

Social and assistance characteristics of child and adolescent referrals to mental health services

Ana Paula Soares Gondim*
Mirian Parente Monteiro*
Rosana Teresa Onocko-Campos**
David Woods***
Ana Paula Pessoa Maciel*
Renata de Paula Duarte****

151

Abstract

The objective of the study was to compare the social, demographic and service characteristics of children and adolescents attended by mental health services in a Metropolitan Region of Northeast Brazil. This was a cross-sectional study with children and adolescents assisted by these services. The independent variables (service of the first appointment that referred the children and adolescents) and dependent variables (age, schooling, housing situation, family income and others) were examined. The users of these services came from the school (10.3%) and primary health care (30%) and had a mean age of 10 years. Most lived in their own home, with up to five residents and the family income was less than or equal to R\$ 832.00. The majority received some type of government assistance 80.3%, and 77.3% of them received from the *Bolsa Família* Program. The bivariate analysis of primary care health referrals was significant for the ages of 1 to 12 years. While the bivariate analysis of school referrals identified a statistical significance for other levels of schooling and family income below R\$ 832.00. The multiple logistic regression model showed a statistical significance for the family income variable below R\$ 832.00. The important role of social and economic characteristics in the life and family of these children and adolescents defines the need to offer more effective actions to promote health and should integrate the context of education and health. Thus, it is possible to offer a contextualized extension of social and economic policies to these families in order to stimulate healthy environments.

Palavras-chave: Mental health services. Child. Adolescent. Primary health care. Education.

INTRODUCTION

The modernization of social processes in Brazil in the last three decades (1980-2000) has brought about a continuous and progressive change in the social policies of child protection

and health care¹; for example, the formulation and implementation of the Child and Adolescent Statute (ECA).

Recently the attention was focused on the

DOI: 10.15343/0104-7809.20194301151170

*Federal University of Ceara. Fortaleza, Ceará, Brazil.

**Campinas State University. Campinas, São Paulo, Brazil.

***Otago University, Dunedin, New Zealand.

****University of Fortaleza, Medicine Course, Fortaleza, Ceará, Brazil.

E-mail: anapaulasgondim@ufc.br



health of children and adolescents in the field of mental health, through its recognition as a Public Health issue that is part of SUS actions². In developing countries such as Brazil, health policies have contributed considerably to the modernization of social processes, child and youth mental health care has been developed in several health services, such as primary health care³, through the Family Health Strategy (FHS) health care model.

In secondary care the services are offered through the Centers for Psychosocial Child and Adolescent Care (CAPS i), and in tertiary care they are offered in outpatient clinics and general hospitals that should function as an intersectoral articulation in the adherence and reception of the users².

Up to December 2016, 209 CAPS i⁴ were authorized throughout the country.

In 2003, a survey was carried out to verify the care recorded in the first year of operation of the first authorized CAPS i and whether they met the serious mental problems for which they were planned. Still, it was verified that the CAPS i presented a similar operation to outpatient services, but they demonstrated meeting a varied demand, fulfilling it, in a short period of time⁵.

The National Mental Health Policy is based on the principle of universal acceptance, which implies being received, heard and answering the child or adolescent who seeks care in CAPS i. Often, this service has to do a work with the one for which the case is referred, which consists of discussing the very conditions of attending the case.

This should result in the construction of a collaborative care to support the network and other aspects such as the school, church, childhood and adolescence justice organs, guardianship council, sports, leisure, cultural institutions, among others⁶.

Thus, there is a need to invest in the articulation and discussion between health professionals and the educational area, in order to reduce referrals to specialized mental health services, such as CAPS I, in the face of difficulties related exclusively to learning problems, which do not necessarily require the intervention of a mental health professional⁷.

Literature is scarce when it comes to care for the mental health of the child and youth

population, which makes it difficult to plan public health actions in this sector.

This study aimed to analyze the social, demographic and service characteristics of the referrals of children and adolescents to those in child and adolescent mental health services.

METHODS

This cross-sectional study was conducted with 865 admission records, from July to December 2012, in children and young people referred to a CAPS i which integrates the mental health network of a Metropolitan Region of Northeast Brazil.

The state of Ceará has a population of approximately eight million and 400,000 inhabitants and is composed of 184 municipalities. The state presents a broad coverage of the health service systems based on the health care base of the FHS, which is the first of its kind being implemented in Brazil.

Currently the state has seven CAPS i, two of which in the capital of Fortaleza that cover 116 districts with 2,538,058 inhabitants⁸. The Mental Health Network of Fortaleza consists of six General CAPS, six Alcohol and Drugs CAPS, three Community Health Centers, and three Therapeutic Residences.

Fortaleza is administratively divided into seven Regional Secretariats (SER). These regional offices now house 119 neighborhoods in five districts. (FORTALEZA, 2017). The CAPS i located in SER III serves children and adolescents living in the neighborhoods of SER I, III and V, corresponding to 47 neighborhoods (1,308,000 inhabitants).

While the CAPS i of SER VI serves children and adolescents living in the neighborhoods of regional II, IV and VI, with 69 neighborhoods (1,230,058 inhabitants).

The CAPS i team consists of a psychologist, psychiatrist, social workers, occupational

therapists, a pharmacist, nurse, coordinator and auxiliaries.

The professionals who perform the care are dedicated to the care and perform it in a manner that receives the demand presented in order to promote the social reintegration of the users and their families.

Among the services offered at CAPS i are group and individual activities, those aimed at families, home visits and also community visits, which combine clinical care and social reintegration projects, always respecting individual possibilities and in the pursuit of the role of each user towards their life.

Data collection was performed through a validated form divided into two parts: social, demographic and economic characteristics and service characteristics of the referral.

The dependent variable of the study was the referral of primary health care and school, and the independent variables were: age (between 1 and 19 incomplete years), religion (Catholic, evangelical/spiritist), being literate (yes/no), level of schooling (elementary school/other), housing municipality (Fortaleza/other), type of housing (house/other), housing situation (own/other), number of rooms in the dwelling, number of people with whom they live, has family income (yes/no), family income in Reals, receives some government aid (yes/no) and type of aid (Bolsa Família/other).

Data were stored using the Epi Info software version 3.5.2 and analyzed with the help of the STATA program, version 11.

The data analysis plan included obtaining simple frequencies of the independent variables of the study population and investigations with the dependent variable.

For bivariate analysis, the chi-squared test was used to verify differences in proportions, with a 5% significance level and 95% confidence interval.

A multiple logistic regression was performed to evaluate the probabilistic relationship of the dependent variable.

The study was approved by the Research Ethics Committees of the University of Fortaleza (UNIFOR) with the opinion No. 189/19/2011 and the Faculty of Medical Sciences of the State University of Campinas (UNICAMP) with the

opinion No. 827/2011.

RESULTS

The survey was conducted using the year 2012's records of children and young users in the CAPS i and it was observed that most admission records had incomplete data.

Of the 865 patients, 66.4% (573) of them belonged to the age group of 1-12 years and 33.6% (290) between 12-17 years. The minimum age was one year, and the maximum age was 17 years, the mean age was 10.0 years and standard deviation 4.0 years. Regarding religion, 57.7% (157) were Catholic and 42.3% (115) belonged to other religions, such as Evangelical and Spiritist faiths (Table 1).

In this survey, 91.3% (564) studied and 8.7% (54) did not study. Among those who studied, 70.9% (358) were in elementary school and 29.1% (147) were in other levels of schooling. Almost all (99.8%) children and adolescents admitted to CAPS i resided in the city of Fortaleza.

