojuvenil, segundo as características das crianças, Fortaleza-CE, fevereiro a dezembro, 2012.

Variável	Utilização dos psicofármacos						Valor p
	Sim		Não		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Sexo							0,084
Masculino	188	72,8	29	85,3	217	74,3	
Feminino	70	27,2	5	14,7	75	25,7	
Faixa etária							0,178
3-8	141	54,6	22	64,7	163	55,8	
9-12	117	45,4	12	35,3	129	44,2	
Benefício							0,215
Não	91	35,5	15	44,1	106	36,3	
Sim	165	64,5	19	55,9	184	63,7	

Em relação às características dos responsáveis, observou-se que os responsáveis do sexo feminino (92,6%), com idade mais avançada (58,9%), quando o parentesco é de genitores (mãe/pai) (87,5%), estado civil casado (53,5%), concluíram o ensino fundamental (62,3%), católicos (58,9%) e possuem atividade remunerada (55,5%), relacionaram-se ao maior consumo de psicofármacos. As variáveis sexo ( $p=0,084$ ), idade ( $p=0,445$ ), religião ( $p=0,563$ ), estado civil ( $p=0,121$ ), escolaridade ( $p=0,544$ ), parentesco ( $p=0,205$ ) e atividade remunerada ( $p=0,46$ ) não expressaram relação estatisticamente significativa quando em comparação ao uso de psicofármacos (tabela 10).

Tabela 10 – Distribuição da utilização dos psicofármacos em crianças nos centros de apoio psicossocial infantojuvenil, segundo as características dos responsáveis Fortaleza-CE, fevereiro a dezembro, 2012.

Variável	Utilização de psicofármacos						Valor p
	Sim		Não		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Sexo							0,084
Masculino	19	7,4	2	5,9	21	7,2	
Feminino	237	92,6	32	94,1	269	92,8	
Faixa etária							0,445
22-39	143	55,9	20	58,2	163	55,8	
40-78	113	44,1	14	41,2	127	44,2	
Religião							0,563
Católica	151	58,9	20	58,8	171	58,6	
Evangélica/outras	105	41,1	14	41,2	119	41,4	
Estado civil							0,121
Solteiro	119	46,5	20	58,8	139	47,6	
Casado	137	53,5	14	41,2	151	52,4	
Escolaridade							0,544
Fundamental	159	62,3	21	61,8	180	61,6	
Médio/superior	96	37,6	13	38,2	109	38,4	
Parentesco							0,205
Mãe/Pai	224	87,5	32	94,1	256	87,7	
Outros	32	12,5	2	5,9	34	12,3	
Atividade renumerada							0,46
Não	114	44,5	16	47,1	130	44,5	
Sim	142	55,5	18	52,9	160	55,5	

\*Entre os outros parentescos relatados, foram os tios, avós e irmãos.

A utilização dos psicofármacos em crianças foi maior nas crianças cujas famílias pertencem às classes sociais D e E (89,4%), quando o chefe da família são os pais (79,7%), estudaram até o nível fundamental (62,3%), crianças que moravam em casas (94,5%), próprias (58,9%), residem com um a quatro moradores por casas (64,1%), não pagam por serviços domésticos (94,9%) e utilizam transporte coletivo (89,1%).

As variáveis classe social ( $p=0,507$ ), chefe de família ( $p = 0,160$ ), escolaridade ( $p= 0,365$ ), renda familiar ( $p=0,185$ ), valor da renda ( $p=0,341$ ), moradia ( $p= 0,320$ ), transporte ( $p=0,493$ ) e pagamento dos serviços domésticos ( $p=0,191$ ) não demonstraram relação estatisticamente significativa quando em comparação ao uso dos psicofármacos. As variáveis número de moradores ( $p= 0,009$ ) e situação de moradia ( $p=0,035$ ) mostrou-se estatisticamente significativas (tabela 11).

Tabela 11 – Distribuição da utilização dos psicofármacos em crianças nos centros de apoio psicossocial infantojuvenil, segundo as características dos chefes de família. Fortaleza-CE, fevereiro a dezembro, 2012.

Variável	Utilização dos psicofármacos						Valor p
	Sim		Não		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Classe social							0,507
B + C	27	10,5	4	11,8	31	10,7	
D + E	229	89,4	30	88,2	259	89,3	
Chefe de família							0,160
Mãe/Pai	204	79,7	24	70,6	228	78,7	
Outros	52	20,3	10	29,4	62	21,3	
Escolaridade							0,365
Fundamental	159	62,3	21	61,8	178	61,4	
Médio/Superior	96	37,6	13	38,2	105	38,6	
Renda familiar							0,185
Não/não sabe informar	10	3,9	3	8,8	13	4,5	
Sim	246	96,1	31	91,2	277	95,5	
Valor da renda							0,553
≤ R\$ 622,00	144	58,5	18	58,1	162	55,9	
≥ R\$ 622,00	102	41,5	13	41,9	115	44,4	
Atividade renumerada							0,341
Não	56	21,9	9	26,5	65	22,4	
Sim	200	78,1	25	73,5	102	77,6	
Moradia							0,320
Casa	242	94,5	31	91,2	273	94,1	
Barraco/apartamento	14	5,5	3	8,8	17	5,9	



Número de moradores							0,009
1--4	164	64,1	19	55,8	256	88,3	
5--12	92	35,9	15	44,1	34	11,7	
Situação moradia							0,035
Própria	151	58,9	26	76,5	113	38,9	
Aluga/Outros	105	41,1	8	23,5	117	61,1	
Transporte chefe							0,493
Transporte coletivo	228	89,1	31	91,2	259	89,3	
Transporte individual	28	10,9	3	8,8	31	10,7	
Pagamento de serviços domésticos							0,191
Não	243	94,9	34	100,0	277	95,5	
Sim	13	5,1	0	0,0	13	4,5	

Em relação aos serviços de saúde, as características que mais influenciaram na utilização de psicofarmacos nas crianças foram: as crianças que apresentavam queixas de problema de saúde (84,5%), as que não eram acompanhadas em outros locais, atenção secundária, escola e sistema judiciário,(63,2%), as encaminhadas em outros locais (65,9%), que frequentam uma vez ou mais por mês o CAPSi (65,5%), acompanhadas pelos médicos do CAPSi (98,9%), não participam de atividades em grupos terapêuticos (72,9%) e as que não são acompanhamento com o terapeuta ocupacional (81,4%) e psicólogo (68,6%).

As variáveis problemas de saúde ( $p= 0,001$ ), acompanhamento em outros locais ( $p=0,019$ ), frequência ao CAPSi ( $p= 0,0$ ), atendimento médico ( $p=0,001$ ), atendimento psicológico ( $p=0,001$ ), grupo terapêutico ( $p=0,007$ ) e atendimento com o terapeuta ocupacional ( $p= 0,004$ ) foram estatisticamente significantes. A variável encaminhamento não apontou significância estatística ( $p=0,247$ ) (tabela 12)

Tabela 12 – Distribuição da utilização dos psicofármacos em crianças nos centros de apoio psicossocial infantojuvenil, segundo as características dos serviços de saúde Fortaleza-CE, fevereiro a dezembro, 2012.

Variável	Utilização de psicofármacos						Valor p
	Sim		Não		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Problema de saúde							
Não	40	15,5	14	41,2	54	18,5	0,001
Sim	218	84,5	20	58,8	238	81,5	
Acompanha em outros locais							
Não	163	63,2	28	82,3	191	65,4	0,019
Sim	95	36,8	6	17,6	101	34,6	
Encaminhamento*							
Atenção primária	88	34,1	9	26,5	97	33,2	0,247
Outros	170	65,9	25	73,5	195	66,8	

Frequência no Caps							0,000
Uma vez ou mais por mês	169	65,5	33	97,1	202	69,2	
menos de 1 x por mês	89	34,5	1	2,9	90	30,8	
Atendimento médico							0,000
Não	3	1,2	18	52,9	21	7,2	
Sim	255	98,9	16	47,1	271	92,8	
Grupo							0,007
Não	188	72,9	17	50,0	205	70,2	
Sim	70	27,2	17	50,0	87	29,8	
Terapia ocupacional							0,004
Não	210	81,4	20	58,8	230	78,8	
Sim	48	18,6	14	41,2	62	21,2	
Atendimento Psicológico							0,001
Não	177	68,6	13	38,2	190	65,1	
Sim	81	31,4	21	61,8	102	34,9	

### 5.9 – Análises estratificadas dos medicamentos

O cloridrato de fluoxetina foi mais utilizado por crianças do sexo masculino (57,1%) com sete (28,6%) e oito (23,8%) anos de idade e que recebem benefício social (52,4%). A periciazina foi mais prescrita entre os meninos (88,9%), com idade de seis anos (22,2%) e o benefício social não expressou diferença entre as crianças que eram beneficiadas ou não. A imipramina foi mais utilizada entre os meninos (73,7%), na idade de nove e 11 anos (21,1%) e que recebem benefícios (68,4%). A risperidona, também, foi mais prescrita entre os meninos (72,7%), com idade de nove anos (21,8%) e que são beneficiados (70,4%). A carbamazepina foi mais usada entre os meninos (82,2%), nas idades de sete (17,8%) e dez anos (17,8%) e que recebem benefício (61,4%). O metilfenidato também foi mais utilizado entre os meninos (80,0%), na idade de sete anos (26,7%) e que recebem benefícios (60,0%). O haloperidol foi mais utilizado entre os meninos (81,9%), na idade de sete anos (27,3%) e que recebem benefícios (59,1%) (tabela 13).

Tabela 13 – Distribuição das características das crianças acompanhadas nos centros de apoio psicossocial infantojuvenil, de acordo com a proporção de utilização da fluoxetina, periciazina, imipramina, risperidona, carbamazepina, metilfenidato e haloperidol. Fortaleza- CE, fevereiro a dezembro, 2012.

Variável	Psicofármacos							Total
	Fluoxetina	Periciazina	Imipramina	Risperidona	Carbamazepina	Metilfenidato	Haloperidol	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
<b>Sexo</b>								
Masculino	12 (57,1)	16 (88,9)	14 (73,7)	40 (72,7)	37 (82,2)	12 (80,0)	18 (81,9)	149 (76,4)
Feminino	9 (42,8)	2 (11,1)	5 (26,3)	15 (27,3)	8 (17,8)	3 (20,0)	4 (18,2)	46 (23,6)
<b>Idade (anos)</b>								
3	0 (0,0)	1 (5,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,5)
4	0 (0,0)	1 (5,6)	0 (0,0)	6 (10,9)	4 (8,9)	1 (5,6)	0 (0,0)	12 (6,1)
5	2 (9,5)	2 (11,1)	2 (10,5)	5 (9,1)	4 (8,9)	3 (20,0)	2 (9,1)	5 (10,3)
6	1 (4,8)	4 (22,2)	1 (5,3)	4 (7,3)	4 (8,9)	0 (0,0)	1 (4,5)	15 (7,7)
7	6 (28,6)	3 (16,7)	3 (15,8)	6 (10,9)	8 (17,8)	4 (26,7)	5 (22,7)	35 (17,9)
8	5 (23,8)	2 (11,1)	3 (15,8)	5 (9,1)	4 (8,9)	3 (20,0)	6 (27,3)	28 (14,4)
9	1 (4,8)	1 (5,6)	4 (21,1)	12 (21,8)	8 (17,8)	0 (0,0)	3 (13,7)	29 (14,9)
10	2 (9,5)	1 (5,6)	2 (10,5)	9 (16,4)	7 (15,6)	3 (20,0)	1 (4,5)	25 (12,8)
11	2 (9,5)	1 (5,6)	4 (21,1)	4 (7,3)	4 (8,9)	0 (0,0)	4 (18,2)	19 (9,8)
12	2 (9,5)	2 (11,1)	0 (0,0)	4 (7,3)	2 (4,4)	1 (6,7)	0 (0,0)	11 (5,6)
<b>Benefício social</b>								
Não	10 (47,6)	9 (50,0)	6 (31,6)	16 (29,6)	17 (38,6)	6 (40,0)	9 (40,9)	73 (37,8)
Sim	11 (52,4)	9 (50,0)	13 (68,4)	38 (70,4)	27 (61,4)	9 (60,0)	13 (59,1)	120 (62,2)

Em relação a utilização da fluoxetinas pelas crianças, observou-se que foi reconhecido em (85%) dos responsáveis, sendo que (65%) afirmaram conhecer sobre seu uso terapêutico; todos os responsáveis (100%) foram orientados pelo profissional médico que já fazem uso entre um a vinte meses dos medicamentos (80%), adquirem comprando (60,0%) e quando falta, fica sem tomar (57,5%).

A periciazina foi reconhecida em (55,6%) dos responsáveis, que relataram (94,4%) conhecer os efeitos terapêuticos do medicamento, e já utilizavam o fármaco entre um a 20 meses (66,7%) e as crianças gostam de utilizar os medicamentos (83,3%). Os responsáveis recebem gratuitamente em (94,4%) e na falta deixam as crianças sem utilizar (30,0%).

Em relação a imipramina observou-se que (78,9%) reconheceram os medicamentos, afirmaram ter conhecimentos sobre o efeito terapêuticos (78,9%), orientados por médicos (97,7%), já utilizavam no período de um a vinte meses (78,9%), as crianças gosta de tomar a imipramina (63,2%), recebem gratuitamente (78,9%) e na falta ficam sem tomar (52,6%).

A risperidona foi reconhecida em (84,2%) dos responsáveis das crianças, (66,7%) afirmaram conhecer sobre os efeitos terapêuticos do medicamento, sendo orientados pelo médico (96,5%), com um tempo de uso de um a vinte meses (58,9%), onde (63,2%) relataram que as crianças, recebem gratuitamente (68,4%) e na falta fica sem tomar (48,2%).

A carbamazepina foi reconhecida por (76,1%) dos responsáveis, relataram que conheciam sobre os efeitos dos medicamentos (56,5%) dos pacientes, foram orientados pelos médicos (91,3%) e utilizavam o medicamento entre 1 a 20 meses (52,3%). Os responsáveis afirmaram que as crianças gostavam de toma o medicamento (65,2%), recebiam gratuitamente (80,4%) e na falta ficavam sem tomar (56,8%).

O metilfenidato foi reconhecido entre os (100%) dos responsáveis, que (73,3%) afirmaram conhecer sobre os efeitos terapêuticos do medicamento, foi prescrito por médicos (100,0%), que as crianças já utilizavam o medicamento entre um a vinte meses (71,4%). Os responsáveis afirmaram que as crianças gostavam de tomar o medicamento (73,3%), recebem gratuitamente (80,0%) e na falta fica sem tomar (53,3%).

O haloperidol foi reconhecido em (50,0%) dos responsáveis, (63,6%) afirmaram conhecer sobre os efeitos terapêuticos do fármaco (95,5%), as crianças já utilizava o medicamento entre um a vinte meses (63,6%). Os responsáveis relataram que as crianças gostavam de tomar os medicamentos (45,5%), recebem gratuitamente (77,3%) e na falta ficam sem tomar (59,1%) (tabela 14).

Tabela 14 – Distribuição das crianças acompanhadas nos Centros de Apoio Psicossocial Infantojuvenil, de acordo com práticas terapêuticas adotadas em relação a utilização da fluoxetina, periciazina, imipramina, Risperidona, Carbamazepina, Metilfenidato e haloperidol. Fortaleza-CE, fevereiro a dezembro, 2012.

Variável	Psicofármacos n (%)							Total
	Fluoxetina	Periciazina	Imipramina	Risperidona	Carbamazepina	Metilfenidato	Haloperidol	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Reconhecimento								
Não	3 (15,0)	8 (44,4)	4 (21,1)	9 (17,8)	11 (23,9)	0 (0,0)	11(50,0)	46 (23,4)
Sim	17 (85,0)	10(55,6)	15(78,9)	48(84,2)	35(76,1)	15(100,0)	11(50,0)	151(76,6)
Conhecimento sobre o uso terapêutico								
Não	7 (35,0)	4 (22,2)	4 (21,1)	19 (33,3)	20 (43,5)	4 (26,7)	8 (36,4)	66 (33,5)
Sim	13 (65,0)	14 (77,8)	15 (78,9)	38 (66,7)	26 (56,5)	11(73,3)	14 (63,6)	131(66,5)
Quem orientou?								
Médico	20 (100,0)	17 (94,4)	18 (97,7)	55 (96,5)	42 (91,3)	15 (100,0)	21 (95,5)	188 (95,4)
Por conta própria	0 (0,0)	1 (5,6)	1 (5,6)	2 (3,5)	4 (8,7)	0 (0,0)	1(4,5)	9 (4,6)
Tempo de uso em meses?								
1 -- 20	16 (80,0)	12(66,7)	15(78,9)	33(58,9)	23(52,3)	10(71,4)	14(63,6)	123(63,7)
24--120	4(20,0)	6 (33,3)	4(21,1)	23(41,7)	21(47,7)	4(28,6)	8(36,4)	70(36,3)
Gosta de tomar os medicamentos?								
Não	5 (25,0)	3(16,7)	6(31,6)	21(36,8)	16(34,8)	4(26,7)	12(54,5)	67(34,1)
Sim	15(75,0)	15(83,3)	13(68,4)	36(63,2)	30(65,2)	11(73,3)	10(45,5)	130(65,9)
Como adquire o medicamento?								
Compra	12 (60,0)	1(5,6)	4(21,1)	18(31,6)	37(80,4)	3(20,0)	17(77,3)	92(46,7)
Recebe gratuitamente	8(40,0)	17(94,4)	15(78,9)	39(68,4)	9(19,6)	12(80,0)	5(22,7)	105(53,3)
Quando falta?								
Compra	1(5,3)	2(11,1)	2(10,5)	5(8,9)	6(13,7)	0(0,0)	3(13,6)	19(9,8)

Nunca falta	7(36,8)	7(38,9)	7(36,8)	24(42,8)	13(29,5)	7(46,7)	6(27,3)	71(36,8)
Fica sem tomar	11(57,8)	9(50,0)	10(52,6)	27(48,2)	25(56,8)	8(53,3)	13(59,1)	103(53,4)

---

## 6.0 - DISCUSSÃO

O delineamento proposto resultou na obtenção de amostra representativa das crianças acompanhadas nos dois CAPSi de Fortaleza. A amostragem foi aleatória simples, pois garantiu as mesmas características básicas da população-alvo, no que diz respeito às variáveis a serem estudadas, à média, ao desvio-padrão e à variância (ARANGO, 2009). A escolha do estudo transversal decorreu de a pesquisa ter se desenvolvido com base em uma amostra de população específica, que possibilitou descrever as características relacionadas a utilização dos medicamentos (MEDRONIO, 2009). Nos estudos transversais, todas as medições são feitas em “momento” único, não existindo, portanto, período de seguimento das pessoas. Este tipo de estudo é apropriado para descrever características das populações no que diz respeito às variáveis, aos seus padrões de distribuições, e também é empregado para descrever associações entre variáveis (ARANGO, 2009).

O estudo propôs analisar a utilização dos psicofármacos em crianças, com ênfase nas características sociais, demográficas e econômicas da família, tais como faixa etária, escolaridade, renda familiar e aos serviços de saúde. A descrição das características da população foi analisada sob alguns aspectos. Organizou-se em: características das crianças (idade, sexo e benefício), dos responsáveis pelas crianças (sexo, idade, religião, estado civil, parentesco, escolaridade e atividade remunerada), da família (classe social, escolaridade, renda familiar, valor da renda, atividade remunerada, moradia, situação de moradia, pagamento de serviços diaristas e transporte). Nesta dissertação, no entanto, deparou-se com a dificuldade de comparar as variáveis, pois a maioria dos estudos realizado em crianças são populacionais (BÉRIA et al., 1983; BOARDIN; OFFORD, 2000; BRICK; LEONE, 1996; LAURIDSEN; TANAKA, 1999; LIMA et al., 2008; MORAGNO et al., 2006; SANTOS et al., 2009).

Os CAPSi são definidos pela Portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992, do Ministério da Saúde, como unidades locais/regionalizadas. Ante tal definição de CAPSi, o estudo se propôs mapear a amostra estudada, que procura os serviços de saúde mental no contexto da territorialização do Município. Os dois CAPSi infantis no Município de Fortaleza, localizados na SER III e SER IV, são responsáveis pelo atendimento da população infantojuvenil de Fortaleza que necessita de cuidados em saúde mental. A maior parte da população que procura por estes serviços é residente das SER III e SER V. A Secretaria Executiva da Regional V é a segunda mais populosa

de Fortaleza, com 570.000 habitantes, seguida da SER III, com 378.000 habitantes (FORTALEZA, 2012).