Regarding the type of dwelling, 89.1% (567) lived in a house and 10.9% (70) lived in other housing situations (invasion and shack). The condition of occupancy of the household was 66.4% (414) with their own dwelling, with 67.5% (388) having a less than four rooms, with a room average of 4.9 and a standard deviation of 2.1.

As to the number of people living in the residences, 78% (557) of them lived with up to five people, with an average of 4.6 and a standard deviation of 1.9 (Table 1). In relation to the family income in the completed forms, 94.1% (475) had a family income and 5.9% (30) had no income.

Among those who had income, 63.4% (293) earned less than or equal to R\$ 832.00, and 36.6% (169) earned more than the referred amount.

The amount of reported income corresponds to the average monthly family income.

Regarding the frequency of government aid

received by the children and adolescents, 80.3% (350) received aid and 19.7% (86) received no aid. 77.3% (242) received from the *Bolsa Família*

Program and 22.7% (71) received other types of aid, such as gas, retirement, school scholarship or pension (Table 1).

The ten most reported complaints by family members who sought for CAPS i to care for their children and adolescents were: aggression, restlessness, learning difficulties, fears and phobias, easy crying, disobedience, anxiety, attention difficulty, social difficulty and use of illicit drugs.

Primary health care services were the ones that most directed children and adolescents to CAPS i, followed by school referrals, and other grouped referrals were as follows: secondary and tertiary care, judicial system and social assistance.

The most frequent age group was from 1 to 12 years old, concerning the individuals referred by both the school (10.3%; 33) and primary care center (30.0%; 96).

Among those referred by the school, 9.7% (6) reported having an evangelical and spiritist religion, and those referred by primary care (23.2%; 23) were associated to the Catholic religion (Table 2).

The children and adolescents admitted to the CAPS i were accompanied by their mother, whether they came from school (9.1%; 16) or from a primary health care center (24.4%; 43) (Table 2).

At the time of admission, children and adolescents referred by the school (11%; 33) reported studying, of which (16.7%;14) were at levels of schooling other than elementary school. 25% (9) referred by primary health care centers reported not studying, and children and adolescents who had dropped out of school were 22.2% (40) (Table 2).

Regarding the type of housing, children and adolescents reported residing in houses, both those from school (9.2%; 28).

Concerning the variable condition of house occupancy reported by the children referenced by the school, 12.5% did not live in their own home.

The children referred by primary healthcare centers for the reported variable housing situation was 22.6% (69), meaning the percentage of children and adolescents residing in houses, and as for the occupancy condition of the home, the number of children and adolescents who did not have their own home was 21.7% (Table 2).

A number of rooms being less than four were observed in the referral of children and adolescents by the school and more than four rooms for those referred by primary healthcare centers (Table 2).

Children and adolescents, regardless of the origin of the referral, lived with more than five residents.

Regarding information on family income, children and adolescents referred by primary healthcare centers mentioned having a family income (23.8%; 60), while those from the school (16.7%; 2) reported having no income. Among the 26.7% (20) who reported having income, the referred value was greater than R\$ 832.00 (Table 2).

Children and adolescents referred by the school reported receiving governmental aid (10.6%; 21) while those from primary healthcare centers reported receiving no aid (27.7%; 13). Regarding the type of aid, among those receiving regardless of the origin of the referral, they received assistance from the *Bolsa Família* Program (Table 2).

The bivariate analysis showed that the age from 1 to 12 years was the only variable with statistical significance (OR=1.7, 95% CI=1.07-2.81, p=0.018) in the referrals originated from primary healthcare centers.

The multiple logistic regression model did not present a statistically significant variable (Table 3).

Considering school referrals, the bivariate analysis identified only two variables with statistical significance, which were other levels of education (OR=3.4, 95% CI=1.33-8.95, p=0.003) and family income below R\$ 832.00 (OR=5.8, 95% CI=1.36-51.75, p=0.009).

The multiple logistic regression model showed only one variable with statistical significance, the family income below R\$ 832.00 (OR=5.8, 95% CI=1.32-25.23, p=0.019) (Table 3).

Table 1 – Distribution of the number of children and adolescents according to social, demographic and economic characteristics in child and adolescent mental health services. Fortaleza-Ceará-Brazil, 2013.

Variables	Mean (SD)	n (%)
Age (years)	10.0 (4.0)	
1-12		573 (66.4)
12-17		290 (33.6)
Religion		
Catholic		157 (57.7)
Evangelical and Spiritist		115 (42.3)
Studying^a		
Yes		564 (91.3)
No		54 (8.7)
Level of education		
Elementary education		358 (70.9)
Others		147 (29.1)
Municipality of housing		
Fortaleza		840 (99.8)
Other		2 (0.2)
Housing type		
House		567 (89.1)
Other		70 (10.9)
Housing situation		
Own home		414 (66.4)
Other ^b		210 (33.6)
Number of rooms	4.9 (2.1)	
Up to 4 rooms		388 (67.5)
Above 4 rooms		187 (32.5)
Number of people who lives with	4.6 (1.9)	
Up to 5 people		457 (78.0)
Over 5 people		129 (22.0)
Family income		
Yes		475 (94.1)
No		30 (5.9)
Value of monthly family income (R\$)	832.06 (616.53)	
≤832.00		293 (63.4)
>832.00		169 (36.6)
Receives Aid		
Yes		350 (80.3)
No		86 (19.7)
Type of Aid		
<i>Bolsa Família</i> Program (Brazilian benefit)		242 (77.3)
Others		71 (22.7)

^a Nine children aged 2 and 3 years had schooling records in kindergartens

^b Rent/courtesy/borrowed/land invasion/financed.

Table 2 – Proportion of the number of children and adolescents referred from the school and the primary healthcare center, according to social, demographic and economic characteristics in child and adolescent mental health services. Fortaleza-Ceará-Brazil, 2013.

Variable	School(n=44)			Primary Healthcare (n=128)			P-value
	n(%)	No n(%)	Yes n (%)	No n(%)	Yes n(%)		
Age (years)							0.139
1-12	320(66.5)	287(89.7)	33(10.3)	224 (70.0)	96 (30.0)		
12-17	161(33.5)	150(93.2)	11(6.8)	129 (80.1)	32 (19.9)		
Religion							0.468
Catholic	99(61.5)	91 (91.9)	8(8.1)	76 (76.8)	23 (23.2)		
Evangelical/ Spiritist	62 (38.5)	56 (90.3)	6 (9.7)	52 (83.9)	10 (16.1)		
Parent/ Guardian							0.110
Mother	176(69.3)	160(90.9)	16 (9.1)	133 (75.6)	43(24.4)		
Other	78 (30.7)	75 (96.2)	3 (3.8)	63 (80.8)	15(19.2)		
Studying							0.096
Yes	301(89.3)	268(89.0)	33 (11.0)	232 (77.1)	69 (22.9)		
No	36 (10.7)	35 (97.2)	1 (2.8)	27 (75.0)	9 (25.0)		
Level of Education							0.005
Elementary school	180(68.2)	170 (94.4)	10(5.6)	140 (77.8)	40 (22.2)		
Other	84(31.8)	70(83.3)	14(16.7)	66 (78.6)	18 (21.4)		
Type of housing							0.211
House	305(90.5)	277 (90.8)	28(9.2)	236 (77.4)	69 (22.6)		
Apartment/ shack/shelter	32(9.5)	31 (96.9)	1(3.1)	25 (78.1)	7 (21.9)		
Living Situation							0.074
Own Home	212(63.9)	197 (92.9)	15 (7.1)	163(76.9)	49 (23.1)		
Other	120(36.1)	105(87.5)	15 (12.5)	94(78.3)	26 (21.7)		
Number of rooms							0.144
Up to 4 rooms	213(68.9)	190(89.2)	23(10.8)	171(80.3)	42(19.7)		
More than 4 rooms	96(31.1)	90(93.8)	6(6.2)	70(72.9)	26(27.1)		
Number of residents							0.341
Up to 5 residents	244(77.0)	223(91.4)	21(8.6)	191(78.3)	53(21.3)		
More than 5 residents	73(23.0)	65(89.0)	8(11.0)	54(74.0)	19(26.0)		

to be continued...