Até o momento, a Prefeitura de Fortaleza não disponibiliza informações epidemiológicas sobre a população infantil conforme a SER (FORTALEZA, 2012). A SER VI é a mais populosa, no entanto como geograficamente localiza-se distante dos referidos CAPSi, a procura é menor. A segunda mais populosa é a SER V, a mais procurada, explicada em termos de população e acesso ao CAPSi. A SER III é a terceira mais populosa e possui um serviço de saúde mental infantil na sua localização, favorecendo a procura pelo serviço (FORTALEZA, 2012). A menor distância aos serviços de saúde favorece a maior procura (CASTRO, 2005).

As crianças que mais frequentam os serviços de saúde mental infantojuvenil são do sexo masculino. Este resultado também ocorre em outros CAPSi do País; São Paulo (61,2%) e no Sul (62,8%) (DELFINI et al., 2009; DOMBI-BARBOSA, 2009; HOFFMANN et al., 2008) e no Nordeste, Recife (83,3%) (LOPES et al., 2010). A frequência maior de meninos nos CAPSi pode estar associada aos problemas de externalização que ensejam conflitos com o ambiente e, em geral, são marcados por características de desafio, impulsividade, hiperatividade, agressão e desatenção, enquanto as meninas mostram mais problemas de internalização, relacionados a distúrbios pessoais, como ansiedade, retraimento, depressão e sentimentos de inferioridade (SANTOS et al., 2006). Outro fator que também pode contribuir para a maior procura por parte do sexo masculino é que a maioria dos diagnósticos dos transtornos mentais infantis como os transtornos hipercinéticos, autismo e dislexia são epidemiologicamente mais prevalentes entre meninos do que em meio às meninas (RIBEIRO, 2007).

A média de idade dos participantes desta pesquisa foi de 8,1 anos, menor do que a do estudo realizado em um CAPSi em São Paulo 9,43 anos (DELFINI, 2012) e maior do que a do CAPSi do Recife, onde a faixa etária estava entre 4-5 anos (LOPES et al., 2010). Autores afirmam que a taxa de prevalência dos transtornos mentais na infância tende a aumentar conforme a idade (TANAKA OY; RIBEIRO, 2009). O fato de essa maior prevalência se associar a crianças mais velhas pode estar relacionado à dificuldade dos profissionais de saúde em identificar os primeiros sinais de comprometimento da saúde mental em crianças mais jovens (RIBEIRO, 2007).

A maioria das crianças que frequentam o CAPSi possuem benefícios sociais. O benefício social é importante para que as famílias menos favorecidas possam ter acesso aos



serviços, que têm como um dos entraves para o acesso o custo do transporte dos medicamentos (FALAVINA; CERQUEIRA, 2008). Assim, o benefício social torna-se fator limitante para o acesso das famílias ao CAPSi. A falta do benefício configura o não acesso, força o comprometimento da renda familiar e favorece o abandono do tratamento, o que pode ocasionar o agravamento do estado de saúde e, conseqüentemente, expansão dos gastos com internamentos e atendimento ambulatoriais (ARRAIS et al., 2007).

A maior parte das crianças desta pesquisa estava acompanhada pelas mães, mais jovens, casadas e com menor nível de escolaridade. Esse fato corrobora a realidade do CAPSi no Recife, onde em sua maior parte as crianças são acompanhadas pelas mães (LOPES et al., 2010). Desde o final do século XVIII e no século XIX, com a política higienista, ficou caracterizada a figura feminina como principal cuidadora (DOMBI- BARBOSA et al., 2009).

O nível de escolaridade é uma variável de relevância para os cuidados com a saúde dos filhos. Estudos mostram que as mães de níveis escolares mais elevados têm condições de perceber, prevenir e tratar doenças de suas crianças de maneira mais adequada (HAKKERT, 1669 apud VICTORA et al., 1998).

A maior parte dos responsáveis que acompanham as crianças no CAPSi possui o estado civil de casado. Menezes e Melo (2010) relatam que o início dos distúrbios infantis provém de falhas no desenvolvimento causada por fatores de risco ambientais, sendo um desses fatores a discórdia marital grave. Recursos psicológicos não saudáveis dos seus genitores e a estrutura familiar estressante podem contribuir para o desenvolvimento de resultados negativos nas crianças (HOFFMANN et al., 2008).

A relação entre a situação socioeconômica e os transtornos mentais infantojuvenis é relatada desde os séculos XIX e XX, pois, quando os pacientes eram de origem de famílias pobres ou de baixa renda, eram encaminhados pelo Estado e, muitas vezes, para instituições, como se fossem órfãos ou abandonados (MENEZES; MELO, 2010). Assim, a institucionalização se mostrava como alternativa às famílias pobres, que viam nesse padrão de tratamento uma maneira de seus filhos terem alimentação, segurança e acesso à educação (MENEZES; MELO, 2010).

As precárias condições de vida, no entanto, que normalmente expressam baixa renda da unidade familiar, limitado poder de compra, particularmente dos alimentos e medicamentos, as

precárias condições de saneamento do domicílio e do meio ambiente, refletem também o limitado e desigual acesso aos serviços de saúde (HOFFMANN et al, 2008).

Nesta investigação, as famílias foram classificadas em estrato social o que limitou a possibilidade de fazer comparações com outros trabalhos. A dissertação traz um dado novo e também relevante dos aspectos socioeconômicos das famílias atendidas nos CAPSi. A maior parte das famílias pertence às classes econômicas D e E e os familiares desenvolvem atividade econômica remunerada com salário menor ou igual a R\$622,00. No Estado do Pernambuco, 83,3% das famílias que acompanham suas crianças no CAPSi possuem renda familiar de 1 a 3 salários mínimos (LOPES et al., 2010). A baixa renda está associada a desemprego, analfabetismo, acesso limitado à saúde e à educação e, conseqüentemente, ao crescimento do risco para os problemas de saúde mental, em decorrência das condições de vida adversas e da maior exposição aos fatores de estresse (VITOLLO et al., 2005). Menezes e Melo (2010) garantem que quanto maior o número de moradores, mais se associa à pobreza. Nesta pesquisa, no entanto fica revelado que as famílias com um a quatro moradores por domicílio são as que mais procuram os serviços de saúde mental.

Os motivos de maior procura pelas famílias nos serviços de saúde mental de Fortaleza são os transtornos mentais e de comportamento. Esse resultado corrobora estudo realizado nos CAPSi de várias regiões do país onde prevaleceu também o grupo dos transtornos de comportamento e transtornos emocionais (LOPES et al., 2010; HOFFMANN et al., 2008).

As crianças que expressam queixas de transtornos mentais e de comportamento sob a percepção dos seus responsáveis não sugerem, necessariamente, uma relação com o um aumento de transtornos na infância (RIBEIRO, 2007). Esta percepção muitas vezes pode estar associada a questões culturais ou possíveis falhas nos critérios diagnósticos descritos nos manuais (LOPES et al., 2010). Por outro lado, a maior procura pelos serviços atribuída a estas alterações de comportamentos infantis reflete um aumento da agressividade nas crianças nos dias atuais, bem como a necessidade de uma avaliação mais cuidadosa das crianças nas escolas ou nos serviços de saúde antes de serem encaminhadas para os serviços de saúde mental (RIBEIRO, 2007). Assim, cabe ao profissional apurar o limite que separa sintomas manifestos no desenvolvimento ou que configuram em conjunto um transtorno mental (PONTES; FRAGA, 1997).

No estudo, foi observado que as crianças acompanhadas nos CAPSi de Fortaleza estão sendo encaminhadas, em sua maioria, pela atenção primária e escolas. Já o estudo realizado no

CAPSi de São Paulo revelou que a maior parte dos encaminhamentos procedia por meio do Conselho Tutelar (DELFINI et al., 2009). Esta pesquisa está coerente com o modelo de encaminhamento proposto pelos serviços de saúde, onde a porta de entrada para os serviços de saúde mental é a atenção básica (UNICEF, 2012). Maragno et al. (2009), no entanto, relatam que a identificação de pessoas com transtorno mental na comunidades não é fornecida de maneira sistemática e que há dificuldades em diagnosticá-las, sobretudo na atenção básica. No Estado do Paraná, pesquisa qualitativa nos CAPSi realizada com os profissionais de saúde mental revelou que a demanda de pacientes encaminhados pelas unidades básicas de saúde é grande, ensejando lista de espera, tanto para avaliação psicológica, psiquiátrica e para as oficinas terapêuticas (SCANDOLARA et al., 2009). A OMS (2003) estima que quase 80% dos usuários encaminhados aos profissionais de saúde mental não trazem, a priori, uma demanda específica que justifique a necessidade de uma atenção especializada. Couto et al., (2008) constataram que há uma fragilidade na organização no sistema de saúde em realizar encaminhamentos para os CAPSi e que existem casos de transtornos leves nesse serviço especializado infantil que poderiam ser tratados em nível de unidade básica de saúde.

O Ministério da Saúde (2011) incentivou o desenvolvimento do apoio matricial na saúde mental como estratégia para modular a inserção da saúde mental na atenção básica e aprimorar a rede de saúde nos municípios (BRASIL, 2011). Assim, esta proposta propicia maior consistência na saúde mental com base em discussões clínicas conjuntas com as equipes ou mesmo intervenções conjuntas concretas (consultas, visitas domiciliares, entre outras), qualificando os profissionais e evitando práticas que levam à “psiquiatrização” e à “medicalização” (BRASIL, 2011). Um estudo avaliou, no entanto, a rede de saúde mental na atenção básica em Campinas, SP, e revelou que as equipes possuem dificuldade em trabalhar na proposta do matriciamento e em compreender a proposta desse trabalho (ONOCKO et al., 2005). A responsabilidade dos encaminhamentos deve ser compartilhada para que os CAPS, de um modo geral, possam se dedicar aos pacientes com transtornos graves e persistentes (ONOCKO et al., 2005).

A maior parte dos atendimentos referidos pelos responsáveis nos CAPSi de Fortaleza está centralizada no atendimento individual do médico. Este fato vai de encontro aos princípios da reforma psiquiátrica e definidos pela Portaria nº 224/92 dos CAPS ou expressos na proposta de reforma psiquiátrica, como interdisciplinaridade, flexibilidade e versatilidade nos atendimentos ao paciente (OMS, 2001). Estudo realizado em um CAPS no interior do Estado do Ceará, no entanto, observou-se que as atividades de maior incidência foram as da terapia ocupacional 27,8%

(PONTES; FRAGA, 1997). Esse fato condiz com a falta de uniformidade nas condutas nos CAPSi no Brasil, ensejando a necessidade de ações de supervisão nos serviços de saúde mental.

A proposta terapêutica dos serviços de saúde mental deve assentar-se nos princípios da reforma psiquiátrica, sob o qual o tratamento inclui intervenção farmacológica, psicoterapia e intervenções multidisciplinares (RIBEIRO, 2007). Neste estudo, observou-se o desenvolvimento de três tipos de abordagens - a farmacológica, não farmacológica e as associadas (farmacológica e não farmacológica). A maioria adotada, contudo, é de abordagens farmacológicas.

No estudo relatado, observou-se que a psicoterapia é a abordagem mais utilizada no plano terapêutico das crianças acompanhadas nos CAPSi de Fortaleza. Mesmo esta prática sendo o modo mais imediato e evidente na melhora da qualidade de vida da criança que pode estar sendo acometida por um sofrimento psíquico, os psicofármacos devem fazer parte de um plano racional de medicamentos (TANAKA, RIBEIRO, 2009).

Em sua maior parte, as famílias relataram que percebem melhora nas crianças realizando apenas a abordagem medicamentosa. Entre as melhoras relatadas percebidas pelas famílias, se encontraram: a concentração, melhora no comportamento e sono tranquilo; no entanto, ressalta-se que, mesmo sendo em menor porcentagem, algumas famílias afirmaram que não notam melhora em suas crianças utilizando apenas o medicamento. Em relação aos problemas na utilização do medicamento, a maioria dos responsáveis não observou problema, mas, dos que referiram sentir, foram sonolência, ansiedade e agitação. Os surgimentos de problemas relacionados à terapia medicamentosa são passíveis de ocorrer, pois os fármacos não são isentos de efeitos negativos, podendo produzir consequências no desenvolvimento psicossocial da criança (BORDINI; OFFORD, 2000).

Em relação à abordagem não medicamentosa, apesar de não possuir evidências científicas comprovadas da efetividade terapêutica (LIMA et al., 2008), a maior parte das famílias relata melhora com essa terapia nas crianças. Entre as melhoras relatadas, encontra-se a concentração, o sono tranquilo e a melhora no comportamento. Algumas famílias, porém, revelaram que as crianças tiveram problemas com essa prática. Entre os relatados estão sonolência, agitação e tremor. Essa forma de tratamento não farmacológico favorece maior interação dos profissionais de saúde e usuários nos seus serviços, proporcionando o desenvolvimento de atitudes saudáveis para todos os envolvidos (LIMA et al., 2008). Assim, as abordagens não farmacológicas

dirigidas ao cuidado de usuários e ou famílias com sofrimento mental, proporcionam a busca de maior autonomia para os pacientes (RIBEIRO, 2007). Enquanto isso, a abordagem medicamentosa geralmente está vinculada aos problemas comportamentais e tem o mecanismo de reduzir os sintomas-alvo, como irritabilidade, agressividade e hiperatividade, não permitindo que as crianças possam se beneficiar de outras intervenções não farmacológicas (LOPES et al., 2010).

Do ponto de vista dos responsáveis, observou-se que as famílias apoiam as abordagens terapêuticas das crianças nos CAPSi, independentemente medicamentoso ou não. Este fato é importante, pois a forma como a família se posiciona perante as dificuldades pode influenciar o desenvolvimento do filho, podendo ser um fator potencializador ou limitante das atividades de autocuidado (LOPES et al., 2010). É importante ressaltar que as informações foram obtidas com base na percepção do responsável de que as crianças não possuem ainda nesses serviços capacidade crítica no processo decisório na escolha do seu tratamento, permitindo que o poder desta decisão recaia nos profissionais de saúde e nos responsáveis, permitindo assim o enfraquecimento de vínculos terapêuticos das crianças no CAPSi (ONOCKO et al., 2005)

A proporção da utilização de psicofármacos em crianças, identificada nos CAPSi em Fortaleza, foi 88,4% superior àquela determinada na região do Nordeste do Brasil 48,0% no estudo populacional realizado em Salvador (SANTOS, et al., 2006), em estudos realizados no Sul do Brasil (56,0%), em uma creche na região de São Paulo (37,0%) (BÉRIA et al., 1993; BRICKS; LEONE, 1996) e na Espanha, em crianças menores de 15 anos a prevalência de 25,4% (TORO; MUR; CANTÓ, 2006 ). Alguns aspectos, no entanto, devem ser considerados quanto à comparação com estes resultados. Consta-se que estes estudos se diferenciaram em relação à metodologia; qualitativo ou quantitativos, população estudada; crianças residentes de populações pobres, crianças de escolas ou ainda crianças creches, diferentes faixas etárias; recém-nascidos e em relação aos tipos de medicamentos; analgésicos, antimicrobianos, anti-inflamatórios, estimulantes do apetite. Esta dissertação foi pioneira em expressar a proporção de uso de psicofármacos em crianças nos CAPSi de Fortaleza.

Entre os antipsicóticos, a risperidona e o haloperidol são os mais prescritos em crianças nos CAPSi de Fortaleza. Este fato decorre, pois o haloperidol está contemplado, na LME do Município, de disponibilidade gratuita nos serviços de saúde de Fortaleza (REMUME, 2010). O haloperidol é um medicamento utilizado em crianças por exibir alto índice terapêutico, empregado no tratamento de variados sintomas e distúrbios (BRASIL; BELISARIO FILHO, 2000). Nos casos

em que se tornam refratários aos neurolépticos convencionais, haloperidol é substituído pelo antipsicótico atípico risperidona, como droga de primeira escolha em clientela pediátrica (BRASIL; BELISARIO FILHO, 2000).

Entre os dez mais prescritos, a periciazina e o metilfenidato são os que não estão disponíveis na relação de medicamentos essenciais do Município. O metilfenidato foi pactuado na REMUME de 2010, no entanto, não está disponível nos serviços de saúde. Os pacientes utilizam o recurso próprio para a sua aquisição. O metilfenidato, mesmo não pertencendo à LME seguros em crianças pela OMS (2011), tem sido uma opção por parte dos médicos nos CAPSi de Fortaleza. Estudo de (CAMARGOS; NICOLATO, 2009) também constatou o aumento das prescrições destas anfetaminas em crianças de cinco a nove anos no tratamento de Déficit de Atenção de Hiperatividade (TDA/H). Estudos baseados em evidências favorecem para este aumento de prescrição, ao revelar a superioridade em relação ao placebo, demonstrando uma boa resposta terapêutica no tratamento do TDA/H (ROHDE et al., 2004). Assim, torna o metilfenidato o fármaco de escolha para o tratamento desses transtornos em crianças, tornando-se um dos psicofármaco mais prescritos no Brasil (ROHDE et al., 2000).

Na Espanha, os antidepressivos constituem uma das classes mais prescritas em crianças, seguidos dos ansiolíticos, antipsicóticos e estimulantes (TORO; MUR; CANTÓ, 2006). Nesta investigação, os médicos dos CAPSi de Fortaleza prescrevem fluoxetina, amitriptilina e imipramina para as crianças, destes o único que possui segurança em crianças estabelecida pela OMS (2011), é a fluoxetina. A formulação segura em crianças, porém, não está disponível nos serviços de saúde mental infantil. O uso dos antidepressivos em crianças deve ser monitorado, pois pode ocorrer um aumento da chance de recorrência da sintomatologia maníaca com o uso desse fármaco (BRASIL; BELISARIO FILHO, 2000).

Esses resultados referentes ao uso dos psicofármacos utilizados nas crianças nos CAPSi ocasionam uma necessidade de reflexão sobre as condutas terapêuticas adotadas nos serviços de saúde mental. Será que há busca de um tratamento racional ou de terapia com uma resposta imediata? Nesse sentido, não estaria ensejando uma dependência nessas crianças?

Outro fato que vale a pena ressaltar é que, dos 25 fármacos identificados no estudo, apenas três estão disponíveis nos serviços de saúde mental infantil (haloperidol, clorpromazina e fluoxetina) com as mesmas formulações da LME (OMS, 2011; REMUME, 2010).

Disponibilizam-se, entretanto, na rede saúde mental de Fortaleza, as formas farmacêuticas em soluções da carbamazepina, ácido valproico e fenobarbital utilizadas nas crianças com base nas adaptações das doses de adulto, conforme a literatura (REMUME, 2010; SANTOS; COELHO, 2006). No Brasil, esse fato reflete a escassez de medicamentos desenvolvidos em crianças, favorecendo a prescrição de medicamentos nesta faixa etária (PANDOLFINI; BONATI, 2005).

A maior parte dos responsáveis reconhece o fármaco utilizado pela criança e afirma conhecer as razões das crianças estarem utilizando os medicamentos, sendo orientados pelo profissional médico. Na literatura, foram encontrados estudos nos quais ao se avaliar o conhecimento da prescrição, 50% dos participantes expressaram dúvidas em relação ao nome do medicamento e como utilizá-lo (NETO et al., 2011). Essa divergência no resultado em relação à literatura ocorre porque esta pesquisa ocorreu em um serviço de atendimento mais especializado onde possui uma relação mais próxima médico-paciente e os medicamentos prescritos são de controle especial, regido pela Portaria nº 344/98, que regulamenta o controle do uso dessas substâncias, não favorecendo a automedicação, sendo a maior parte dos tratamentos orientada pelo médico (BRASIL, 1998).

Em relação ao tempo de uso, verificou-se que várias crianças estavam utilizando psicofármacos durante mais de 120 meses. Esse dado revela o emprego crônico de psicofármacos nas crianças nos CAPSi de Fortaleza, pois para Neto et al (2011), a prática de uso de medicamentos por mais de três meses já configura essa cronicidade. Millazo e Perna (2004) asseguram que o aumento de prescrições toma proporções, não apenas em quantidade, mas também na duração do uso, por períodos às vezes maiores do que os preconizados na literatura. A maioria das crianças, segundo os responsáveis, gosta de utilizar seus medicamentos, revelando uma adaptação ou costume na utilização dos fármacos.

A maior parte dos responsáveis adquire medicamentos gratuitamente pelo SUS. Quando falta, no serviço público, contudo, os responsáveis compram. Mesmo sendo alguns disponíveis no SUS, percebeu-se que ainda boa parte da população compra os medicamentos. Esse resultado elevado de aquisição por compra, talvez tenha originado pelos os responsáveis que comprar o metilfenidato para as crianças, medicamento que ainda não disponível nos serviços públicos de saúde mental de Fortaleza.