...continuation - Table 2

Variable	School (n=44)		Primary Healthcare (n=128)				
	n(%)	No	Yes	P-value	No	Yes	P-value
Family Income				0.353			0.190
Yes	252(95.5)	227 (90.1)	25(9.9)		192(76.2)	60(23.8)	
No	12(4.5)	10 (83.3)	2(16.7)		11(91.7)	1(8.3)	
Value of Family Income (R\$)				0.005			0.370
≤832.00	168(69.1)	145(86.3)	23 (13.7)		132(78.6)	36(21.4)	
>832.00	75(30.9)	73(97.3)	2(2.7)		55(73.3)	20(26.7)	
Government Aid				0.144			0.342
Yes	199(80.9)	178(89.5)	21(10.6)		152(76.4)	47(23.6)	
No	47(19.1)	45(95.7)	2(4.3)		34(72.3)	13(27.7)	
Type of Aid				0.401			0.264
<i>Bolsa família</i> Program	144(80.0)	127(88.2)	17(11.8)		106(73.6)	38(26.4)	
Other	36(20.0)	33(91.7)	3(8.3)		29 (80.6)	7(19.4)	

Table 3 – Adjusted analysis of the variables associated with primary healthcare and school referrals. Fortaleza-Ceará-Brazil, 2013.

Variables	Non-adjusted Analysis			Adjusted Analysis		
	Odds Ratio	CI95%	P-value	Odds Ratio	CI95%	P-value
Age (1-12 years)	1.7	1.07-2.81	0.018	-	-	-
School						
Other levels of Education	3.4	1.33-8.95	0.003	-	-	-
Family income below R\$832,00	5.8	1.36-51.75	0.009	5.8	1.32-25.23	0.019

DISCUSSION

The survey carried out based on the register of child users of the two CAPS i in the city of Fortaleza-Ceará revealed a greater prevalence of children under 12 years of age, of the Catholic

religion, literate, residing in Fortaleza, living at home with less than four residents, with an average monthly family income equal to or less than R\$ 832.00 and receiving government aid.

The contributions of this study indicate the sociodemographic and economic characterization of the population of children and adolescents seeking CAPS i for the first time in the city of Fortaleza. Just as in another study carried out in these CAPS i on the medical care and use of psychoactive drugs⁹, these characteristics serve as a basis for guiding preventive actions in the mental health care network of children and adolescents.

The results found in this investigation indicate that the referrals in the CAPS i depart mainly from primary healthcare centers and schools, in which family members of children and adolescents take their concerns to these services before seeking more specialized services such as CAPS I, although most mental health problems identified in the CAPS range from mild to moderate.

It was verified that the most reported complaints among the relatives were aggressiveness, restlessness and learning difficulties. These findings corroborate other studies that aimed to characterize the school and behavioral complaints of children and adolescents in specialized centers¹⁰.

Referral is recognized as "asking for help/support" for situations that require more specific information about the clinical and behavioral condition⁶. Reference services should play the role of a more accurate assessment, and the present arrangement in primary healthcare should play a role in identifying and monitoring mental health problems with mild to moderate variation in children and adolescents. However, for this to happen, changes must start from training health professionals in primary healthcare and education professionals with some specificity⁷.

The institutional strategy known as matrix support aims to ensure the existence of specialized teams and professionals responsible for mental health care, as well as education professionals. In addition, it emerges as a strategy to reverse the logic of referrals, defining flows, qualifying the teams and operating the care¹¹.

The literature on matrix support points to the Municipality of Campinas/SP as an exponent in relation to mental health, with pioneering studies and significant advances in the local health network¹². In this Municipality, the decision was made to organize mental health into the basic network through the support matrix, mainly for its

potential to create a more integrated assistance, deconstructing the logic of referral. The Paidéia Project on Family Health¹³ is a reference in the health area and was implemented in 2001. Since then, there has been an improvement in care, with favorable results in relation to the health network of the municipality.

The demand of children is greater in primary healthcare centers, while the demand of adolescents is higher in schools. Demonstrating, on the one hand, that primary healthcare detects "possible" childhood mental disorders. On the other hand, the school also acts as a "health service", thus assuming a role of detecting "possible" mental disorders in adolescence⁷.

Undoubtedly, primary health care has the potential to develop two main types of mental health actions. The first is to detect complaints about psychological suffering and provide a qualified listener for this type of problem; the second comprises the various ways of dealing with the problems detected, offering treatment in the primary healthcare center itself or by referring patients to specialized services³.

Children and adolescents referred to these services live in social and economic conditions of poverty. Therefore, the low family income is a factor in itself that is related to the social competence and to the problems of infantile behaviors¹⁴. This study shows a social vulnerability among children and adolescents, mainly due to family "dependencies", as well as government aid such as the *Bolsa Família* program. Families are physically, emotionally, and politically dependent on these aid programs. On the one hand, this assistance seeks to minimize absolute poverty, but does not effectively provide for the economic and social development of families, which may represent a violation of the inherent right of every citizen¹⁵.

Children present greater socioeconomic disadvantage in relation to adolescents.

The most precarious trend of social competence among younger children is due to their own rudimentary social and cognitive development in this age group, as a consequence they begin their lives with a "poor health platform." The family income of less than R\$ 832.00 is positively associated with the school's referral to CAPS i, reflecting that this family is deprived of emotional and material support, consequently health services

represent the principal or “only” resources available to provide support to these children and adolescents, transferring the care of their children to health and teaching institutions¹⁴. This result does not differ from other studies with different age groups that indicate low income as a factor associated with mental health disorders in primary healthcare services¹⁶.

The results of this study point to a need for an analysis of the policy of child and youth mental health, in the sense of becoming more resolute and effective in their actions.

For example, the most serious cases that require more specialized attention, so that it is not lost among the cases in which the family

dynamics is what needs more attention from the health and care services¹⁷. The resulting actions of these services adopt therapeutic approaches such as the exclusive or combined use of psychoactive drugs¹⁸.

It is worth noting that even acknowledging the existence of a child and adolescent mental health policy, mental health promotion strategies are still incipient both in primary health care¹⁶ and in school settings^{19,20}.

This is due to the actions still being to recognize the problem and treat it as a disease problem and not with a broader view that considers the whole model of actions in mental health²¹.

CONCLUSION

Finally, the present study showed that low-income children and adolescents are positively associated with primary care in the CAPS, independent of the place referred to as school or primary healthcare center. The important role of social and economic characteristics in the life and family of these children and adolescents defines the need to offer more effective actions to promote health and should

integrate the context of education and health. Health services represent the principal or “only” resources available to support these children and adolescents by transferring child care of the family to health and educational institutions. Thus, it is possible to offer a contextualized extension of social and economic policies to these families in order to stimulate healthy environments.