Esta investigação revela que, mesmo sendo famílias com poucos recursos financeiros, o medicamento é uma das prioridades no orçamento familiar, visto que, mesmo com a falta, a maior parte da população compra esses medicamentos. Sendo estes medicamentos, psicofármacos, a situação torna-se delicada, pois, em Psiquiatria, os sintomas são considerados inespecíficos e os riscos dessa indicação tendem a banalizar o uso desses fármacos com soluções imediatas e não como um recurso possível baseado em uma avaliação de risco-benefício (BRASIL, 2009), favorecendo a dependência do uso dessas substâncias nas crianças.

A psicofarmacologia na infância continua sendo uma área com muitas perguntas não respondidas, mesmo com os progressos das últimas décadas (DALGALARROND, 1995). Um exemplo disso é que os parâmetros usados para decidir tempo de tratamento e necessidade de manutenção ainda são extrapolações dos tratamentos com pacientes adultos (COELHO et al., 2009). Assim, este estudo evidencia uma “medicalização” das crianças que são acompanhadas nos CAPSi de Fortaleza, estimuladas por fatores que devem ser compreendidos e explicados.

Neste experimento acadêmico, identificou alguns fatores que influenciam a utilização dos psicofármacos nas crianças. Entre as variáveis estudadas, as características das crianças, dos responsáveis e dos chefes de família não mostraram significância estatísticas, mas foi importante na influência da utilização dos psicofármacos. As características dos serviços de saúde, no entanto, foram significantes quando relacionadas à utilização dos medicamentos.

O sexo e a idade das crianças dos responsáveis aparecem relacionados à utilização dos medicamentos. O sexo feminino em crianças e dos responsáveis e a idade mais avançada influenciaram em um maior uso de medicamentos. Esses fatores relacionados (sexo e idade) foram observados em diferentes tipos de estudo, crianças e adultos, creches e escolas. Tais achados mostram que o sexo feminino utiliza mais fármacos e aumenta esse consumo conforme a idade, o que é observado tanto na literatura brasileira (ARRAIS, 2007; BÉRIA et al., 1993; BRICKS; LEONE, 1996; SANTOS et al., 2006) como em outros continentes, conforme na Europa (SCHIRM et al, 2000). Em relação à idade, os achados na literatura são variados, pois as faixas etárias abordadas em crianças não seguem um padrão no estudo, dificultando comparações em relação ao uso em crianças. Lopes et al. (2010) asseguram que a idade mais avançada dos responsáveis, associada ao maior uso de medicamentos nas crianças, atribui-se ao grau de saturação da paciência, que diminui com o avançar da idade. Assim, existia tendência a resolver situações de maneira mais objetiva e direta, encontrando como recurso a “medicalização”(LOPES, et al., 2010). O benefício



da criança, apesar de não apontar relação estatisticamente significativa, revelou-se influente na utilização de medicamentos.

Religião, escolaridade e atividades remuneradas dos responsáveis não tiveram diferenças em suas proporções, ao se relacionar a utilização dos psicofármacos nas crianças. Achados na literatura, todavia revelam maior consumo entre evangélicos (LIMA et al., 2009; CABRAL et al., 2001), mas que também não apresentaram significâncias na associação religião e uso de medicamentos. O estado civil casado e o parentesco indicaram importância na associação. A literatura revela que o convívio das crianças em um lar de conflitos conjugais pode produzir ansiedade e inseguranças nos laços familiares, ocasionando impactos biológicos e sociais, favorecendo o adoecimento e, conseqüentemente, a “medicalização” das crianças (RIBEIRO, 2007; ROZENFELD, 1989). A variável parentesco tem importância no que se refere ao cuidador direto das crianças, pois onde mostrou que o fato de que crianças cujos os cuidadores são seus genitores se relacionaram mais ao uso dos medicamentos. A literatura revela que o cuidador domiciliar é um agente decisivo na recuperação e otimização da qualidade de vida, tornando-se promotor do cuidado na saúde da pessoa que necessita, provisória ou permanentemente, o cuidado do outro (COELHO, 2005; ANDRADE, 2009). Esse cuidado, na maioria das vezes, é mais bem executado pelos pais que, desde o nascimento dos seus filhos, já percebem a dependência deles em conseguir a manutenção da saúde (CASTRO, 2001).

Fatores socioeconômicos são características importante, que podem influenciar na utilização de medicamentos (ARRAIS et al., 2007; BERTOLI et al., 2004; LOYOLA et al., 2002). Nesta dissertação, ficou revelado que a utilização dos psicofármacos nas crianças acompanhadas nos CAPSi se relacionaram às famílias pobres, com menor grau de instrução escolar e que moram em casas próprias. A escolaridade e a renda não indicaram diferenças em suas proporções. Em países desenvolvidos, a renda e a classe social não influenciam na utilização de medicamentos (LOYOLA et al., 2005). A escolaridade, no entanto, pode ser importante variável ao descrever o perfil de consumo de medicamentos em crianças. Na Espanha, filhos de pais com maior nível de escolaridade utilizavam menos medicamentos (SANZ et al., 1998). Espera-se que os responsáveis com maior acesso a informações tendam a maior conscientização na utilização racional dos fármacos em suas crianças.

As variáveis relacionadas aos serviços de saúde demonstraram significância estatística, quando relacionada a utilização dos medicamentos. Assim, a presença de problemas de saúde, não

acompanhada em outros serviços, frequentar mais de uma vez ao mês o CAPSi, participar de atendimento médico e não participar de atividades em grupos terapêuticos, acompanhado de psicólogo e terapeutas ocupacionais, são fatores relacionados a um maior uso de medicamentos pelas crianças.

A percepção do estado da saúde não saudável das crianças pelos responsáveis favorece a busca de assistência médica ou opções para melhorar a saúde da criança. A literatura aponta a baixa concordância entre os responsáveis sobre o comportamento das crianças e a variação dos índices de prevalência dos transtornos mentais, sendo que a maior discrepância é da observação direta quando os pais biológicos relatam nos serviços de saúde (RIBEIRO, 2007). Assim, revelam-se que os próprios pais possuem maior incômodo pelo comportamento disfuncional dos filhos, tentando resolver com a “medicalização”. Esse fato corroborou os achados desta pesquisa, pois maioria dos responsáveis medicam as crianças por acreditarem que possuem algum problema de saúde.

O encaminhamento para os serviços de saúde mental revela as dificuldades destes profissionais em outros serviços em reconhecer transtornos mentais, principalmente em demanda infantil (SIMON, 2004). A frequência mais de uma vez ao CAPSi se relaciona diretamente à prescrição de medicamento, pois a maior parte dos medicamentos prescritos no CAPSi é dispensada para 60 dias, configurando que a maior parte dos pacientes voltam aos serviços apenas para renovar a receita, visto que a maior proporção participa do acompanhamento médico e não de atividades terapêuticas em grupo ou de terapia ocupacional. Este fato corrobora a literatura, reafirmando que o atendimento médico está relacionado ao maior consumo de medicamento (ARRAIS, 2007; ONOCKO, 2005). Este fato pode significar a resolução mais fácil de problemas de saúde nas crianças, ocasionado muitas vezes por estresses familiares, de maneira que ainda persiste a cultura curativa em lugar da preventiva (ARRAIS, 2007). Outros estudos em crianças, realizados em populações, também revelaram à associação do atendimento médico a maior “medicalização” em crianças (BÉRIA et al., 1993; BRINCK; LEONE, 1996).

Com base no exposto, percebeu-se que fatores relacionados à utilização de psicofármacos em crianças não é objeto dos estudos brasileiro e internacional, tendo este estudo um punho relevante, ao descrever os fatores de influência da utilização dos psicofármacos em crianças nos CAPSi. Esses dados são importantes, por poderem despertar nos profissionais dos serviços de

saúde mental estratégias de intervenções que possam assegurar às crianças melhor segurança no uso de medicamentos.

## 7 CONCLUSÕES

O presente estudo respondeu às questões iniciais e trouxe subsídios para novas reflexões sobre a reforma da saúde mental infantojuvenil em relação aos aspectos do tratamento. Também apontou informações a fim de se poder subsidiar estratégias que possibilitem o uso racional dos psicofármacos em crianças, promovendo saúde e bem-estar a esta e às famílias acompanhadas nos CAPSi.

A maior parte das crianças acompanhadas nos CAPSi de Fortaleza reside nas SER V e III, são do sexo masculino, com média de idade de 8,1 anos e recebem benefícios. Os responsáveis por estas crianças são mães jovens, católicas, casadas, que estudaram até o nível fundamental e possuíam atividades remuneradas. As crianças pertencem às famílias pobres que sobrevivem com uma renda familiar menor ou igual a R\$ 622,00, moram em casas próprias, onde convivem com um a quatro moradores por domicílio.

A maior procura pelos serviços de saúde mental por parte as mães decorre de queixas de transtornos de comportamentos e transtornos emocionais das crianças encaminhadas, muitas vezes, da atenção primária. Estas, normalmente, frequentam os serviços de saúde mental uma vez ou menos por mês, e nos seus projetos terapêuticos estão mais envolvidas com as atividades individuais, principalmente os atendimentos médicos, realizados como recurso terapêutico, principalmente, o medicamento. As famílias afirmam que as crianças melhoram com a abordagem medicamentosa e não referem problemas. Mesmo em menor proporção foram identificadas crianças que faziam tratamento com abordagens não medicamentosas e as famílias percebem melhoras nas práticas psicoterapêuticas e não relataram problemas. As famílias apoiam o projeto terapêutico instituído pelos CAPSi em suas crianças.

A maior parte das crianças utiliza medicamentos nos CAPSi, sendo a média de utilização dos psicofármacos 1,20 medicamento por criança. Entre os mais utilizados, estão: risperidona, carbamazepina, haloperidol, fluoxetina, periciazina, imipramina, metilfenidato, valproato de sódio, amitriptilina e clorpromazina. Os responsáveis relataram que reconhecem esses medicamentos e seu uso terapêutico, sendo o principal orientador o médico. As crianças gostam de

utilizá-los. Estas já fazem uso dos medicamentos há 22 meses e os responsáveis recebem gratuitamente o tratamento e, na falta, realizam a compra.

A utilização dos psicofármacos nos CAPSi de Fortaleza é elevada, em relação a outros estudos que revelaram a prevalência de utilização em outras classes de medicamentos (antimicrobianos, anti-inflamatórios) ou em outros tipos de estudos (populacionais). Esta pesquisa foi uma das primeiras iniciativas de avaliar a proporção de uso especificamente de psicofármacos em crianças no CAPSi. Foram identificadas como possível fator a utilização dos psicofármacos nos CAPSi, mas que não se mostrou estatisticamente significativa as seguintes: crianças do sexo feminino, com idade mais avançada, que recebem benefícios, sendo o responsável outro familiar (tios, irmãos ou avô), do sexo masculino, mais velho, casado, que possui renda familiar, economicamente pobre, com renda familiar menor ou igual a R\$ 622,00, que mora em casa, paga por serviços domésticos, possui transporte individual; as crianças são acompanhadas também em outros serviços e as que foram encaminhadas da atenção primária. Entre os fatores que influenciaram na utilização dos psicofármacos e se expressam como estatisticamente significantes- a situação de moradia (alugada), o número de moradores (1 a 4), relataram problema de saúde, frequentaram os CAPSi menos de uma vez por mês, realizam acompanhamento médico e não participam das atividades em grupos terapêuticos, atendimento psicológico e com terapeuta ocupacional.

A proporção elevada das prescrições de psicofármacos nos CAPSi de Fortaleza é preocupante, visto que em sua maior parte os medicamentos disponíveis na rede saúde mental não são adequados para uso em crianças, e mesmo os que são disponíveis em formulações líquidas, necessitam de uma orientação, para que a exposição a esses medicamentos não ocasione riscos e, no caso específico dos psicofármacos, a dependência em crianças.

O acesso aos medicamentos não deve ficar centrado apenas na distribuição, mas sim promover também ações de uso adequado, por meio de serviços farmacêuticos que possam favorecer o uso racional dos psicofármacos. Intervenções farmacêuticas na saúde mental infantil constituem um desafio, mas espera-se que a veiculação desta temática incite os profissionais farmacêuticos ao conhecimento e qualificações de ações na saúde mental infantil.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, J. M. C. Estratégias de cooperación técnica de La Organización Panamericana de La Salud em La nueva fase se La reforma de los serviços de salud mental em América Latina y El Caribe. **Rev. Panam Salud Pública**, v.18, n. 5, p. 314-326, 2005.
- ALMEIDA FILHO, N. Estudo de prevalência de desordens mentais na infância em uma zona urbana de Salvador. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 31, p. 225-36, 1982.
- APARICIO, E. M. Psicofármacos en niños y adolescentes: Revisión y Situación actual. **Revista de la asociación española de neuropsiquiatria**, v. 2, n. 95, p. 141-150, Juli/Sept. 2005.
- APA. Referências rápida aos critérios diagnósticos do DSM-IV-TR. Porto Alegre: Artmed;2003.
- AQUINO, D. S. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, Sup, p. 733-736, 2008.
- ARANGO, H. G. **Bioestatística: teoria e computacional**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
- ARRAIS, P. S. D.; BARRETO, M. L.; COELHO, H. L. L. Aspectos dos processos de prescrição e dispensação de medicamentos na percepção do paciente: estudo de base populacional em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n. 4, p.927-937, abr. 2007.
- BAHLS, S. C. Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. **Jornal de pediatria**, v. 78, n. 5, 2002.
- BERIA, J. U.; VICTORA, C. G.; BARROS, F. C.; TEIXEIRA, A. B.; LOMBARDI, C. Epidemiologia do consumo de medicamentos em crianças de centro urbano da região sul do Brasil. **Revista Saúde Pública**, v. 27, n. 2, p. 95-104, 1993.
- BERTOLI, A. D.; BARROS, A. J.; HALLAL, P. C.; LIMA, R. C. Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. **Revista de saúde Pública**, v.32, n. 8, p. 228-238, 2004.
- BOARDIN, I. A. S.; OFFORDB, D. R. Transtorno da conduta e comportamento anti-social. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22 (Suplemento II), p. 12-5, 2000.
- BRASIL. Heloisa Helena A.; BELISARIO FILHO. Psicofarmacoterapia. **Rev. Bras. Psiquiatr.** v. 22, (Supl. 2), p. 42-47, 2000. ISSN 1516-4446. [online].
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Mental. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM 224/1992. Disponível em: <[http://www.bvms.saude.gov/bvs/publicacoes/legislacao\\_mental.pdf](http://www.bvms.saude.gov/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf).2002>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM 336/2002. Disponível em: <[http://www.bvms.saude.gov/bvs/publicacoes/legislacao\\_mental.pdf](http://www.bvms.saude.gov/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf).2002>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM 344/ 1998. Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Disponível em: [www. Saúde.ce.gov.br](http://www.saude.ce.gov.br). acesso em 15 de set de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPE.S. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados - 9, Ano VI, nº 9, julho de 2011. Brasília, 2011. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 21p. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br> e [www.saude.gov.br/bvs/saudemental](http://www.saude.gov.br/bvs/saudemental)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados - 10, Ano VII, nº 10, março de 2012. Brasília, 2012. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 28p. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br> e [www.saude.gov.br/bvs/saudemental](http://www.saude.gov.br/bvs/saudemental)>.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil. Série B. Textos Básicos em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 76 p.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretária de Ciências, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário Terapêutico Nacional 2008: Rename 2006/. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretária de Ciências, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário Terapêutico Nacional 2010: Rename 2008/. Brasília: Ministério da Saúde, 2010

BRASIL. Ministério da saúde. Secretária de Ciências, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Rename/ 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretária de Ciências, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação nacional de Medicamentos Essenciais: Rename/ 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretária de ciências, tecnologia e insumos estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e insumos estratégicos. Relação nacional de medicamentos essenciais: Rename/ 8. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde Mental. Relatório final da IV conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação do SUS (DATASUS). Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 29 set. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS)/Coordenação de Saúde Mental. 2006. Disponível em: [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br). Acesso em: 11 de julho de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916 de 30 de outubro de 1998. Política Nacional de Medicamentos. Disponível em: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br). Acesso em 15 de abr 2010.

BRICKS, L. F.; LEONE, C. Utilização de medicamentos por crianças atendidas em creches. Use of medicines by children attending nursery schools. **Revista de Saúde Pública**, v. 30, n. 6, p. 527-35, 1996.

BURN, B.; HOAGWOOD, K.; MRAZEK, P. Effective treatment for mental disorders in children and adolescents. **Clinical Child and Family psychology review**, v. 2, n. 4, 1999.

CABRAL, E.; SAWAYA, S. M. Concepção e atuação profissional diante das queixas escolares: os psicólogos e psicólogas nos serviços públicos de saúde. **Estudos de psicologia**, v. 6, n. 2, p. 143-155, 2001.

CAMARGOS, J. R.; NICOLATO, W. R. Características das prescrições no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. **Jornal Brasileiro de psiquiatria**, v. 58, n. 3, p.195-199, 2009.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde paidéia**. Cidade: HUCITEC, 2005.

CASTILHO, A. R. G. L.; RECONDO, R. Fernando; MANFRO, G. Transtorno de ansiedade. **Revista brasileira de psiquiatria**, v. 22, (Supl. II), p. 20-3, 2000.

CASTRO, L. F. e Col. Variabilidad de la prescripción farmacêutica de Castilha La Mancha. **Rev. ESP Salud Pública**, v. 79, p. 551-558, 2005.

CASTRO, L. L. C. **Fundamentos de Farmacoepidemiologia**. Campo Grande: GRUPURAM, 2001.

CEARÁ (Estado). Secretaria Estadual de Saúde. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/capsceara.php>>. Acesso em: 29 set. 2012.

CHAVES, G. C. et al. Indicadores de uso racional de medicamentos a acesso a medicamentos: um estudo de caso. **Revista Brasileira de Farmácia**, v. 86, n. 3, p. 97-103, 2005.

CHIAVERINI, Dulce Helena et al. (Org.). **Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

CHILE. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Pública. Disponível em: <<http://www.supersalud.gob.cl/difusion/572/w3-article-619.html>>.

COELHO, Maria José. Maneiras de cuidar em enfermagem. **Rev. Bras. Enferm**, nov./dez. v. 5, n. 6, p. 745-751, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672006000600005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000600005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 14 maio 2012.



CONILL, E. M. Sistemas comparados de saúde. In: CAMPOS, Nome et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. Cidade: HUCITEC/FIOCRUZ, 2008.

COSGROVE, L.; KRIMSKY, S. A Comparison of DSM-IV and DSM-5 Panel Members' Financial Associations with Industry: A Pernicious Problem Persists. **PLoS Med**, v. 9, n. 3), p. 100-190. Disponível em: <<http://journal.pmed.1001190>>. Acesso em: 10 set. 2012.

COSTA, K. S.; BARROS, M. B. A.; FRANSCISCO, P. M. S. B.; GOLDBAUM, M.; CARANDINA, L. Utilização de medicamentos e fatores associados: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 649-658, abr. 2011.

COSTA, P. Q.; REY, L. C.; COELHO, H. L. L. Lack of drug preparations for use in children in Brazil. **Jornal Pediatria**, Rio Janeiro, v. 85, n. 3, p. 229-235, 2009.

COUTO, M. C. V.; DUARTE, C.; DELGADO, P. G. G. A Saúde mental infantil na saúde pública brasileira: situação atual e desafios. **Revista brasilirabreleira de psiquiatria**, v. 30, n. 4, p. 390-398, 2008.

DALGALARRONDO P. **Civilização e loucura**: uma introdução à história da etno psiquiatria. São Paulo: Lemos editora,; 1995.

DELFINI, P. S. S. Perfil dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil da Grande São Paulo. **Revista Crescimento Desenvolvimento Humano**, v. 19, n. 2, p. 226-236, 2009.

DOMBI-BARBOSA, Caroline et al. Condutas terapêuticas de atenção às famílias da população infantojuvenilinfanto-juvenil atendida nos centros de atenção psicossocial infantojuvenisinfanto-juvenis (CAPSI) do estado de São Paulo. **Rev. Bras. Crescimento desenvolv. hum.** [online]. v. 19, n. 2, p. 262-268, 2009. ISSN 0104-1282.

DOS SANTOS, D. B.; BARRETO, M. L.; COELHO, H. L. L. Utilização de medicamentos e fatores associados entre crianças residentes em áreas pobres. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 5, p. 768-78, 2009.