REFERENCES

1. Cisne, JN, Cisne LMC. Políticas públicas para a infância e adolescência no Brasil: uma breve abordagem histórica e o desafio da descontinuidade. *THEMIS: Revista da Esmecc*. 2016; 13:109-146.
2. Ministério da Saúde. Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2005 (Série B. Textos Básicos em Saúde).
3. MI-mhGAP Manual de Intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde. Versão 2.0. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2018. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
4. Ministério da Saúde. Sala de apoio à gestão estratégica [Internet]. 2016 [cited 2018 Dec 26]. Available from <http://sage.saude.gov.br/#>.
5. Hoffmann MCCL, Santos DN, Mota ELA. Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24:633-642.
6. Teixeira MR, Couto MCV, Delgado PGG. Primary care and collaborative care in children and adolescents psychosocial interventions: facilitators and barriers. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017; 22(6): 1933+. Academic OneFile (accessed December 26, 2018). <http://link.galegroup.ez11.periodicos.capes.gov.br/apps/doc/A500008999/AONE?u=capes&sid=AONE&xid=fb99a3a4>

7. Kriechman A, Salvador M, Adelsheim S. Expanding the Vision: The Strengths-Based, Community-Oriented Child and Adolescent Psychiatrist Working in Schools Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America. 2010; 19(1):149-162
8. Fortaleza. Secretaria Municipal de Saúde. Decreto nº 13.922, de 2 de dezembro de 2016. Altera a denominação de unidades administrativas e a distribuição dos cargos em comissão e aprova o regulamento da Secretaria Municipal da Saúde (SMS). Diário Oficial do Município de Fortaleza. Fortaleza. CE. 2016.
9. Gondim APS, Maciel APP, Monteiro MP. Abordagem terapêutica e sua relação entre as características sociais e econômicas de crianças nos centros de atenção psicossocial infantojuven. Revista Paulista de Pediatria. 2017; 35(4):383-390.
10. Carvalho MC, Lima RF de, Souza GGB de, Pires TC, Pierine R, Rodrigues SD, et al. Characterization of school-related problems and diagnoses in a Neuro-Learning Disorder Clinic. Estudos de Psicologia (Campinas). 2016; 33(1): 161-171. <https://dx.doi.org/10.1590/1982-027520160001000016>
11. Costa PHA da, Colugnati FAB, Ronzani TM. Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2015 Oct [cited 2018 Dec 26];20(10):3243-3253. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001003243&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152010.14612014>.
12. Wetzel C, Kantorski LP, De Souza J. Center of psychosocial care: path, organization and the operation. R Enferm UERJ. 2008; 16:39-45.
13. Figueiredo MD, Onocko-Campos R. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? Cien Saúde Colet. 2009; 14:129-138.
14. Bøe T, Hysing M, Zachrisson HD. Low family income and behavior problems in Norwegian preschoolers: Is child emotionality a marker for sensitivity of influence? J Dev Behav Pediatr. 2016 April ; 37(3): 213–222. doi:10.1097/DBP.0000000000000282.
15. Bastos AC, Reis W, de Carvalho RC, Moreira L. Family Life Education: Brazilian Realities and Dreams. In: Robila M., Taylor A. (eds) Global Perspectives on Family Life Education. Springer, Cham. 2018.
16. Fortes S, Lopes CS, Villano LAB, Campos MR, Gonçalves DA, Mari JJ. Common mental disorders in Petrópolis-RJ: a challenge to integrate mental health into primary care strategies. Rev Bras Psiquiatr. 2011; 33:150-156.
17. Santiago CC, Wadsworth ME. Family and Cultural influences on Low-income Latino Children's Adjustment. J Clin Child Adolesc Psychol. 2011; 40: 332–337.
18. Kantorski LP, Jardim VMR, Port, AR, Schek G, Cortes JM, Oliveira MM. Descripción de oferta y consumo de psicofármacos en Centros de Atención Psicosocial en la región Sur brasileña. Rev Esc Enferm USP. 2011; 45:1481-1487.
19. Wells J, Barlow J, Stewart-Brown S. A systematic review of universal approaches to mental health promotion in schools. Health Education. 2003; 103(4):197-220, <https://doi.org/10.1108/09654280310485546>
20. Magalhães LVB, Fernandes PT, Li LM. Educational aspects of epilepsy. Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology. 2009; 15:172-177.
21. Durman S, Dias T, Mion JZ, Tonini NS, Souza EA. Centro de Atendimento Psicossocial Infantil - Caps i: um espaço para o ensino em saúde mental. Nursing (São Paulo). 2005; 8:480-483.

Características sociais e assistenciais dos encaminhamentos aos serviços de saúde mental infantojuvenil

Ana Paula Soares Gondim*
Mirian Parente Monteiro*
Rosana Teresa Onocko-Campos**
David Woods***
Ana Paula Pessoa Maciel*
Renata de Paula Duarte****

161

O Mundo da Saúde, São Paulo - 2019;43(1): 151-170
Características sociais e assistenciais...

Resumo

O objetivo do estudo foi comparar características sociais, demográficas e assistenciais de crianças e adolescentes atendidos nos serviços de saúde mental em uma Região Metropolitana do Nordeste do Brasil. Estudo transversal com crianças e adolescentes atendidas nesses serviços. As variáveis independentes (serviço do primeiro atendimento que fez a referência das crianças e adolescentes) e variáveis dependentes (idade, escolaridade, situação de moradia, renda familiar e outras). Os usuários desses serviços eram provenientes da escola (10,3%) e da atenção primária à saúde (30%) e tinham idade média de 10 anos. A maioria morava em casa própria, com até cinco moradores, a renda familiar era menor ou igual a R\$ 832,00 e recebia algum tipo de benefício, sendo que 77,3% deles recebiam o Programa Bolsa Família. A análise bivariada dos encaminhamentos da atenção primária à saúde mostrou significância para a idade de 1 a 12 anos. Enquanto a análise bivariada dos encaminhamentos da escola identificou significância estatística para outros níveis de escolaridade e renda familiar abaixo de R\$ 832,00. O modelo de regressão logística múltipla mostrou significância estatística para variável renda familiar abaixo de R\$ 832,00. O importante papel das características sociais e econômicas na vida e na família dessas crianças e adolescentes define a necessidade de oferecer ações mais efetivas de promoção à saúde, devendo integrar o contexto da educação e da saúde. Assim, é possível oferecer uma ampliação contextualizada das políticas sociais e econômicas a essas famílias a fim de estimular ambientes saudáveis.

Palavras-chave: Serviços de saúde mental. Criança. Adolescente. Atenção primária à saúde. Educação.

INTRODUÇÃO

A modernização dos processos sociais no Brasil nas três últimas décadas (1980-2000) trouxe mudança contínua e progressiva nas políticas sociais de proteção e de assistência à saúde infantojuvenil¹. Como exemplo, a formulação e implantação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Recentemente

a atenção foi voltada à saúde de crianças e adolescentes no campo da saúde mental, através do seu reconhecimento como uma questão de Saúde Pública integrante das ações do SUS².

Em países em desenvolvimento como o Brasil, as políticas de saúde contribuíram

DOI: 10.15343/0104-7809.20194301151170

*Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil.