FALAVINA, O. P.; CERQUEIRA, M. B. Saúde mental infanto-juvenil: Usuários e suas trajetórias de acessos aos serviços de saúde. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 10, n. 1, p. 34-46, 2008.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Ensinando a cuidar em Saúde Pública**. Yendis, 2005

FORTALEZA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de desenvolvimento social núcleo de assistência farmacêutica. Relação municipal de medicamentos essenciais. Fortaleza, 1998

FORTALEZA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de desenvolvimento social núcleo de assistência farmacêutica. Relação municipal de medicamentos essenciais da saúde mental. Fortaleza, 2012.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em: <[http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=37&Itemid=75](http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=37&Itemid=75)>. Acesso em: 15 dez. 2012.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/Censos/Censo\\_Demografico\\_2010/Resultados\\_do\\_Universo/tabelas\\_pdf/tab1.pdf](http://www.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Resultados_do_Universo/tabelas_pdf/tab1.pdf)>. Acesso em: 6 jun. 2012.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA INFÂNCIA. **Crianças em um mundo urbano. Relatório Situação Mundial da Infância**. New York, 2012.

FURTADO, J. P.; ONOCKO-CAMPOS, R. A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. **Revista Latinoamericana Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental**, v. 8, n. 1, p. 109-122, mar. 2005.

GALATO, D. et al. A dispensação de medicamentos: uma reflexão sobre o processo para prevenção, identificação e resolução de problemas relacionados à farmacoterapia. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 44, n. 3, jul./set. 2008.

GAMA, C. S.; SOUZA, C. M.; LOBATO, M. I.; ABREU, P. S. B. Relato do uso de Clozapina em 56 pacientes hospitalizados pelo Programa de Atenção à esquizofrenia refratária da Secretaria de Saúde e do Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de psiquiatria**, v. 26, n. 1, p. 21-28, jan./abr. 2004.

GARERI, P.; FAZIO, P.; FAZIO, S.; MARIGLIANO, N.; IBBADU, G. F.; SARRO, G. Adverse effects of Atypical Antipsychotics in the Elderly. **Drugs agin.**, v. 23, n. 12, p. 937-956, 2006.

GOODMAN, R.; MULLICK, M. S. I. The prevalence of psychiatric disorders among 5-10 year olds in rural, urban and slem areas in Bangladesh. **Soc. Psychiatry epidemiol**, v. 40, p. 663-671, 2005.

HIGGINBOTHAM, N.;STREINER, D. L. The social science contribution to pharmacopidemiology. **J. clin epidemiol.**, v. 44, Suppl. 2, p. 735-825, 1991.

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

LAURIDSEN, E. P. P.; TANAKA, O. **Morbidade referida e busca de ajuda nos transtornos mentais na infância e adolescência**. v. 33, n. 6, p. 586-592, 1999.

LEFÈVRE, F. **O medicamento como mercadoria simbólica**. São Paulo: Cortez, 1991.

LIMA, M. C. P; MENEZES, P. R.; CARANDINA, L.; CÉSAR, C. L. G.; AZEVEDO, M. B.; GOLDBAUM, M. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto nas condições socioeconômicas. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, 4, p. 717-23, 2008.

LOPES, C. M. B.; FACUNDES; NÓBRGA, K. B. G. Perfil e desempenho funcional das crianças com transtornos invasivos do desenvolvimento atendidas em um centro de atenção psicossocial infanto-juvenil da cidade de Recife. **Neurobiologia**, v.73, n. 4, out./dez. 2010.

MARAZINA, I. V. **A saúde mental pública na América Latina. Estudo comparativo dos sistemas de saúde mental de Argentina e Brasil**. 2011. Tese (Doutorado em \_\_\_\_\_) – Saúde Coletiva, 2011.

MARTÍNEZ, V. J. Consumo de medicamento. In: \_\_\_\_\_. **Uso racional de los medicamentos**. Madri: Farmaindústria, 1993, p. 101-112.

MASI, G. **Pharmacotherapy of pervasive developmental disorders in children and adolescents CNS Drugs**, v. 8, n. 14, p. 1031-52, 2004.

MEDRONHO, R. A. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2009.

MENEZES, T. T.; MELO V. J. O pediatra e a percepção dos transtornos mentais na infância e adolescência. **Revista adolescente & Saúde**, v. 7, n. 3, jul. 2010.

MILAZZO, J. D.; D.; PERNA, A. M. Analisis descriptivo de las prescripciones de psicofármacos psicofármacos em uma populación de la ciudad de Mar del Plata. Período Febrero 2000 a Febrero 2001. Acta Farm. **Bonarense**, Argentina, v. 23, n. 2, p. 220-225, 2004.

MORAGNO, L.; GALDBAUM, M.; GIANINI, R. J.; NOVAES, H. M. D.; CESAR, C. L. G. Prevalência dos transtornos mentais comuns em população atendidas pelo programa de saúde da família (QUALIS) no município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1631-1648, ago. 2009.

MORETTO, C. C.; CONEJO, S. P.; TERZIS, A. O atendimento em uma instituição de saúde mental infantil. **Revista Nesme**, v. 1, n. 5, p. 1-99, 2008.

NETO, J. A. C.; SIRIMARCO, M. T.; DELGADO, J. A.; LIMA, W. G.; GAVUOLI, A. N.; ALMEIDA, M. E. M. Consumo crônico de medicamentos pela população de Juiz de Fora/MG. **Revista médica Minas Gerais**, v. 21, n. 4, p. 422-432, 2011.

OENNING, D.; OLIVEIRA, B. V.; BLATT, C. R. Conhecimento dos pacientes sobre os medicamentos prescritos após consulta médica e dispensação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3277-3283, 2011.

OFFORDB, D. R.; BOARDIN, I. A. S. Transtorno da conduta e comportamento anti-social. **Revista brasileira de psiquiatria**, v. 22, Supl. II, p. 12-5, 2000.

ONOCKO CAMPOS, Rosana. **Pesquisa avaliativa de uma rede de centro de Atenção Psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental**. (Edital MTC-CNPQ/MS-ScTIE-DECIT/CT-Saúde-n. 07/2005).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **The Anatomical therapeutic chemical classification system with defined daily doses (ATC/DDD)**. 2008. Disponível em: <<http://www.mt/classifications/atcdd/>>. Acesso em: 20 mar. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **The selection and use of essential medicines.** Geneva. 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Guidelines for ATC classification.** Oslo: WHO/Nordic Council on Medicines, 1990.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Livro de recursos da OMS, direitos humanos e legislação. Cuidar, sim – Excluir, não. Genebra, 2005, 257 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Organização Pan-Americana de Saúde. **Relatório sobre a saúde no mundo, 2001:** saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2001.

PANDOLFINI, C.; BONATI, M. A literature review on off-label drug use in children. **Eur. J. Pediatr.**, v. 164, n. 9, p. 552-558, 2005.

PASSOS, E.; BENEVIDES, R. clínica e política na experiência do contemporâneo. **Psicologia clínica**, v. 13n. 1, p. 89-100, 2001.

PONTES, P. A. R.; FRAGA, M. N. Reforma psiquiátrica no Ceará: Descrição de um caso. **Rev.latino-amAm.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, número especial, p. 45-50, maio 1997.

PATEL, W; FLISHER, A; HETRICK, S; MCGORRY, P. Mental health of young people: a global public-health. **Lancet**. Vol 369. P.1302-13, 2007.

RELATÓRIO DE DESENVOLVIMENTO HUMANO. **A verdadeira riqueza das Nações: vias para o desenvolvimento humano.** 20. ed. 2010.

RIBEIRO, M. S. **Ferramentas para descomplicar a atenção básica em saúde mental.** UFJF, 2007. 296 p.

ROHDE, L. A.; HALPERN, R. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: Atualização. **Jornal de pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, Supl. 2, 2004. S61-S70.

ROHDE, Luis Augusto; BARBOSA, Genário; TRAMONTINA, Silzá; POLANCZYK, Guilherme. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. **Rev. Bras. Psiquiatr.** [online], vol. 22, Supl.2, p. 7-11, 2000. ISSN 1516-4446.

ROZENFELD, S. O uso de medicamentos no Brasil. In: LAPORTE, J. R.; TOGNONI, G.; ROZENFELD, S. (Org.). **Epidemiologia do medicamento:** Princípios gerais. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1989.

SANTOS, D. B.; BARRETO, M. L.; COELHO, H. L. L. Utilização de medicamentos e fatores associados entre crianças residentes em áreas pobres. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 5, p. 768-78, 2009.

SANTOS, D. B.; COELHO, H. L. L. Adverse drug reactions in hospitalized children in Fortaleza, Brazil. **Pharmacoepidemiol. Drug Saf.**, v. 15, n. 9, p. 635-640, 2006.

SANZ, E. J. Drug prescribing for children in general practice. **Acta Paediatrica**, v. 87, n. 5, p. 489-90, 1998.

SCANDOLARA, A. S.; ROCKENBACH, A.; SGARBOSSA, E. A.; LINKE, L. R.; TONINI, N. S. Avaliação do centro de atenção psicossocial infantil de Cascavel- PR. **Psicologia & Saúde**, v. 21, n. 3, p. 334-342, 2009.

SCHIRM, E.; VAN, D. B. P.; BERG, L.; VAN., D. B. Drug use on children in the community assessed through pharmacy dispensing data. **British journal of clinical pharmacology**, v. 50, n. 5, p. 473-8, 2000.

SIMON, G. E.; FLECK, M.; LUCAS, R.; BUSHNELL, D. M. Prevalence and predictors of depression treatment in an international primary care study. **Am J PSyc.**, v. 61, p. 1626-1634, 2004.

SCHATZBERG, AF, COLE JO, D. Manual de Psicofarmacologia Clínica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004  
STEINHAUSEN, H. C. et al. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders: the Zurich Epidemiological Study. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 92, p. 262-271, 1998.

STEINHAUSEN, H. C. et al. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders: the Zurich Epidemiological Study. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 92, p. 262-271, 1998.

STORPIRTIS, S.; MORI, A. L. P. M.; YOCHIY, A.; RIBEIRO, E.; PORTA, V. **Farmácia Clínica e atenção farmacêutica**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

TANAKA, O. Y.; RIBEIRO E. L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 477-486, 2009.

TEIXEIRA, A. C. A. **Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão e seus determinantes em pacientes de ambulatório**. 1999. Dissertação (Mestrado em \_\_\_\_\_) – Departamento de Saúde Comunitária, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1999.

TORO, J.; MUR, M.; CANTÓ, T. Psychiatric treatments for children and adolescents preferred by Spanish psychiatrists. **European. J. Psychiatric**, v. 20, n. 4, p. 231-241, 2006.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. **The State of the World's Children**. 2011. Disponível em: <<http://www.unicef.org/publications>>.