**Universidade Estadual de Campinas. Campinas, São Paulo, Brasil.

***Otago University, Dunedin, Nova Zelândia.

****Universidade de Fortaleza, Curso de Medicina, Fortaleza, Ceará, Brasil.

E-mail: anapaulasgondim@ufc.br



consideravelmente para a modernização dos processos sociais, os cuidados em saúde mental infantojuvenil se desenvolveram em diversos serviços de saúde, como na atenção primária à saúde³, através do modelo assistencial da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Na atenção secundária os serviços são ofertados por meio dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPS i), e na atenção terciária em ambulatórios e hospitais gerais que devem funcionar como articulação intersetorial na adesão e acolhimento dos usuários². Até dezembro de 2016 foram habilitados em todo o País 209 CAPS i⁴.

Em 2003, realizou-se um levantamento para verificar os atendimentos registrados no primeiro ano de funcionamento dos primeiros CAPS i habilitados e se esses atendiam os problemas mentais graves para os quais foram planejados.

Ainda, constatou-se que os CAPS i apresentaram funcionamento semelhante aos serviços ambulatoriais, porém demonstraram atender uma demanda variada, cumprindo, em curto de tempo as normas relacionadas ao registro das informações, conforme as modalidades de atendimento preconizadas pelo Ministério da Saúde, ocupando assim um vazio histórico na atenção pública em saúde mental infantojuvenil⁵.

A Política Nacional de Saúde Mental, tendo como princípio o acolhimento universal, que implica em ser recebido, ouvido e respondido à criança ou ao adolescente que busca atendimento no CAPS i. Muitas vezes, esse serviço tem de fazer um trabalho com aquele para o qual o caso é encaminhado, que consiste em discutir as próprias condições de atendimento do caso. Isso deverá resultar na construção de um cuidado colaborativo para apoiar a rede e outras instâncias como a escola, órgãos da justiça para a infância e adolescência, conselho tutelar, instituições de esporte, lazer, cultura, dentre outros⁶.

Assim se coloca a necessidade de investimento na articulação e discussão entre profissionais da saúde e da área educacional, com a finalidade de reduzir encaminhamentos para serviços especializados de atenção à saúde mental, como os CAPS i, perante dificuldades relacionadas exclusivamente aos problemas

de aprendizagem, que não necessariamente exigem intervenção de um profissional de saúde mental⁷.

A literatura mostra-se escassa quando se trata dos cuidados voltados à saúde mental da população infantojuvenil, o que dificulta o planejamento das ações de saúde pública neste setor.

Este estudo objetivou analisar as características sociais, demográficas e assistenciais dos encaminhamentos de crianças e adolescentes aos serviços de saúde mental infantojuvenil.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo transversal com 865 registros de admissão, de julho a dezembro de 2012, em crianças e jovens encaminhados a um CAPS i que integra a rede de saúde mental de uma Região Metropolitana do Nordeste do Brasil.

O estado do Ceará tem uma população de aproximadamente oito milhões e 400 mil habitantes e é composto por 184 municípios. O estado apresenta uma ampla cobertura dos sistemas de serviços de saúde fundamentados na base assistencial da ESF, sendo no Brasil pioneiro em sua implementação.

Atualmente o estado tem sete CAPS i, dois dos quais na capital de Fortaleza que abrangem 116 bairros com 2.538.058 habitantes⁸. A Rede de Saúde Mental de Fortaleza é composta por seis CAPS Geral, seis CAPS Álcool e Drogas, três Ocas de Saúde Comunitária, e três Residências Terapêuticas.

Fortaleza está dividida administrativamente em sete Secretarias Regionais (SER). Essas regionais abrigam atualmente 119 bairros em cinco distritos. (FORTALEZA, 2017). O CAPS i localizado na SER III atende crianças e adolescentes moradores nos bairros das SER I, III e V, correspondendo a 47 bairros (1.308.00 habitantes). Enquanto o CAPS i da SER VI atende crianças e adolescentes moradores nos bairros das regionais II, IV e VI, contando com 69 bairros (1.230.058 habitantes).

A equipe dos CAPS i é formada por psicólogo, psiquiatra, assistentes Sociais, terapeutas ocupacionais, farmacêutico,

enfermeira, coordenador e auxiliares. Os profissionais que realizam a assistência se dedicam ao atendimento e desempenham de forma acolhedora a demanda apresentada a fim de promover a reinserção social dos usuários e de seus familiares.

Dentre os serviços ofertados nos CAPS i estão atividades em grupo e individuais destinadas às famílias, visita domiciliar e também as comunitárias, que mescla cuidado clínico e projetos de reinserção social sempre respeitando as possibilidades individuais e na busca pelo protagonismo de cada usuário frente à sua vida.

A coleta de dados foi realizada através de um formulário validado e dividido em duas partes: características sociais, demográficas e econômicas e características assistenciais do encaminhamento.

A variável dependente do estudo foi o encaminhamento da atenção primária à saúde e da escola e as variáveis independentes foram: idade (entre 1 e 19 anos incompletos), religião (católica, evangélica / espírita), está sendo alfabetizada (sim / não), nível de escolaridade (ensino fundamental / outro), município de moradia (Fortaleza / outro), tipo de moradia (casa / outros), situação de moradia (própria / outros), número de cômodos da moradia, número de pessoas com quem mora, apresenta renda familiar (sim / não), valor da renda familiar em reais, recebe algum benefício (sim / não) e tipo de benefício (bolsa família / outros).

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 plano de análise dos dados incluiu a obtenção de frequências simples das variáveis independentes da população em estudo e investigações com a variável dependente. Para análise bivariada foi utilizado o teste qui-quadrado para verificar diferenças de proporções, com nível de significância 5% e intervalo de confiança de 95%. Realizou-se uma regressão logística múltipla para avaliar a relação probabilística da pesquisa da variável dependente.

O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) com o parecer N°.189/2011 e da

Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) com o parecer N°. 827/2011.

RESULTADOS

A pesquisa foi realizada utilizando os registros do ano de 2012 das crianças e jovens usuários no CAPS i e foi observado que a maioria dos registros de admissão tinha dados incompletos.

Do universo de 865 pacientes, 66,4% (573) deles pertenciam a faixa etária de 1-12 anos e 33,6% (290) entre 12-17 anos. A idade mínima foi de um ano e a idade máxima de 17 anos, com idade média de 10,0 anos e desvio padrão 4,0 anos. Em relação à religião, 57,7% (157) pertenciam à católica e 42,3% (115) a outras religiões, tais como evangélica e espírita (Tabela 1).

Nesse levantamento, 91,3% (564) estudavam e 8,7% (54) não estudavam. Dentre os que estudavam 70,9% (358) estavam no ensino fundamental e 29,1% (147) estavam em outros níveis de escolaridade. Quase todas (99,8%) as crianças e adolescentes admitidas nos CAPS i residiam no município de Fortaleza.

Quanto ao tipo de moradia, 89,1% (567) residiam em casa e 10,9% (70) residiam em outras situações de moradia (invasão e barraco). A condição de ocupação do domicílio sendo 66,4% (414) tinham moradia própria, com 67,5% (388) tendo um número de cômodos menor que quatro, com média de cômodos de 4,9 e desvio padrão de 2,1. Quanto à quantidade de pessoas que moravam nas residências, 78% (557) delas moravam com até cinco pessoas, com média de 4,6 e desvio padrão de 1,9 (Tabela 1). Em relação à renda familiar nas fichas preenchidas, 94,1% (475) possuíam renda familiar e 5,9% (30) não possuíam renda e dentre os que possuíam renda, 63,4% (293) era menor ou igual a R\$ 832,00 e 36,6% (169) a renda era maior que o valor referido. O valor da renda informada corresponde à renda familiar mensal média. Quanto à frequência de benefício recebido pela criança e adolescente 80,3% (350) recebiam

benefício e 19,7% (86) não recebiam benefício e em relação ao tipo do benefício 77,3% (242) recebiam do Programa Bolsa Família e 22,7% (71) recebiam outros tipos de benefício, tais como vale gás, aposentadoria, bolsa escola ou pensão (Tabela 1).

As dez queixas mais relatadas pelos familiares que levaram à procura dos CAPS i para atendimento das crianças e adolescentes foram: agressividade, inquietação, dificuldades de aprendizagem, medos e fobias, choro fácil, desobediência, ansiedade, dificuldade de atenção e dificuldade de socialização e uso de drogas ilícitas.

Os serviços da atenção primária à saúde foram os que mais encaminharam as crianças e adolescentes ao CAPS i, seguido pelos encaminhamentos da escola, e outros encaminhamentos agrupados foram os seguintes: atenção secundária e terciária, sistema judiciário e assistência social.

A faixa etária mais frequente foi de 1 a 12 anos relativa aos indivíduos encaminhados tanto pela escola 10,3% (33) quanto pela atenção primária 30,0% (96). Dentre os encaminhados pela escola 9,7% (6) referiram religião evangélica e espírita e aqueles encaminhados da atenção primária 23,2% (23) referiram à religião católica (Tabela 2).

As crianças e adolescentes admitidas no CAPS i eram acompanhadas pela mãe, quer fossem provenientes da escola 9,1% (16) ou da atenção primária à saúde 24,4% (43) (Tabela 2).

No momento da admissão as crianças e adolescentes encaminhadas pela escola 11% (33) informaram estudar, dessas 16,7% (14) estavam em outros níveis de escolaridade que não ensino fundamental. Aquelas encaminhadas pela atenção primária à saúde que informaram não estudar foram 25,0% (9). As crianças e adolescentes que haviam abandonado a escola encontravam-se cursando o ensino fundamental 22,2% (40) (Tabela 2).

Quanto ao tipo de moradia, as crianças e adolescentes referiram residir em casas, tanto aquelas provenientes da escola 9,2% (28) e em relação à variável condição de ocupação do domicílio informada pelas crianças referenciadas pela escola, 12,5% não moravam em casa própria. As crianças encaminhadas

pela atenção primária a variável situação de moradia informada foi 22,6% (69) significando a percentagem de crianças e adolescentes residindo em casas e quanto a condição de ocupação do domicílio, o número de crianças e adolescentes que não tinham casa própria foi 21,7% (Tabela 2).

Um número de cômodos menor que quatro foi observado no encaminhamento de crianças e adolescentes pela escola e maior que quatro cômodos para aquelas encaminhadas pela atenção primária à saúde (Tabela 2).

As crianças e adolescentes, independente da origem do encaminhamento, residiam com mais de cinco moradores. Quanto à informação sobre renda familiar, as crianças e adolescentes encaminhadas pela atenção primária à saúde mencionaram ter renda familiar de 23,8% (60), enquanto aquelas oriundas da escola 16,7% (2) informaram não ter renda. Dentre os 26,7% (20) que informaram ter renda, o valor referido era maior que R\$ 832,00 (Tabela 2).

As crianças e adolescentes encaminhadas pela escola informaram receber benefício 10,6% (21) enquanto aquelas oriundas da atenção primária à saúde informaram não receber benefício 27,7% (13). Quanto ao tipo de benefício, dentre aquelas que recebem independente da origem do encaminhamento, recebiam o benefício do Programa Bolsa Família (Tabela 2).

A análise bivariada mostrou que a idade de 1 a 12 anos foi a única variável com significância estatística (OR=1,7; IC95%=1,07-2,81; p=0,018) nos encaminhamentos originados da atenção primária à saúde. O modelo de regressão logística múltipla não apresentou variável com significância estatística (Tabela 3).

Considerando os encaminhamentos provenientes da escola, a análise bivariada identificou apenas duas variáveis com significância estatística que foram outros níveis de escolaridade (OR=3,4; IC95%=1,33-8,95; p=0,003) e renda familiar abaixo de R\$ 832,00 (OR=5,8; IC95%=1,36-51,75; p=0,009). O modelo de regressão logística múltipla mostrou somente uma variável com significância estatística a renda familiar abaixo de R\$ 832,00 (OR=5,8; IC95%=1,32-25,23; p=0,019) (Tabela 3).

Tabela 1 – Distribuição do número de crianças e adolescentes de acordo com as características sociais, demográficas e econômicas em serviços de saúde mental infantojuvenil. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2013.

Variáveis	Média (desvio padrão)	n (%)
Idade (anos)	10,0 (4,0)	
1-12		573 (66,4)
12-17		290 (33,6)
Religião		
Católica		157 (57,7)
Evangélica e espírita		115 (42,3)
Está sendo alfabetizada^a		
Sim		564 (91,3)
Não		54 (8,7)
Nível de escolaridade		
Ensino fundamental		358 (70,9)
Outros		147 (29,1)
Município de moradia		
Fortaleza		840 (99,8)
Outros		2 (0,2)
Tipo de moradia		
Casa		567 (89,1)
Outros		70 (10,9)
Situação moradia		
Própria		414 (66,4)
Outros ^b		210 (33,6)
Número de cômodos da moradia	4,9 (2,1)	
Até 4 cômodos		388 (67,5)
Acima de 4 cômodos		187 (32,5)
Número de pessoas com quem mora	4,6 (1,9)	
Até 5 pessoas		457 (78,0)
Acima de 5 pessoas		129 (22,0)
Renda familiar		
Sim		475 (94,1)
Não		30 (5,9)
Valor da renda familiar (R\$)	832,06 (616,53)	
≤832,00		293 (63,4)
>832,00		169 (36,6)
Recebe benefício		
Sim		350 (80,3)
Não		86 (19,7)
Tipo de benefício		
Bolsa família		242 (77,3)
Outros		71 (22,7)

^aNove crianças com idades de 2 e 3 anos tinham registro escolar no jardim de infância.

^bAlugada/cedida/emprestada/invasão/financiada

Tabela 2 – Proporção do número de crianças e adolescentes encaminhadas da escola de atenção primária, de acordo com as características sociais, demográficas e econômicas em serviços de saúde mental infantojuvenil. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2013

Variável	Escola (n=44)		Atenção primária à saúde (n=128)				
	n(%)	Não n(%)	Sim n (%)	Valor p	Não n(%)	Sim n(%)	Valor p
Idade (anos)				0,139			0,011
1-12	320(66,5)	287(89,7)	33(10,3)		224 (70,0)	96 (30,0)	
12-17	161(33,5)	150(93,2)	11(6,8)		129 (80,1)	32 (19,9)	
Religião				0,468			0,189
Católica	99(61,5)	91 (91,9)	8(8,1)		76 (76,8)	23 (23,2)	
Evangélica e espírita	62 (38,5)	56 (90,3)	6 (9,7)		52 (83,9)	10 (16,1)	
Parentesco do responsável				0,110			0,229
Mãe	176(69,3)	160(90,9)	16 (9,1)		133 (75,6)	43(24,4)	
Outros	78 (30,7)	75 (96,2)	3 (3,8)		63 (80,8)	15(19,2)	
Está sendo alfabetizada				0,096			0,460
Sim	301(89,3)	268(89,0)	33 (11,0)		232 (77,1)	69 (22,9)	
Não	36 (10,7)	35 (97,2)	1 (2,8)		27 (75,0)	9 (25,0)	
Nível de escolaridade				0,005			0,510
Ensino fundamental	180(68,2)	170 (94,4)	10(5,6)		140 (77,8)	40 (22,2)	
Outros	84(31,8)	70(83,3)	14(16,7)		66 (78,6)	18 (21,4)	
Tipo de moradia				0,211			0,563
Casa	305(90,5)	277 (90,8)	28(9,2)		236 (77,4)	69 (22,6)	
Apartamento/barraco/abrigo	32(9,5)	31 (96,9)	1(3,1)		25 (78,1)	7 (21,9)	
Situação moradia				0,074			0,762
Própria	212(63,9)	197 (92,9)	15 (7,1)		163(76,9)	49 (23,1)	
Outros	120(36,1)	105(87,5)	15 (12,5)		94(78,3)	26 (21,7)	
Número de cômodos				0,144			0,148
Até 4 cômodos	213(68,9)	190(89,2)	23(10,8)		171(80,3)	42(19,7)	
Acima de 4 cômodos	96(31,1)	90(93,8)	6(6,2)		70(72,9)	26(27,1)	
Número de moradores				0,341			0,267
Até 5 moradores	244(77,0)	223(91,4)	21(8,6)		191(78,3)	53(21,3)	
Acima de 5 moradores	73(23,0)	65(89,0)	8(11,0)		54(74,0)	19(26,0)	

continua...

...continuação - Tabela 2

Variável	Escola (n=44)		Atenção primária à saúde (n=128)				
	n(%)	Não	Sim	Valor p	Não	Sim	Valor p
Renda familiar				0,353			0,190
Sim	252(95,5)	227 (90,1)	25(9,9)		192 (76,2)	60 (23,8)	
Não	12(4,5)	10 (83,3)	2(16,7)		11 (91,7)	1(8,3)	
Valor da Renda familiar (R\$)				0,005			0,370
≤832,00	168(69,1)	145(86,3)	23 (13,7)		132(78,6)	36(21,4)	
>832,00	75(30,9)	73(97,3)	2(2,7)		55 (73,3)	20 (26,7)	
Benefício				0,144			0,342
Sim	199(80,9)	178(89,5)	21(10,6)		152 (76,4)	47 (23,6)	
Não	47(19,1)	45(95,7)	2(4,3)		34 (72,3)	13 (27,7)	
Tipo de benefício				0,401			0,264
Bolsa família	144(80,0)	127(88,2)	17(11,8)		106 (73,6)	38 (26,4)	
Outros	36(20,0)	33(91,7)	3(8,3)		29 (80,6)	7 (19,4)	

Tabela 3 – Análise ajustada das variáveis associadas com encaminhamentos da atenção primária à saúde e escola. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2013.

Variáveis	Análise não ajustada			Análise ajustada		
	Odds Ratio	IC95%	Valor p	Odds Ratio	IC95%	Valor p
Idade (1-12 anos)	1,7	1,07-2,81	0,018	-	-	-
ESCOLA						
Outros níveis de escolaridade	3,4	1,33-8,95	0,003	-	-	-
Renda familiar abaixo de R\$832,00	5,8	1,36-51,75	0,009	5,8	1,32-25,23	0,019

DISCUSSÃO

O levantamento realizado a partir do cadastro dos usuários infantojuvenis nos dois CAPS i do município de Fortaleza-Ceará revelou maior predomínio de crianças menores de 12 anos de idade, religião católica, alfabetizada, residente em Fortaleza, mora em casa com menos de quatro moradores, renda familiar mensal média foi igual ou menor a R\$

832,00 e que recebem benefícios.

As contribuições desse estudo indicam a caracterização sociodemográfica e econômica da população de crianças e adolescentes que procuram os CAPS i pela primeira vez no município de Fortaleza. Em outro estudo realizado nesses CAPS i sobre o atendimento médico e uso de psicofármacos⁹, essas

características podem servir de base para orientar ações preventivas na rede de atenção à saúde mental de crianças e adolescentes.

Os resultados encontrados nessa investigação apontam que os encaminhamentos nos CAPS i partem principalmente da atenção primária à saúde e da escola, em que familiares das crianças e adolescentes levam suas queixas a esses serviços antes de procurarem serviços mais especializados como o CAPS i, embora maior parte dos problemas de saúde mental identificado nos CAPS i varie entre leve e moderado. Pode-se constatar que as queixas mais relatadas entre os familiares foram agressividade, inquietação e dificuldades de aprendizagem. Esses achados corroboram outros estudos que objetivam caracterizar as queixas escolares e comportamentais de crianças e adolescentes em centros especializados¹⁰.

O encaminhamento é reconhecido como “pedir ajuda/apoio” para situações que exigem informação mais específica sobre a condição clínica e de comportamento⁶. Os serviços de referência devem assumir o papel de uma avaliação mais precisa, embora o arranjo presente na atenção primária à saúde deva ocupar o papel de identificar e acompanhar os problemas de saúde mental com variação de leve a moderado entre crianças e adolescentes. Entretanto, para que isso ocorra, mudanças devem partir da formação dos profissionais de saúde na atenção primária à saúde e para os profissionais da área de educação com alguma especificidade⁷.

A estratégia institucional conhecida por apoio matricial visa garantir a existência de equipes especializadas e profissionais responsáveis pela atenção à saúde mental, além de profissionais da educação. Além disso, surge como uma estratégia para reverter a lógica dos encaminhamentos, definindo fluxos, qualificando as equipes e operando o cuidado¹¹.

A literatura sobre o apoio matricial aponta o Município de Campinas/SP como um expoente em relação à saúde mental, com estudos pioneiros e avanços significativos na rede de saúde local¹². Nesse Município, apostou-se na organização da saúde mental na rede básica através do apoio matricial, principalmente pela sua potencialidade para criar uma assistência

mais integrada, desconstruindo a lógica do encaminhamento. O Projeto Paidéia de Saúde da Família¹³ é referência em saúde, tendo sido aí implantado em 2001. Desde então, observa-se uma melhoria na assistência, com resultados favoráveis em relação à rede de saúde do município.

A demanda das crianças é maior na atenção primária à saúde, enquanto a demanda dos adolescentes é maior na escola. Demonstrando, por um lado, que a atenção básica detecta os “possíveis” transtornos mentais infantis. Por outro lado, a escola atua também como “serviço de saúde”, assumindo assim um papel de detectar “possíveis” transtornos mentais na adolescência⁷.

Indiscutivelmente, a atenção primária à saúde tem potencial para desenvolver dois principais tipos de ações de saúde mental. O primeiro consiste em detectar as queixas relativas ao sofrimento psíquico e prover uma escuta qualificada deste tipo de problemática; o segundo compreende as várias formas de lidar com os problemas detectados, oferecendo tratamento na própria atenção primária à saúde ou encaminhando os pacientes para serviços especializados³.

Crianças e adolescentes encaminhados a esses serviços vivem em condições sociais e econômicas de pobreza. Portanto, a baixa renda familiar é um fator em si que se mostra relacionado à competência social e aos problemas de comportamentos infantis¹⁴. Esse estudo mostra uma vulnerabilidade social entre crianças e adolescentes, principalmente devido as “dependências” familiares, bem como, de benefícios como o programa “Bolsa Família”. As famílias são fisicamente, emocionalmente e politicamente dependentes desses benefícios. Por um lado, essa assistência busca minimizar a pobreza absoluta, mas não proporciona efetivamente o desenvolvimento econômico e social das famílias, o que pode representar uma violação do direito inerente de todo cidadão¹⁵.

As crianças apresentam maior desvantagem socioeconômica em relação aos adolescentes. A tendência mais precária da competência social entre as crianças mais novas dá-se pelo próprio desenvolvimento social e cognitivo rudimentar nesta faixa etária, como consequência começam suas vidas com uma “pobre plataforma de saúde”. A renda familiar

abaixo de R\$ 832,00 demonstrou como fator de associação positiva do encaminhamento da escola ao CAPS i, refletindo que essa família é desprovida de suporte emocional e material, conseqüentemente os serviços de saúde representam os principais ou os “únicos” recursos disponíveis para dar este suporte a essas crianças e adolescentes, transferindo o cuidado dos filhos para as instituições de saúde e de ensino¹⁴.

Este resultado não difere de outros estudos com faixas etárias diferentes que apontam a renda baixa como fator associado ao transtorno mental em serviços de atenção primária à saúde¹⁶.

Os resultados desse estudo apontam para uma necessidade em que ocorra uma análise da política de saúde mental infantojuvenil, no sentido de se tornar mais resolutiva e efetiva suas ações. Por exemplo, os casos mais

graves que necessitem de uma atenção mais especializada, que de fato isso ocorra, para que não se perca entre os casos em que a dinâmica familiar é o que necessita de maior atenção dos serviços de saúde e assistenciais¹⁷. As ações resultantes desses serviços usualmente tem sido a adoção de abordagens terapêuticas como uso exclusivo ou combinado de psicofármacos¹⁸.

Merece ressaltar mesmo reconhecendo a existência da política de saúde mental infantojuvenil, o largo período de omissão de ações no campo da Saúde Pública e incipientes as estratégias de promoção da saúde mental ainda são incipientes tanto na atenção primária à saúde¹⁶ como em estabelecimentos escolares^{19,20}, devido às ações ainda serem de reconhecer o problema e tratá-lo como um problema de doença e não com um olhar mais amplo que considere o modelo integral das ações em saúde mental²¹.

CONCLUSÃO

Por fim, o presente estudo mostrou que as crianças e adolescentes de baixa renda estão associadas positivamente ao primeiro atendimento nos CAPS i independente do local referenciado como escola ou atenção primária à saúde. O importante papel das características sociais e econômicas na vida e na família dessas crianças e adolescentes define a necessidade de oferecer ações mais efetivas para promover a saúde e deve integrar o contexto da educação

e da saúde.

Os serviços de saúde representam os principais ou os “únicos” recursos disponíveis para dar este suporte a essas crianças e adolescentes, transferindo o cuidado dos filhos para as instituições de saúde e de ensino. Assim, é possível oferecer uma extensão contextualizada de políticas sociais e econômicas a essas famílias, a fim de estimular ambientes saudáveis.

REFERÊNCIAS

1. Cisne, JN, Cisne LMC. Políticas públicas para a infância e adolescência no Brasil: uma breve abordagem histórica e o desafio da descontinuidade. *THEMIS: Revista da Esmec*. 2016; 13:109-146.
2. Ministério da Saúde. Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2005 (Série B. Textos Básicos em Saúde).
3. MI-mhGAP Manual de Intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde. Versão 2.0. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2018. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
4. Ministério da Saúde. Sala de apoio à gestão estratégica [Internet]. 2016 [cited 2018 Dec 26]. Available from <http://sage.saude.gov.br/#>.
5. Hoffmann MCCL, Santos DN, Mota ELA. Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24:633-642.
6. Teixeira MR, Couto MCV, Delgado PGG. Primary care and collaborative care in children and adolescents psychosocial interventions: facilitators and barriers. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017; 22(6): 1933+. Academic OneFile (accessed December 26, 2018). [http://link-galegroup.ez11.periodicos.capes.gov.br/apps/doc/A500008999/AONE?u=capes&sid=AONE&xid=fb99a3a4](http://link.galegroup.ez11.periodicos.capes.gov.br/apps/doc/A500008999/AONE?u=capes&sid=AONE&xid=fb99a3a4)

7. Kriechman A, Salvador M, Adelsheim S. Expanding the Vision: The Strengths-Based, Community-Oriented Child and Adolescent Psychiatrist Working in Schools Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America. 2010; 19(1):149-162
8. Fortaleza. Secretaria Municipal de Saúde. Decreto nº 13.922, de 2 de dezembro de 2016. Altera a denominação de unidades administrativas e a distribuição dos cargos em comissão e aprova o regulamento da Secretaria Municipal da Saúde (SMS). Diário Oficial do Município de Fortaleza. Fortaleza. CE. 2016.
9. Gondim APS, Maciel APP, Monteiro MP. Abordagem terapêutica e sua relação entre as características sociais e econômicas de crianças nos centros de atenção psicossocial infantojuven. Revista Paulista de Pediatria. 2017; 35(4):383-390.
10. Carvalho MC, Lima RF de, Souza GGB de, Pires TC, Pierine R, Rodrigues SD, et al. Characterization of school-related problems and diagnoses in a Neuro-Learning Disorder Clinic. Estudos de Psicologia (Campinas). 2016; 33(1): 161-171. <https://dx.doi.org/10.1590/1982-027520160001000016>
11. Costa PHA da, Colugnati FAB, Ronzani TM. Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2015 Oct [cited 2018 Dec 26];20(10):3243-3253. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001003243&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152010.14612014>.
12. Wetzel C, Kantorski LP, De Souza J. Center of psychosocial care: path, organization and the operation. R Enferm UERJ. 2008; 16:39-45.
13. Figueiredo MD, Onocko-Campos R. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? Cien Saúde Colet. 2009; 14:129-138.
14. Bøe T, Hysing M, Zachrisson HD. Low family income and behavior problems in Norwegian preschoolers: Is child emotionality a marker for sensitivity of influence? J Dev Behav Pediatr. 2016 April ; 37(3): 213–222. doi:10.1097/DBP.0000000000000282.
15. Bastos AC, Reis W, de Carvalho RC, Moreira L. Family Life Education: Brazilian Realities and Dreams. In: Robila M., Taylor A. (eds) Global Perspectives on Family Life Education. Springer, Cham. 2018.
16. Fortes S, Lopes CS, Villano LAB, Campos MR, Gonçalves DA, Mari JJ. Common mental disorders in Petrópolis-RJ: a challenge to integrate mental health into primary care strategies. Rev Bras Psiquiatr. 2011; 33:150-156.
17. Santiago CC, Wadsworth ME. Family and Cultural influences on Low-income Latino Children's Adjustment. J Clin Child Adolesc Psychol. 2011; 40: 332–337.
18. Kantorski LP, Jardim VMR, Port, AR, Schek G, Cortes JM, Oliveira MM. Descripción de oferta y consumo de psicofármacos en Centros de Atención Psicosocial en la región Sur brasileña. Rev Esc Enferm USP. 2011; 45:1481-1487.
19. Wells J, Barlow J, Stewart-Brown S. A systematic review of universal approaches to mental health promotion in schools. Health Education. 2003; 103(4):197-220, <https://doi.org/10.1108/09654280310485546>
20. Magalhães LVB, Fernandes PT, Li LM. Educational aspects of epilepsy. Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology. 2009; 15:172-177.
21. Durman S, Dias T, Mion JZ, Tonini NS, Souza EA. Centro de Atendimento Psicossocial Infantil - Caps i: um espaço para o ensino em saúde mental. Nursing (São Paulo). 2005; 8:480-483.