VICTORA, C. G. et al. **Epidemiologia da desigualdade**. São Paulo: Hucitec, 1998. 186 p.

VIEIRA, F. S. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 1, p. 213-220, 2007.

VIEIRA, F. S. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 1, p. 213-220, 2007.

VITOLO, Y. L. C.; FLEITLICH-BILYK, B.; GOODMAN, R.; BORDIN, I. A. S. Crenças e atitudes educativas dos pais e problemas de saúde mental em escolares. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 5, p. 716-24, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Diretrizes diagnósticas e de tratamento para transtornos mentais em cuidados primários**. Porto Alegre: Artes Médica; 1998.

WHO MODEL FORMULARY FOR CHILDREN. 2010. **Based on the second model list essential medicines for children**. 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Model List of essential Medicines for children**. 3rd list. March, 2011.

WHO. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições e Diretrizes Diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médica;1993.

ZITO, J. M. American Society of Clinical Psychopharmacology: Pharmacoepidemiology: recent findings and challenges for child and adolescent psychopharmacology. **Journal of Clinical Psychiatry**., Memphis, v. 68, p. 966-967, 2007.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS  
**UTILIZAÇÃO DE PSICOFÁRMACOS EM CRIANÇAS NOS CENTROS DE APÓIO PSICOSSOCIAL  
INFANTO-JUVENIL DE FORTALEZA**

DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_

Prontuário: \_\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_

Qual é o CAPSI? ( ) 1= CAPSI Delmiro de Farias ( ) 2= CAPSI Albert Sabin

<b>Parte I – Avaliação dos dados da criança</b>	
- Nome da Criança: _____	NOMECRI
- Sexo: 1. Masculino 2. Feminino	SEXOCRI
- Data do Nascimento: ___/___/___ Idade: _____ (anos)	NASCCRI
- Data de admissão da criança no capsi? ___/___/___	ADMCRI
- A criança faz uso de algum medicamento? 1. Sim 2. Não	USOCRI
- Você é o responsável pela criança? 1. Sim 2. Não 3. Institucionalizada, se 3 pular para parte II	RESPCRI
- Se não, quem é? _____	QUECRI
- Por que a pessoa não veio acompanhar a criança no CAPSI? _____	NAOACRI

<b>Parte II – Preenchimento se a criança for institucionalizada</b>	
1 Qual a instituição? 1. Casa do menor 2. Abrigo Domiciliar Clodoaldo Martins 9, Outro _____ Tel: _____	INSCRI
2. Qual o tipo dessa instituição? 1. ONG 2. Particular 3 Pública 4. Beneficente, 9. outro, _____	TIPOCRI
2. Quanto tempo está nesta instituição? _____	TEMPOCRI
2 Quem cuida da criança na instituição? _____	CUIDACRI
3. A criança recebe algum benefício na instituição? . Sem benefício 2. Bolsa família 3. Vale gás	BENINSTOCRI
4. Pensão 4. Aposentadoria 5. Bolsa escola 9. Outro, _____ --	
<b>Criança institucionalizada pular a parte III e IV</b>	

<b>Parte III - características socioeconômicas do responsável pela criança</b>	
5. Qual o seu nome? _____ Tel: _____	NOME RESP
6 Qual a sua idade? _____	IDADERESP
7. Sexo: 1. Masculino 2. Feminino	SEXORESP
8. Qual a sua religião? 1. Católico 2. Evangélico 3. Espirita 4. Umbanda 5. Candomblé	RELIRESP
6. Mórmos 7. Não determinada 8. pentecostal 9. Outros, _____	
9. Estado Civil: 1. Solteiro, 2. Casado; 3. Viúvo; 4. Divorciado 5. União estável	CIVILRESP
10. Qual Bairro que você mora? _____ SER: _____	BAIRRESP
11. Até que série você estudou? _____	ESCOLARESP
12. O que você faz para ganhar dinheiro? 1. trabalhador autônomo; 2. trabalhador com vínculo empregatício; 3. do lar; 4. aposentado; 5. desempregado; 6. auxílio doença; 9. Outro _____	DINHEIRESP
13. Qual o seu grau de parentesco com a criança? 1. Mãe/Pai 2. Avó/Avô 3. Tio/Tia 4. Irmão/irmã 9. Outro, _____	PARENTESCO RESP
14. Quem cuida da criança em casa? 1. Mãe/Pai 2. Avó/Avô 3. Tio/Tia 4. Irmão/irmã 9. Outro, _____	CUIDADRESP
15. A criança recebe algum benefício? 1. Sem benefício 2. Bolsa família 3. Vale gás 4. Pensão 4. Aposentadoria 5. Bolsa escola. 9. Outro, _____ --	BENEFICRI

<b>Parte IV - Critérios para avaliação da classe econômica chefe de família</b>	
16. Quem paga as contas em casa? 1. Mãe/Pai 2. Avó/Avô 3. Tio/Tia 9. Outro, _____	CONTCHEFE







<p><b>Ao realizar esse tratamento no Caps i, o criança já sentiu...</b></p> <p>TRATAMENTO MEDICAMENTOSO</p>	<p><b>Algum Problema?</b></p> <p>1. Sim    2. Não</p> <p><b>Em caso positivo, qual?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sonolência</li> <li>2. Ansiedade</li> <li>3. Agitação</li> <li>4. Dificuldade de deglutição</li> <li>5. Dormência nas pernas</li> <li>6. Tremor</li> <li>7. Ficou babado</li> <li>8. Defeca fácil</li> <li>9. Nenhum problema</li> <li>10. Outros:</li> <li>11. insônia</li> </ol>	<p><b>Alguma melhora?</b></p> <p>1. Sim    2. Não</p> <p><b>Em caso positivo, qual?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. A Concentração</li> <li>2. Sono tranqüilo</li> <li>3. Obediente</li> <li>4. Mais calmo</li> <li>5. Melhora da depressão</li> <li>6. O aprendizado</li> <li>7. Mais sociável</li> <li>8. Melhora do comportamento</li> <li>9. Diminui a agressividade</li> <li>10. Diminuiu as convulsões</li> <li>11. Parou de chorar</li> <li>12. Outros:</li> </ol>	<p><b>A família apóia esse tratamento?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sim</li> <li>2. Não</li> <li>3. Alguns sim</li> <li>4. Não sabe informar</li> <li>5. Outros</li> </ol>	<p><b>Por quanto tempo fará esse tratamento?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Não sabe</li> <li>2. Indefinido</li> <li>3. Dependerá do efeito</li> <li>4. Até quando melhorar</li> <li>5. O resto da vida</li> <li>6. Outros:</li> </ol>
<p>TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO</p>	<p><b>Algum Problema?</b></p> <p>1. Sim    2. Não</p> <p><b>Em caso positivo, qual?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sonolência</li> <li>2. Ansiedade</li> <li>3. Agitação</li> <li>4. Dificuldade de deglutição</li> <li>5. Dormência nas pernas</li> <li>6. Tremor</li> <li>7. Ficou babado</li> <li>8. Defeca fácil</li> <li>9. Nenhum problema</li> <li>10. Outros:</li> </ol>	<p><b>Alguma melhora?</b></p> <p>1. Sim    2. Não</p> <p><b>Em caso positivo, qual?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. A Concentração</li> <li>2. Sono tranqüilo</li> <li>3. Obediente</li> <li>4. Mais calmo</li> <li>5. Melhora da depressão</li> <li>6. O aprendizado</li> <li>7. Mais sociável</li> <li>8. Melhora do comportamento</li> <li>9. Diminui a agressividade</li> <li>10. Diminuiu as convulsões</li> <li>11. Parou de chorar</li> <li>12. Outros:</li> </ol>	<p><b>A família apóia esse tratamento?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sim</li> <li>2. Não</li> <li>3. Alguns sim</li> <li>4. Não sabe informar</li> <li>5. Outros</li> </ol>	<p><b>Por quanto tempo fará esse tratamento?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Não sabe</li> <li>2. Indefinido</li> <li>3. Dependerá do efeito</li> <li>4. Até quando melhorar</li> <li>5. O resto da vida</li> <li>6. Outros:</li> </ol>

## APÊNDICE B

### Termo de consentimento livre esclarecido do responsável da criança

Venho convidá-lo(a) para participar, como voluntário(a), em uma pesquisa sobre “Utilização dos psicofármacos em Crianças nos Centros de Apoio Psicossocial infantojuvenil de Fortaleza” no período fevereiro a dezembro de 2012, cujo objetivo é: avaliar o uso de psicofármacos em crianças acompanhadas nos centros de Apoio Psicossocial infantil de Fortaleza. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine no final desse documento. Você poderá, a qualquer momento desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador(a) ou com o CAPSi.

Deste modo, venho convidá-lo(a) para participar da pesquisa disponibilizando os seus dados. Assim, pedimos que responda perguntas sobre a criança, sobre você e a sua família e o que você sabe sobre os medicamentos que a criança.

Esclareço que:

- As informações coletadas por meio de gravadores e formulários, estas serão somente utilizadas para os objetivos da respectiva pesquisa.
- Que o (a) senhor (a) ou responsável tem liberdade de desistir a qualquer momento de participar da pesquisa.
- Não se antecipa nenhum risco e/ou desconforto e nem haverá nenhum bônus ou ônus por sua participação na pesquisa.
- Também esclareço que as informações ficarão em sigilo e que seu anonimato será preservado.
- Em nenhum momento o (a) senhor (a) terá riscos em relação ao tratamento da criança e adolescente.

Em caso de dúvidas e esclarecimentos sinta-se a vontade de entrar em contato com:

Nome: Ana Paula Soares Pessoa Maciel

Endereço: Rua Capitão Francisco Coelho – UFC

Telefone: (85) 3366 8058

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Coordenadora da Pesquisa

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Gostaria de colocar que sua participação será de extrema importância para a pesquisa.

Dados da Criança e Adolescente ou Responsável:

Nome:

Endereço:

Telefone para o contato:

Data do nascimento:

#### Consentimento Pós - Esclarecimento

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar da pesquisa “Utilização de psicofármacos em crianças nos Centro de Apoio Psicossocial de Fortaleza”, onde fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo pesquisador(a) sobre a pesquisa e seus procedimentos. Sei que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto me traga qualquer dano ou penalidade.

Fortaleza, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Adolescente ou Responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador(a)

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Testemunha – 01

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Testemunha – 02

**ANEXOS**

**ANEXO A**

**Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa**